

Sumario

Evaluación de Impacto en Salud: una herramienta infrautilizada en salud pública. Ejemplo Apehis (Air Pollution and Health: a European Information System) 97

Clasificación de los casos sospechosos de sarampión 100

Estado de las enfermedades de Declaración Obligatoria 101

Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica 105

Evaluación de Impacto en Salud: una herramienta infrautilizada en salud pública. Ejemplo Apehis (Air Pollution and Health: a European Information System)

Boldo E.¹, Aragonés N.¹, Medina S.², Pérez-Gómez B.¹, Pollán M.¹, Lope V.¹, Carrasco J.M.¹, García J.¹, Ramis R.¹, Rodríguez S.¹, López-Abente G.¹

¹ Centro Nacional de Epidemiología-Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

² Instituto Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, Saint Maurice, Francia.

Resumen

La Evaluación de Impacto en Salud (EIS) es una combinación de procedimientos y métodos que proporciona información a los gestores, tanto sanitarios como de otros ámbitos, sobre el posible impacto que una intervención puede tener sobre la salud de la población. La EIS es una herramienta infrautilizada en España, a diferencia de lo que ocurre en otros países del entorno europeo.

En este artículo se presenta la metodología utilizada en la EIS y se describen las etapas y los elementos claves para desarrollarla. El proyecto Apehis, en el que han participado cinco ciudades españolas, sirve como ejemplo para mostrar la utilidad de la EIS en la toma de decisiones y para la mejora de planes y programas de salud pública.

¿Qué es la Evaluación de Impacto en Salud?

Aunque en la literatura se pueden encontrar múltiples definiciones de EIS, quizás una de las más aceptadas es la recogida en el Documento de Consenso de Goteborg, donde se define como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas por las cuales una política, programa o proyecto¹ puede ser evaluada en función de sus potenciales efectos sobre la salud de la población y de la distribución de los mismos en dicha población (Organización Mundial de la Salud, 1999).

Intervenciones promovidas desde diferentes ámbitos sanitarios y no sanitarios, tales como reformas en el sistema de salud o en la infraestructura de un barrio, migraciones, cuestiones de género o de ocio, cambio de los niveles de concentración de un contaminante en el aire o en el agua o en los niveles de ruido, pueden producir repercusiones sobre la salud de los habitantes implicados, y pueden ser por tanto objeto de EIS. Así, esta herramienta facilita la incorporación del conocimiento científico en el proceso de toma de decisiones, y podría formar parte del diseño

y del desarrollo de cualquier intervención con repercusiones para la salud.

La EIS debería ser contemplada como un instrumento tanto científico como político, puesto que ofrece un marco estructurado para evaluar un rango amplio de consecuencias sobre la salud derivadas de la implantación de una acción, y permite conectar los resultados obtenidos en las investigaciones epidemiológicas con las intervenciones que se llevan a cabo en salud pública.

Mediante la EIS los científicos tienen la oportunidad de presentar la evidencia sobre el impacto en salud de forma comprensible especialmente para los sectores no sanitarios encargados de promover nuevos proyectos o de evaluar los ya implantados. Esta herramienta facilita la incorporación del conocimiento científico en el proceso de toma de decisiones y debería formar parte del diseño y desarrollo de cualquier intervención con repercusiones para la salud pública.

La EIS está siendo impulsada desde distintos organismos internacionales, siendo una de las principales estrategias políticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Europa ("Health 21") asegurar su uso, lo que implica que la salud sea considerada en las intervenciones. También en Europa, el Tratado de Maastricht (artículo 129) y el Tratado de Amsterdam (artículo 152) establecen con claridad que todas las acciones y actividades comunitarias deben contemplar un alto nivel de protección de la salud, comprobando que no producen un impacto negativo sobre la misma.

Características de la EIS

La EIS presenta una metodología flexible, capaz de adaptarse a cada caso concreto. Su objeto de estudio son los impactos en salud, tanto positivos como negativos, de intervenciones concretas, y su resultado final es un conjunto de recomendaciones puestas a disposición de los gestores para maximizar beneficios y disminuir las consecuencias negativas, basadas en la mejor eviden-

¹ Para abreviar, se utiliza el término "intervención" en lugar de política, programa y proyecto.

cia cualitativa y/o cuantitativa disponible en ese momento (OMS, 2000).

La EIS implica la cuantificación de la carga de enfermedad esperada debida a una exposición en una población concreta. Por ello, aunque los cambios previstos por la aplicación de una acción en salud pública pueden ser cualitativos o cuantitativos, para su incorporación en la EIS siempre deben ser cuantificables (OMS, 2000). La evaluación ha de realizarse con el máximo rigor científico, ya que este proceso sólo tiene sentido real cuando existe a priori suficiente evidencia causal entre el factor que se valora y los efectos en la salud que se le atribuyen. Asimismo, la EIS también debería incluir una evaluación de la fiabilidad de las estimaciones de los impactos.

Idealmente, la EIS debería hacerse de forma prospectiva, aunque también se puede aplicar de forma concurrente o retrospectiva para estimar el impacto producido en la salud por una acción que ya está en marcha (OMS, 2002).

Pasos a seguir en la EIS

La EIS pasa por diferentes etapas en las que se debe definir cuáles son las asunciones y limitaciones adoptadas, así como las consecuencias de éstas. Aunque no se cuenta con una metodología estandarizada, sí existe un amplio consenso sobre los elementos o pasos que debe contemplar el proceso de EIS de una intervención (OMS, 2002; Taylor, 2002):

a) "Screening"

En esta fase se realiza una primera valoración sobre si la intervención objeto de estudio puede ocasionar algún impacto en la salud y sobre qué aspectos de ésta pueden resultar más afectados por la intervención. Además, se decide si se realizará una EIS.

b) "Scoping"

Tras decidir que la EIS debe realizarse, es necesario planificar cómo va a desarrollarse. Se trata de determinar las cuestiones más relevantes de salud que necesitan ser tenidas en cuenta en la siguiente fase.

c) "Appraisal or assessment"

Se cuantifican los potenciales impactos sobre la salud y el bienestar de la población afectada considerando la mejor evidencia y conocimiento disponible, la experiencia y las opiniones de los sectores sociales implicados. En este paso se propondrán posibles alternativas a la intervención y/o medidas que atenúen el impacto si fuera preciso.

d) "Adjusting the proposed decision or intention"

Es un paso esencial dentro del proceso de EIS. Consiste en conseguir influir en los gestores para que adopten las recomendaciones realizadas en el informe de la EIS. Esto supone que la salud de la población debe tener un peso importante respecto de otros intereses relacionados con la intervención. Con ello, se ofrece la oportunidad de maximizar los impactos positivos y minimizar los negativos de las intervenciones objeto de EIS.

e) "Monitoring and evaluation"

Se pretende evaluar si las recomendaciones que fueron propuestas en la EIS fueron puestas en marcha y si se ha conseguido un efecto positivo sobre la salud. En caso contrario, se ha de estudiar por qué no fueron implantadas o por qué el efecto no fue el esperado.

En la actualidad, la EIS es un nuevo abordaje en vías de desarrollo en Salud Pública. La mayor parte de los trabajos que presentan este enfoque se mueven dentro del circuito de la literatura "gris", no llegan a publicarse o están sólo disponibles en el lenguaje local. En España, la experiencia en la aplicación de esta herramienta es muy escasa, o bien de muy difícil acceso. Otros países de nuestro entorno, como Reino Unido, Holanda, Francia o

Alemania, cuentan con un mayor desarrollo y aplicación de esta metodología.

Como ejemplo de EIS vamos a emplear un trabajo realizado en uno de los campos en los que esta herramienta ha sido más utilizada, la valoración del impacto de la contaminación medioambiental sobre la salud de la población. Otros ejemplos pueden ser encontrados en la siguiente dirección de la OMS: <http://www.who.int/hia/examples/en/>.

Un modelo de evaluación de impacto en salud

La Figura 1 presenta un modelo para cuantificar la carga de enfermedad atribuible a la contaminación atmosférica. Se asume que, previamente, se ha valorado la evidencia sobre el impacto de la contaminación atmosférica sobre la salud y se ha decidido que es conveniente hacer una EIS.

Se determina la forma en que vamos a medir la exposición de la población donde se va a realizar el estudio. En el caso de la contaminación atmosférica supondría conocer el nivel de un indicador, por ejemplo, PM₁₀ (partículas con diámetro menor de 10 µm) en el aire. Después se define el efecto en la salud que se asocia con la exposición elegida. En el ejemplo considerado, podría ser la mortalidad por cáncer de pulmón.

Posteriormente, se debe seleccionar una función exposición-respuesta (función E-R), que exprese la asociación cuantitativa estimada entre la exposición y el efecto en salud estudiados. Este componente de la EIS es esencial para el cálculo del número de casos atribuibles, siendo fundamental obtener una función exposición-respuesta robusta que proceda de la mejor evidencia epidemiológica disponible.

Finalmente, para poder calcular el número de casos atribuibles, se necesita conocer la incidencia o prevalencia del efecto en la salud seleccionado. A modo de ejemplo, el número de muertes por cáncer de pulmón en una ciudad concreta.

Los casos atribuibles ocasionados (impacto negativo) o evitados (impacto positivo) se estiman por comparación de la situación real actual con algún estándar o punto de referencia establecido. En este sentido, es importante determinar cuáles son los escenarios o supuestos ensayados. Por ejemplo, en contaminación atmosférica es razonable elegir los valores límite de exposición de PM₁₀ marcados por la Directiva Europea 1999/30/CE de calidad del aire para cuantificar cuál sería el número de casos teóricamente evitados si los niveles de contaminación atmosférica disminuyeran hasta los límites marcados por dicha normativa.

Proyecto Apheis: un ejemplo de EIS

El proyecto europeo Apheis² (Air Pollution and Health: a European Information System), en el que participan cinco ciudades españolas (Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla y Valencia), sirve de ejemplo para ilustrar la aplicación de la EIS.

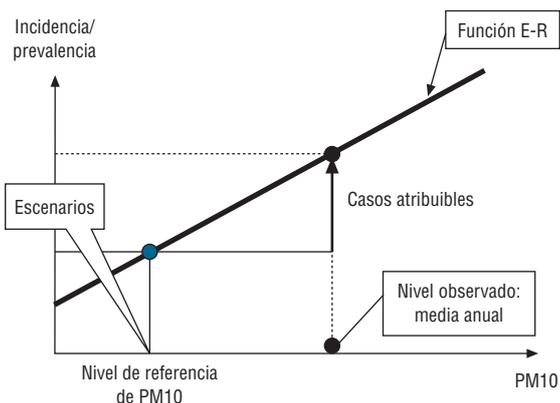
En 1999, el programa Apheis puso en marcha un sistema de vigilancia epidemiológica, cuyo objetivo era proporcionar información actualizada, continua, completa y accesible sobre los efectos de la contaminación atmosférica en la salud. Esta información se genera en el ámbito local y europeo, empleando una metodología actual, común y normalizada para los países participantes, lo que facilita la toma de decisiones de los responsables políticos, de los profesionales de la salud ambiental y de los ciudadanos.

Inicialmente los objetivos de Apheis fueron: 1) crear un sistema de vigilancia epidemiológica de la contaminación atmosférica y de sus efectos en salud que abarcara toda Europa; 2) cuantificar los efectos de la contaminación atmosférica en la salud a escala local, nacional y europea; 3) evaluar la importancia de los factores susceptibles de alterar las relaciones entre exposición y respuesta; 4) elaborar informes normalizados y periódicos sobre el impacto de la contaminación atmosférica en la salud pública.

² El Instituto Nacional de Salud Pública de Francia (InVS), junto con el Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona (IMSP), el Centro Europeo para Medioambiente y Salud de la OMS y otras organizaciones colaboraron para desarrollar el proyecto europeo Apheis, financiado entre los 12 países europeos participantes (26 ciudades) y el Programa de Enfermedades Relacionadas con la Contaminación DG SANCO de la Comisión Europea. Los informes del proyecto Apheis pueden ser consultados en: www.apheis.net.

Figura 1

Modelo de Evaluación de Impacto en Salud



Cortesía de Nino Künzli.

Durante la primera fase de Apehis (Apehis-1, 1999-2000), se alcanzaron dos objetivos fundamentalmente. En primer lugar, se definieron los mejores indicadores para la vigilancia epidemiológica de los efectos de la contaminación atmosférica en la salud pública en Europa. Para ello, se crearon cinco grupos asesores en los campos de Salud pública, Evaluación de la exposición, Evaluación del impacto en salud, Epidemiología y Estadística, que marcaron las directrices para la implantación del sistema de vigilancia y desarrollaron un protocolo normalizado para la recogida y análisis de datos.

En segundo lugar, se realizó un estudio de viabilidad, mediante el cual se identificaron las instituciones con capacidad para implantar el sistema de vigilancia epidemiológica en los países participantes y se evaluó la capacidad de cada centro para llevar a cabo, durante la segunda fase de Apehis, las directrices indicadas por los grupos asesores (Medina et al, 2001).

En la segunda etapa del programa (Apehis-2, 2000-2001) se desarrolló la primera EIS aplicando las directrices establecidas en Apehis-1. Para ello, se consideraron como contaminantes atmosféricos humos negros y PM₁₀ para evaluar el impacto sobre la mortalidad (excluyendo causas externas) y las admisiones hospitalarias por causa respiratoria y cardiaca. Entre otros resultados, se estimó que la reducción de la exposición a largo plazo de las concentraciones de PM₁₀ en 5 µg/m³ en 19 ciudades europeas hubiera "evitado" entre 3.300 y 7.700 muertes prematuras anualmente, 500 a 1.000 de las cuales estarían asociadas con la exposición a corto plazo. Ello demuestra que incluso pequeñas reduc-

ciones en los niveles de contaminación atmosférica podrían prevenir un gran número de muertes en la población europea (Medina et al, 2004).

La tercera fase de Apehis (Apehis-3, 2002-2003) se planteó con varios objetivos. En primer lugar, desarrollar una estrategia de comunicación del impacto de la contaminación atmosférica sobre la salud dirigida a los gestores que influyen sobre las políticas de calidad del aire. Otro de los objetivos fue actualizar la EIS, teniendo en cuenta nuevos contaminantes (PM_{2.5}: partículas de diámetro menor de 2,5 µm) y nuevos efectos específicos en la salud (como por ejemplo, la mortalidad por causa cardiovascular). Además, se mejoró la estimación del impacto a corto y largo plazo de la contaminación atmosférica introduciendo innovaciones metodológicas y nuevas funciones exposición-respuesta. Por último, se calculó la reducción en la esperanza de vida atribuible a los niveles actuales de contaminantes.

En Apehis-3 se ha estimado que, si los demás riesgos permanecieran constantes y la media anual de PM_{2.5} fuera reducida a 15 µg/m³, la esperanza de vida se vería incrementada en un rango entre dos y trece meses en las personas mayores de 30 años, debido a la reducción del riesgo de morir por todas las causas (Figura 2). Esta nueva EIS confirmó que la contaminación atmosférica sigue siendo una amenaza significativa para la salud pública en zonas urbanas, acorde con los resultados que se habían obtenido en Apehis-2 (Medina et al, 2005).

En España, se estima que los niveles diarios de PM₁₀ por encima de 50 µg/m³ en Bilbao, Madrid y Sevilla son responsables de 1,4 muertes prematuras anuales por 100.000 habitantes debido a sus efectos a corto plazo y de 2,8 muertes por 100.000 en un período de hasta 40 días tras la exposición. A largo plazo, el número de muertes prematuras atribuibles a la contaminación media anual de PM₁₀ por encima de 20 µg/m³ es de 68 por 100.000 (Alonso et al, 2005).

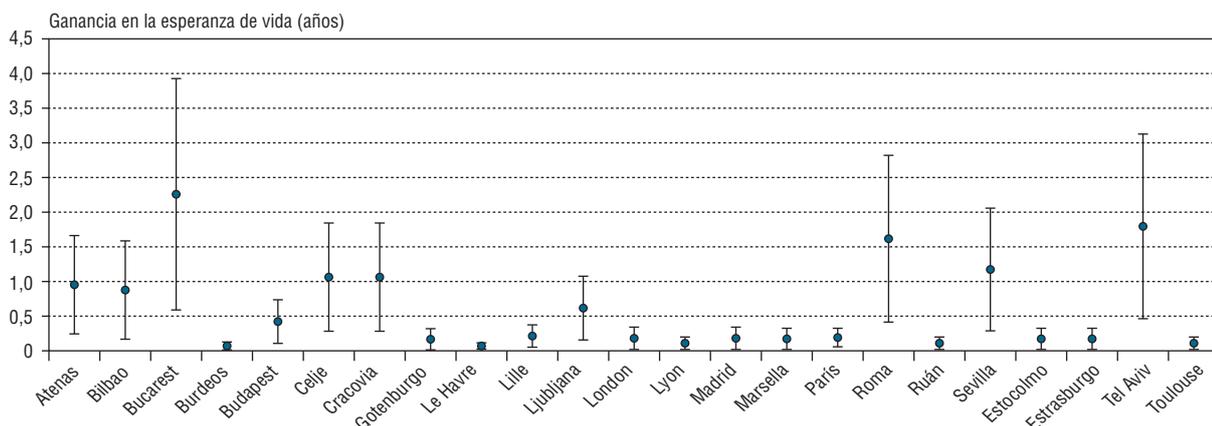
Actualmente, Apehis se ha integrado en el proyecto Enhis (Environment and Health Information System), desde donde se está planteando el desarrollo de una EIS con PM₁₀ y ozono, considerando especialmente el impacto sobre los niños (www.ehind.nl). En esta nueva etapa, se unirán nuevos centros participantes y se investigará la posibilidad de realizar EIS teniendo en cuenta otros factores de riesgo medioambientales. El objetivo final es proporcionar un panorama global de la carga de enfermedad debida a distintos factores ambientales en Europa, facilitando el establecimiento de prioridades de actuación política.

Conclusión

La EIS puede proporcionar un buen punto de encuentro entre ciencia y política. Su metodología permite integrar el conocimiento sobre la exposición al factor que se pretende evaluar y el impacto que éste ejerce sobre la salud. Los resultados deben ser

Figura 2

Ganancia en la esperanza de vida para una persona de 30 años si la media anual de PM_{2.5} convertida no excediera de 15 µg/m³ en las ciudades de Apehis



de fácil comprensión para que sean ampliamente divulgados a todos los sectores sociales.

La divulgación de los resultados obtenidos de procesos de EIS es un paso esencial para su incorporación en los procesos de decisión, y puede permitir además implicar a determinados actores sociales que podrían convertirse en significativos aliados para implementar políticas más saludables.

Aunque todavía quedan incertidumbres por resolver, la EIS en el contexto de la contaminación atmosférica puede aplicarse para evaluar las políticas destinadas a reducir los niveles de contaminantes en el aire.

En este sentido, Apehis ha servido para crear un nexo de unión entre los científicos y los gestores de la calidad del aire a nivel local y Europeo. Sus resultados han demostrado que pequeñas reducciones en los niveles de partículas del aire pueden suponer un gran beneficio sobre la salud pública.

Agradecimientos

El trabajo de Elena Boldo ha sido financiado por una beca de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid (Orden 7580/2003) y ha contado con apoyo de RCESP.

Bibliografía

- Alonso E, Martínez T, Cambra K, López L, Boldo E, Zorrilla B, Daponte A, Aguilera I, Toro S, Iñiguez C, Ballester F, García F, Plasencia A, Artazcoz L y Medina S. Evaluación en cinco ciudades españolas del impacto en salud de la contaminación atmosférica por partículas. Proyecto europeo Apehis. Rev Esp Salud Pública 2005;79: 297-308.
- Kunzli N, Kaiser R, Medina S, Studnicka M, Chanel O, Filliger P, Herry M, Horak F Jr, Puybonnieux-Textier V, Quenel P, Schneider J, Seethaler R, Vergnaud JC, Sommer H. Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. Lancet 2000;356:795-801.
- Medina S, Plasencia A, Artazcoz L, Quenel P, Katsouyanni K, Mücke HG, De Saeger E, Kryzanoswsky M, Schwartz J and the contributing members of the Apehis group. Apehis Monitoring the effects of air pollution on public health in Europe. Scientific report, 1999-2000. Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, 2001. Disponible en: http://www.apheis.net/Pdf/Apehis_Report.pdf
- Medina S, Plasencia A, Ballester F, Mücke HG, Schwartz J. Apehis: public health impact of PM10 in 19 European cities. J Epidemiol Community Health 2004;58:831-836.
- Medina S, Boldo E, Krzyzanowski M, Niciu E.M, Mücke H.G, Zorrilla B, Cambra K, Saklad M, Frank F, Atkinson R, Le Tertre A. and the contributing members of the APHEIS group. APHEIS Health Impact Assessment of Air Pollution and Communication Strategy. Third year report, 2002-2003. Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, 2005. Disponible en : <http://www.apheis.net/Apehis3NEW1.pdf>
- OMS European Centre for Health Policy, eds. Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper, December 1999. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>
- OMS European Centre for Environment and Health, eds. Evaluation and Use of Epidemiological Evidence for Environmental Health Risk Assessment: WHO Guideline document. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000. Disponible en: <http://ehp.niehs.nih.gov/members/2000/108p997-1002krzyzanowski/krzyzanowski.pdf>
- OMS Regional Committee for Europe, Fifty-second session. Technical briefing health impact assessment. A tool to include health on the agenda of other sectors. Copenhagen, 2002. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/rc52/ebd3.pdf>
- Taylor L. Introducing health impact assessment: informing the decision making process. London: Health Development Agency, 2002.

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN Casos acumulados desde el 01/01/2005 hasta el 09/05/2005 (semana 18)

CC.AA.	Casos notificados (1)	En Investigación	Casos Confirmados				Casos descartados (5)			
	Total	Total	Compatibles (2)	Autóctonos Laboratorio (3)	Importados Laboratorio (4)	Total	Rubéola	Otros Diagnósticos (6)	Sin Diagnosticar	Total
Andalucía.....	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Aragón.....	2	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Asturias.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Baleares.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Canarias.....	4	—	—	—	—	—	—	—	4	4
Cantabria.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Castilla-La Mancha.....	4	—	—	—	—	—	4	—	—	4
Castilla y León.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cataluña.....	3	1	—	—	—	—	—	—	2	2
Comunidad Valenciana.....	12	—	—	—	—	—	—	2	10	12
Extremadura.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Galicia.....	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Madrid.....	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Murcia.....	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Navarra.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
País Vasco.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rioja.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ceuta.....	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Melilla.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL.....	30	2	—	—	—	—	4	3	21	28

- (1) **Caso notificado sospechoso:** Todo caso que cursa con exantema máculo-papular, fiebre alta y alguno de los siguientes síntomas: tos, coriza o conjuntivitis.
(2) **Caso confirmado compatible:** Caso notificado sin muestras biológicas para diagnóstico y sin vínculo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.
(3) **Caso confirmado por laboratorio:** Caso notificado confirmado por laboratorio o caso vinculado en espacio y tiempo con un caso confirmado por laboratorio.
(4) **Caso confirmado importado:** Caso notificado confirmado por laboratorio con fuente de infección fuera de España.
(5) **Caso descartado:** Caso notificado con muestras de laboratorio negativas al virus del sarampión.
(6) **Otros diagnósticos:** Identificación de otros virus diferentes de Rubéola: Probable parvovirus, escarlatina, citomegalovirus.
Más información (BES 2000;8:169-172).

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 30 DE ABRIL DE 2005

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 17		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 2000-2004		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		2005	2004	2005	2004	Sem. 17	Acum. casos	Sem. 17	Acum. C.
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0	0	5	0				
Cólera	001	0	0	0	0				
Disenteria	004	0	1	11	24	0	21	0,00	0,52
F. tifoidea y paratifoidea	002	2	3	24	21	3	38	0,67	0,63
Triquinosis	124	0	0	3	26				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	13	27	365	396	24	443	0,54	0,82
Gripe	487	5.662	7.233	1.131.572	292.628	12.124	672.575	0,47	1,68
Legionelosis	482.8	6	13	140	191				
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	2	4	21	31				
Tuberculosis respiratoria	011	74	169	1.377	2.320	135	2.573	0,55	0,54
Varicela	052	4.035	9.272	53.999	104.661	7.532	83.531	0,54	0,65
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0,098.1	14	13	268	314	13	314	1,08	0,85
Sífilis	091	30	12	360	382	14	286	2,14	1,26
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	65	35	925	454	150	2.398	0,43	0,39
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubeola	056	29	2	402	22	2	49	14,50	8,20
Sarampión	055	0	1	4	6	2	34	0,00	0,12
Tétanos	037	0	0	3	6				
Tos Ferina	033	3	12	86	127	13	127	0,23	0,68
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0,070.1	26	31	299	351				
Hepatitis B	070.2,070.3	12	16	174	270				
Otras hepatitis víricas	070	13	23	213	295				
Zoonosis									
Brucelosis	023	4	16	111	238	21	261	0,19	0,43
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	2	10	58	102				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Lepra	030	0	1	4	7				
Rubéola congénita	771.0	0	0	0	1				
Sífilis congénita	090	1	0	7	3				
Tétanos neonatal	771.3	0	0	0	0				

COMENTARIO GENERAL

Durante la presente semana las siguientes rúbricas han presentado:

* Un I.E. superior o igual a 1,25:
Sífilis (2,14). Rubeola (14,50).

* Un I.E. inferior o igual a 0,75:
Disenteria (0,00). F. tifoidea y paratifoidea (0,67). Enfermedad Meningocócica (0,54). Gripe (0,47). Tuberculosis respiratoria (0,55). Varicela (0,54). Parotiditis (0,43). Sarampión (0,00). Tos Ferina (0,23). Brucelosis (0,19).

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal
Hay que destacar 2 caso(s) de paludismo importado(s).

(1) Índice epidémico para una enfermedad dada es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata de I.E. acumulado) y los casos que se esperan o preven (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75 incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en dicho índice.

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA SEMANA 17 DE 2005																				
ENFERMEDADES	ANDALUCÍA	ARAGÓN	ASTURIAS	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	C-MANCHA	C-LEÓN	CATALUÑA	C.VALENC.	EXTREMAD.	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	PAÍS VASCO	RIOJA	CEUTA	MELILLA	
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos
Botulismo	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
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfer. Meningocócica	2	0	1	0	1	0	1	2	0	1	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0
Gripe	12	171	122	89	1.608	34	93	198	271	896	139	1.002	470	236	57	176	34	18	36	36
Legionelosis	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0
Meningitis tuberculosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis respiratoria	14	6	3	1	4	0	4	1	0	14	2	7	0	4	0	12	0	2	0	0
Varicela	150	173	224	69	149	36	372	100	394	798	175	116	584	128	164	345	19	1	38	38
Infección gonocócica	0	0	1	0	0	1	0	0	2	5	0	1	1	0	1	2	0	0	0	0
Sífilis	7	2	0	1	0	0	2	0	5	8	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	25	5	0	14	1	0	2	0	0	4	3	1	10	0	0	0	0	0	0	0
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubeola	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	25	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos Ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	4	1	0	0	0	0	1	0	0	7	0	1	7	0	0	1	0	3	1	1
Hepatitis B	2	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	2	2	0	0	1	0	0	0	0
Otras hepatitis víricas	3	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	1	0	0	0	0
Brucelosis	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Peste	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
Lepra	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
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 7 DE MAYO DE 2005

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 18		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 2000-2004		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		2005	2004	2005	2004	Sem. 18	Acum. casos	Sem. 18	Acum. C.
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0	0	5	0				
Cólera	001	0	0	0	0				
Disenteria	004	0	3	11	27	1	22	0,00	0,50
F. tifoidea y paratifoidea	002	0	1	24	22	4	42	0,00	0,57
Triquinosis	124	0	0	3	26				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	15	16	380	412	21	460	0,71	0,83
Gripe	487	4.861	6.755	1.136.433	299.383	9.823	682.398	0,49	1,67
Legionelosis	482.8	4	11	144	202				
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	1	2	22	33				
Tuberculosis respiratoria	011	88	155	1.465	2.475	142	2.715	0,62	0,54
Varicela	052	5.067	9.663	59.066	114.324	6.735	89.259	0,75	0,66
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0,098.1	14	14	282	328	19	328	0,74	0,86
Sífilis	091	35	27	395	409	17	303	2,06	1,30
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	76	31	1.001	485	97	2.495	0,78	0,40
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubeola	056	23	3	425	25	3	52	7,67	8,17
Sarampión	055	0	4	4	10	4	36	0,00	0,11
Tétanos	037	0	0	3	6				
Tos Ferina	033	4	21	90	148	9	148	0,44	0,61
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0,070.1	11	16	310	367				
Hepatitis B	070.2,070.3	7	24	181	294				
Otras hepatitis víricas	070	10	20	223	315				
Zoonosis									
Brucelosis	023	7	18	118	256	18	280	0,39	0,42
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	6	6	64	108				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Lepra	030	0	0	4	7				
Rubéola congénita	771.0	0	0	0	1				
Sífilis congénita	090	0	0	7	3				
Tétanos neonatal	771.3	0	0	0	0				

COMENTARIO GENERAL

Durante la presente semana las siguientes rúbricas han presentado:

- * Un I.E. superior o igual a 1,25:
Sífilis (2,06). Rubeola (7,67).
- * Un I.E. inferior o igual a 0,75:
Disenteria (0,00). F. tifoidea y paratifoidea (0,00). Enfermedad Meningocócica (0,71). Gripe (0,49). Tuberculosis respiratoria (0,62). Varicela (0,75). Infección gonocócica (0,74). Sarampión (0,00). Tos Ferina (0,44). Brucelosis (0,39).
- * Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal
Hay que destacar 6 caso(s) de paludismo importado(s)

(1) Índice epidémico para una enfermedad dada es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata de I.E. acumulado) y los casos que se esperan o preven (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75 incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en dicho índice.

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA SEMANA 18 DE 2005																			
ENFERMEDADES	ANDALUCÍA	ARAGÓN	ASTURIAS	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	C-MANCHA	C-LEÓN	CATALUÑA	C.VALENC.	EXTREMAD.	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	PAÍS VASCO	RIOJA	CEUTA	MELILLA
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos
Botulismo	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
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfer. Meningocócica	4	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	3	0	1	4	0	0	0
Gripe	10	148	101	38	1.454	16	72	81	563	724	114	760	353	169	60	125	22	12	39
Legionelosis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
Meningitis tuberculosa	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis respiratoria	25	7	1	1	2	0	1	1	0	12	3	18	0	6	0	7	0	3	1
Varicela	189	274	188	82	192	51	364	105	708	943	206	140	658	154	241	481	36	6	49
Infección gonocócica	1	0	0	1	0	0	0	0	5	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis	12	1	1	1	4	0	1	0	2	3	0	4	2	0	2	1	0	0	1
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	13	3	12	10	1	0	16	1	0	1	0	2	15	1	0	1	0	0	0
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubeola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	16	0	1	3	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos Ferina	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Hepatitis A	2	1	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0
Hepatitis B	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0
Otras hepatitis víricas	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	0	0	0
Brucelosis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	0	0	0
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
Peste	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
Lepra	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
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES BACTERIANAS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 17 QUE TERMINÓ EL 30 DE ABRIL DE 2005

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 17		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 17		ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 17		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 17	
	2005	2004	2005	2004		2005	2004	2005	2004
Bacteriemias	88	68	1.376	1.291	-Aeromonas sp.	0	0	2	4
-A.anitratus	0	0	0	1	-C.coli	5	2	50	32
-A.baumannii	2	1	20	22	-C.difficile	3	2	33	49
-A.hydrophila	0	0	1	0	-C.jejuni	107	113	1.396	1.541
-B.fragilis	0	0	8	9	-Campylobacter sp.	11	25	195	331
-C.perfringens	0	0	9	5	-E.coli O157	1	1	3	3
-E.cloacae	0	0	16	23	-E.coli O2:H6 VT2+	0	0	0	1
-E.coli	17	15	305	301	-Y.enterocolitica	3	7	55	85
-E.faecalis	5	1	73	40	-Y.enterocolitica ser.03	2	1	39	35
-E.faecium	1	0	17	12	.Múltiple	3	0	18	12
-H.influenzae	0	0	14	8	.Otras	0	0	6	3
-H.influenzae b	0	0	2	1	I.T.S.: Gonococia	8	3	46	50
-Haemophilus sp.	0	0	0	1	-N.gonorrhoeae	8	3	44	49
-K.pneumoniae	4	3	42	33	.Múltiple	0	0	2	1
-P.aeruginosa	4	3	39	44	I.T.S.: Sifilis	14	9	179	132
-P.mirabilis	2	1	22	16	-T.pallidum	14	9	179	132
-S.agalactiae	3	1	28	27	I.T.S.: otras	2	3	50	36
-S.aureus	12	12	198	174	-C.trachomatis	2	3	50	36
-S.epidermidis	13	6	144	130	Infecciones respiratorias	40	26	1.089	832
-S.hominis	1	5	45	41	-C.pneumoniae	0	3	55	38
-S.marcescens	2	0	13	15	-C.trachomatis	0	0	0	1
-S.parasanguis	0	0	1	0	-Chlamydia sp.	1	0	11	1
-S.pneumoniae	10	3	179	106	-H.influenzae	2	1	28	24
-S.pyogenes	0	1	10	11	-H.influenzae b	0	0	1	2
-Staphylococcus coag-	0	1	4	31	-M.pneumoniae	3	3	89	97
.Múltiple	3	2	37	40	-S.pneumoniae	34	19	903	667
.Otras	9	13	149	200	.Múltiple	0	0	1	2
Brucelosis	0	5	5	15	.Otras	0	0	1	0
-B.melitensis	0	0	2	2	Infección meningocócica	2	2	64	58
-Brucella sp.	0	5	3	13	-N.meningitidis	2	0	13	6
Enfermedad de Lyme	0	0	2	4	-N.meningitidis gr.B	0	2	43	39
-B.burgdorferi	0	0	2	4	-N.meningitidis gr.C	0	0	7	13
F. tifoidea y paratifoidea	1	0	6	0	.Otras	0	0	1	0
-S.paratyphi A	0	0	3	0	Legionelosis	3	4	76	56
-S.typhi	1	0	3	0	-L.pneumophila	3	4	76	56
Fiebre Q	4	1	33	41	Listeriosis	2	4	12	31
-C.burnetii	4	1	33	41	-L.monocytogenes	2	4	12	31
Fiebre botanosa	0	1	5	7	Mening.no meningocócicas	5	0	49	26
-R.conorii	0	1	5	7	-H.influenzae	0	0	2	0
G.E.A.: Salmonelosis	74	113	1.184	1.838	-S.agalactiae	0	0	3	2
-S.enteritidis	35	64	513	970	-S.pneumoniae	5	0	43	24
-S.typhimurium	14	14	229	223	-S.pyogenes	0	0	1	0
-S.virchow	1	0	7	3	Micobacterias	57	32	699	639
-Salmonella gr.B	5	5	76	89	-M.bovis	0	0	1	3
-Salmonella gr.C	1	1	9	9	-M.tuberculosis	57	32	698	636
-Salmonella gr.C1	0	0	25	26	Micobacterias atípicas	5	5	106	66
-Salmonella gr.C2	1	0	12	16	-M.avium/intracellulare	1	0	32	9
-Salmonella gr.D	4	3	25	75	-M.fortuitum	0	0	7	3
-Salmonella gr.D1	0	2	19	46	-M.gordonae	1	0	8	4
-Salmonella sp.	12	23	240	347	-M.kansasii	3	4	32	30
.Múltiple	0	0	16	9	-M.marinum	0	0	2	4
.Otras	1	1	13	25	-M.xenopi	0	0	5	6
G.E.A.: Shigelosis	1	1	22	23	.Múltiple	0	0	1	1
-S.boydii	0	0	1	0	.Otras	0	1	19	9
-S.disenteriae	0	0	2	2	Tos ferina	0	0	7	19
-S.flexneri	0	1	10	11	-B.pertussis	0	0	7	19
-S.sonnei	1	0	8	7	Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	32	36	39	39
-Shigella sp.	0	0	1	3					
G.E.A.: otras bacterias	145	159	1.899	2.224					
-A.caviae	7	8	63	83					
-A.hydrophila	3	0	34	34					
-A.sobria	0	0	5	11					

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 17 QUE TERMINÓ EL 30 DE ABRIL DE 2005

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 17		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 17	
	2005	2004	2005	2004
Adenovirus	18	10	236	178
Adenovirus 40/41	0	0	5	2
Astrovirus	2	0	76	13
Coxsackie B	0	4	0	19
Echovirus	0	0	7	1
Enterovirus	2	2	17	34
Epstein-Barr	17	20	257	398
Gripe A	7	5	1.073	78
Gripe B	4	0	305	7
Hepatitis A	3	0	53	44
Hepatitis B	2	0	21	36
Hepatitis C	3	5	87	132
Herpes simple	6	4	61	40
Herpes simple tipo 1	2	1	64	37
Herpes simple tipo 2	1	1	21	14
Herpesvirus humano 6	0	0	0	2
Norovirus	0	0	0	2
Parainfluenza	3	0	32	4
Parainfluenza 1	0	1	1	18
Parainfluenza 2	0	0	2	1
Parainfluenza 3	3	5	34	17
Parotiditis	0	0	5	2
Parvovirus B 19	0	1	5	11
Respiratorio Sincitial	4	1	633	770
Rotavirus	24	35	1.663	1.898
Rubéola	0	0	6	7
Sarampión	0	0	0	1
Varicela Zoster	1	2	18	27
-Otros	0	0	2	0
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	18	20	38	38

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 17		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 17	
	2005	2004	2005	2005
Ascaris lumbricoides	2	1	8	20
Blastocystis hominis	14	10	184	171
Cryptosporidium sp	1	0	18	6
Echinococcus granulosus	0	0	4	5
Echinococcus sp.	0	0	1	0
Entamoeba coli	1	0	8	17
Entamoeba histolytica	0	1	5	6
Enterobius vermicularis	5	4	95	80
Giardia lamblia	14	4	151	181
Heterophyes heterophyes	0	0	1	0
Leishmania sp	0	0	9	8
Plasmodium falciparum	2	1	24	33
Plasmodium ovale	0	0	4	1
Plasmodium sp	0	0	1	0
Plasmodium vivax	0	0	2	6
Schistosoma haematobium	0	0	2	2
Schistosoma mansoni	0	0	1	1
Taenia saginata	0	2	13	15
Taenia solium	0	0	0	1
Taenia sp.	0	0	3	8
Toxoplasma gondii	1	2	17	13
Trichomonas vaginalis	1	5	32	65
Trichuris trichiura	3	0	26	31
—Otros	5	2	49	89
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	11	11	28	29

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 17		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 17	
	2005	2004	2005	2004
Cutáneas y Subcutáneas	18	12	312	230
-Aspergillus niger	0	0	2	1
-Aspergillus sp.	0	0	2	3
-Candida albicans	1	1	32	38
-Candida glabrata	0	0	11	4
-Candida guilliermondii	2	0	5	2
-Candida parapsilosis	1	0	31	10
-Candida sp.	0	0	1	0
-Epidermophyton floccosum	0	0	3	5
-Malassezia furfur	2	0	16	9
-Microsporum canis	0	0	22	20
-Trichophyt.mentagrophytes	4	4	46	37
-Trichophyton rubrum	5	5	85	69
-Trichosporon sp.	0	0	3	0
.Múltiple	0	0	2	2
.Otras	3	2	51	30
Mucosas	0	0	7	30
-Aspergillus fumigatus	0	0	0	1
-Aspergillus glaucus	0	0	0	1
-Aspergillus niger	0	0	1	5
-Aspergillus sp.	0	0	1	0
-Candida albicans	0	0	3	4
-Candida glabrata	0	0	0	1
-Candida parapsilosis	0	0	1	8
.Múltiple	0	0	1	1
.Otras	0	0	0	9
Sistémicas	3	6	40	94
-Aspergillus fumigatus	0	0	1	2
-Candida albicans	1	2	15	37
-Candida glabrata	1	2	4	7
-Candida guilliermondii	0	0	0	2
-Candida parapsilosis	1	1	9	17
-Candida sp.	0	0	1	1
-Cryptococcus neoformans	0	1	2	4
-Cryptococcus sp.	0	0	0	2
-Pneumocystis jirovecii	0	0	7	7
.Múltiple	0	0	0	3
.Otras	0	0	1	12
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	7	8	13	18

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES BACTERIANAS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 18 QUE TERMINÓ EL 7 MAYO DE 2005

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 18		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 18		ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 18		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 18	
	2005	2004	2005	2004		2005	2004	2005	2004
Bacteriemias	98	82	1.474	1.373	-Aeromonas sp.	0	0	2	4
-A.anitratus	0	0	0	1	-C.coli	2	1	52	33
-A.baumannii	1	1	21	23	-C.difficile	3	1	36	50
-A.hydrophila	0	0	1	0	-C.jejuni	78	91	1.474	1.632
-B.fragilis	0	1	8	10	-Campylobacter sp.	15	17	210	348
-C.perfringens	1	0	10	5	-E.coli O157	0	0	3	3
-E.cloacae	2	2	18	25	-E.coli O2:H6 VT2+	0	0	0	1
-E.coli	24	21	329	322	-Y.enterocolitica	1	6	56	91
-E.faecalis	2	1	75	41	-Y.enterocolitica ser.03	3	0	42	35
-E.faecium	2	1	19	13	.Múltiple	2	2	20	14
-H.influenzae	0	0	14	8	.Otras	0	1	6	4
-H.influenzae b	0	0	2	1	I.T.S.: Gonococia	1	2	47	52
-Haemophilus sp.	0	0	0	1	-N.gonorrhoeae	1	2	45	51
-K.pneumoniae	6	1	48	34	.Múltiple	0	0	2	1
-P.aeruginosa	4	6	43	50	I.T.S.: Sifilis	5	12	184	144
-P.mirabilis	1	0	23	16	-T.pallidum	5	12	184	144
-S.agalactiae	0	1	28	28	I.T.S.: otras	3	2	53	38
-S.aureus	13	11	211	185	-C.trachomatis	3	2	53	38
-S.epidermidis	13	17	157	147	Infecciones respiratorias	49	47	1.138	879
-S.hominis	4	3	49	44	-C.pneumoniae	0	3	55	41
-S.marcescens	3	0	16	15	-C.trachomatis	0	0	0	1
-S.parasanguis	0	0	1	0	-Chlamydia sp.	2	0	13	1
-S.pneumoniae	8	3	187	109	-H.influenzae	3	0	31	24
-S.pyogenes	1	0	11	11	-H.influenzae b	0	0	1	2
-Staphylococcus coag-	0	0	4	31	-M.pneumoniae	4	9	93	106
.Múltiple	4	4	41	44	-S.pneumoniae	39	35	942	702
.Otras	9	9	158	209	.Múltiple	1	0	2	2
Brucelosis	0	1	5	16	.Otras	0	0	1	0
-B.melitensis	0	1	2	3	Infección meningocócica	3	4	67	62
-Brucella sp.	0	0	3	13	-N.meningitidis	1	1	14	7
Enfermedad de Lyme	1	0	3	4	-N.meningitidis gr.B	1	0	44	39
-B.burgdorferi	1	0	3	4	-N.meningitidis gr.C	1	2	8	15
F. tifoidea y paratifoidea	0	1	6	1	.Otras	0	1	1	1
-S.paratyphi A	0	0	3	0	Legionelosis	2	1	78	57
-S.typhi	0	1	3	1	-L.pneumophila	2	1	78	57
Fiebre Q	2	2	35	43	Listeriosis	3	2	15	33
-C.burnetii	2	2	35	43	-L.monocytogenes	3	2	15	33
Fiebre botonosa	0	1	5	8	Mening.no meningocócicas	2	0	51	26
-R.conorii	0	1	5	8	-H.influenzae	0	0	2	0
G.E.A.: Salmonelosis	84	141	1.268	1.979	-S.agalactiae	0	0	3	2
-S.enteritidis	36	88	549	1.058	-S.pneumoniae	2	0	45	24
-S.typhimurium	20	13	249	236	-S.pyogenes	0	0	1	0
-S.virchow	0	0	7	3	Micobacterias	44	17	743	656
-Salmonella gr.B	2	5	78	94	-M.bovis	0	0	1	3
-Salmonella gr.C	0	0	9	9	-M.tuberculosis	44	17	742	653
-Salmonella gr.C1	0	2	25	28	Micobacterias atípicas	4	8	110	74
-Salmonella gr.C2	0	3	12	19	-M.avium/intracellulare	1	2	33	11
-Salmonella gr.D	4	3	29	78	-M.fortuitum	0	0	7	3
-Salmonella gr.D1	1	3	20	49	-M.gordonae	1	1	9	5
-Salmonella sp.	18	22	258	369	-M.kansasii	1	4	33	34
.Múltiple	3	2	19	11	-M.marinum	0	0	2	4
.Otras	0	0	13	25	-M.xenopi	0	1	5	7
G.E.A.: Shigelosis	3	3	25	26	.Múltiple	0	0	1	1
-S.boydii	0	0	1	0	.Otras	1	0	20	9
-S.disenteriae	0	0	2	2	Tos ferina	1	2	8	21
-S.flexneri	0	2	10	13	-B.pertussis	1	2	8	21
-S.sonnei	3	1	11	8	Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	29	34	39	39
-Shigella sp.	0	0	1	3					
G.E.A.: otras bacterias	114	125	2.013	2.349					
-A.caviae	6	5	69	88					
-A.hydrophila	4	1	38	35					
-A.sobria	0	0	5	11					

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 18 QUE TERMINÓ EL 7 MAYO DE 2005

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 18		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 18	
	2005	2004	2005	2004
Adenovirus	17	18	253	196
Adenovirus 40/41	1	1	6	3
Astrovirus	0	5	76	18
Coxsackie B	0	1	0	20
Echovirus	2	0	9	1
Enterovirus	4	0	21	34
Epstein-Barr	19	17	276	415
Gripe A	2	0	1.075	78
Gripe B	1	0	306	7
Hepatitis A	2	3	55	47
Hepatitis B	1	3	22	39
Hepatitis C	4	13	91	145
Herpes simple	4	2	65	42
Herpes simple tipo 1	0	2	64	39
Herpes simple tipo 2	0	2	21	16
Herpesvirus humano 6	0	0	0	2
Norovirus	0	0	0	2
Parainfluenza	0	0	32	4
Parainfluenza 1	0	1	1	19
Parainfluenza 2	0	0	2	1
Parainfluenza 3	2	4	36	21
Parotiditis	0	1	5	3
Parvovirus B 19	6	1	11	12
Respiratorio Sincitial	7	2	640	772
Rotavirus	19	20	1.682	1.918
Rubéola	3	0	9	7
Sarampión	0	0	0	1
Varicela Zoster	1	1	19	28
-Otros	0	0	2	0
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	18	22	38	38

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 18		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 18	
	2005	2004	2005	2004
Ascaris lumbricoides	1	0	9	20
Blastocystis hominis	20	12	204	183
Cryptosporidium sp	3	0	21	6
Echinococcus granulosus	1	0	5	5
Echinococcus sp.	0	0	1	0
Entamoeba coli	7	0	15	17
Entamoeba histolytica	0	0	5	6
Enterobius vermicularis	3	4	98	84
Giardia lamblia	5	11	156	192
Heterophyes heterophyes	0	0	1	0
Leishmania sp	0	1	9	9
Plasmodium falciparum	0	1	24	34
Plasmodium ovale	1	1	5	2
Plasmodium sp	0	0	1	0
Plasmodium vivax	0	1	2	7
Schistosoma haematobium	0	0	2	2
Schistosoma mansoni	0	0	1	1
Taenia saginata	0	0	13	15
Taenia solium	0	0	0	1
Taenia sp.	0	1	3	9
Toxoplasma gondii	0	4	17	17
Trichomonas vaginalis	10	3	42	68
Trichuris trichiura	2	0	28	31
-Otros	3	5	52	94
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	9	13	28	29

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 18		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 18	
	2005	2004	2005	2004
Cutáneas y Subcutáneas	12	12	324	242
-Aspergillus niger	0	0	2	1
-Aspergillus sp.	0	1	2	4
-Candida albicans	2	4	34	42
-Candida glabrata	0	0	11	4
-Candida guilliermondii	0	0	5	2
-Candida parapsilosis	1	1	32	11
-Candida sp.	0	0	1	0
-Epidermophyton floccosum	0	0	3	5
-Malassezia furfur	1	2	17	11
-Microsporium canis	0	1	22	21
-Trichophyt.mentagrophytes	3	0	49	37
-Trichosporon rubrum	4	3	89	72
-Trichosporon sp.	0	0	3	0
.Múltiple	0	0	2	2
.Otras	1	0	52	30
Mucosas	0	0	7	30
-Aspergillus fumigatus	0	0	0	1
-Aspergillus glaucus	0	0	0	1
-Aspergillus niger	0	0	1	5
-Aspergillus sp.	0	0	1	0
-Candida albicans	0	0	3	4
-Candida glabrata	0	0	0	1
-Candida parapsilosis	0	0	1	8
.Múltiple	0	0	1	1
.Otras	0	0	0	9
Sistémicas	0	6	40	100
-Aspergillus fumigatus	0	0	1	2
-Candida albicans	0	2	15	39
-Candida glabrata	0	1	4	8
-Candida guilliermondii	0	0	0	2
-Candida parapsilosis	0	0	9	17
-Candida sp.	0	0	1	1
-Cryptococcus neoformans	0	0	2	4
-Cryptococcus sp.	0	0	0	2
-Pneumocystis jirovecii	0	2	7	9
.Múltiple	0	0	0	3
.Otras	0	1	1	13
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	3	6	13	18

Dirección del BES: Odorina Tello Anchuela

Redacción: M.^a Elena Rodríguez Valín

Una copia del Boletín Epidemiológico Semanal está disponible en formato electrónico en la dirección <http://cne.isciii.es>

La suscripción del Boletín Epidemiológico Semanal es gratuita.

Solicitudes: Centro Nacional de Epidemiología.

Instituto de Salud Carlos III.

C/. Sinesio Delgado, 6 • 28029 Madrid - España

NIPO: 354-02-003-3

Depósito Legal: M-41502-1978

Imprime: Graffoffset, S.L.