

## Sumario

Brotos de Escarlatina en población escolar . . .	37
Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria . . . . .	41
Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica . . . . .	43

## Brotos de Escarlatina en población escolar

E. Giner<sup>1</sup>, A. Salazar<sup>1</sup>, J.L Chover<sup>1</sup>, J. Roig<sup>1</sup>, I. Llacer<sup>1</sup>, R. Borrás<sup>2</sup>, M. Bosque<sup>3</sup>, A. Farga<sup>3</sup>, S. Guiral<sup>4</sup>, R. Carbó<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Secció d'Epidemiologia. Centre de Salut Pública. València.

<sup>2</sup> Servei de Microbiologia. Hospital Clinic. València.

<sup>3</sup> Servei de Microbiologia. Hospital Arnau de Vilanova. València.

<sup>4</sup> Secció de Brots Epidèmics. Servei de Vigilància i control epidemiològic. Generalitat Valenciana.

### Introducción

La escarlatina es una enfermedad exantemática ocasionada por el *Streptococcus pyogenes* (estreptococos del grupo A). Este microorganismo es la causa bacteriana más frecuente de faringitis aguda y es también responsable de una diversidad de infecciones cutáneas y sistémicas. Su importancia deriva de su capacidad de provocar dos secuelas no supurativas: la fiebre reumática aguda y la glomerulonefritis aguda postestreptocócica. La escarlatina se caracteriza por erupción cutánea y puede incluir todos los síntomas de la angina estreptocócica, así como enantema, lengua aframbuesada y exantema; la erupción generalizada se presenta como un eritema fino, por lo regular punteado que palidece cuando se ejerce presión<sup>1</sup>.

La existencia de una terapia antibiótica efectiva para las manifestaciones no-sistémicas, la consideración de una enfermedad "propia" de la infancia y el prolongado periodo hasta la aparición de lesiones valvulares o renales contribuyen a reducir el conocimiento general de la enfermedad respecto de su riesgo potencial y, por tanto, a un mal manejo individualizado<sup>2,3</sup>.

Por otra parte, el conocimiento de su incidencia en la población y sus patrones de transmisión son muy limitados. La escarlatina no tiene la consideración de enfermedad de declaración obligatoria no requiriendo vigilancia semanal, excepto cuando se presenta en forma de brote epidémico. No se recogen, por tanto, tasas de incidencia anuales, índice epidémico, tenden-

cia ni otros descriptores epidemiológicos de la enfermedad en un territorio específico.

Aunque es una enfermedad ligada a las condiciones sanitarias y sociales<sup>3</sup>, como reflejan los datos de los países del Este Europeo<sup>4</sup>; en países de nuestro entorno se realizan estimaciones que corrigen el optimismo tal y como recoge la vigilancia pasiva italiana que sitúa la incidencia en 6/1.000 h., mientras los médicos centinelas la estiman en 23,7/1.000 h<sup>5</sup>. Considerando, además, que los brotes epidémicos de escarlatina en evolución libre pueden alcanzar tasas de ataque muy elevadas<sup>6</sup> o secuelas crónicas importantes<sup>7</sup>, nuestro objetivo es poner de manifiesto la relevancia de los brotes epidémicos de escarlatina, los factores contribuyentes en su generación y la estrategia aplicada en su contención.

### Definiciones

Se consideró **caso sospechoso/probable** el que cumple con los criterios de descripción clínica de caso sin confirmación de laboratorio, y no está relacionado con otro caso. **Caso confirmado** el que concuerda con la descripción clínica de la escarlatina y presenta aislamiento positivo de estreptococo en una muestra clínica apropiada o que sin confirmación de laboratorio, cumple los criterios de definición clínica y está relacionado con un caso sospechoso/probable o confirmado.

Se consideró **expuesto** a los compañeros de aula y a los compañeros de transporte escolar donde se presentó un caso confirmado.

## Estudio de los brotes

### Metodología

Tras la declaración del brote por los servicios asistenciales o por los directores de los centros escolares:

- Se solicita al centro escolar listado de los alumnos del nivel/niveles de los casos, notificación de los nuevos casos de escarlatina y de las ausencias de tres o más días, en las dos semanas anteriores, para descartar posibles casos no notificados.
- La determinación de ausencias y su encuesta telefónica permite delimitar el territorio epidémico y/o la identificación del caso índice.
- Con el análisis de dicha información se valora la población expuesta, y se contacta con el Servicio de Microbiología del hospital correspondiente al Área Sanitaria para programar la recogida de muestras de exudado nasofaríngeo.
- Se solicita autorización escrita para la realización del frotis nasofaríngeo a los responsables familiares de los alumnos, mediante carta informativa.
- La recolección de muestras incluye a los alumnos y personal adulto que tenga relación con el grupo expuesto, profesores, cuidadores, etc.
- La toma de muestras se realiza por personal de la sección de Epidemiología en el mismo centro escolar mediante escobillón estéril, que se introduce en tubo con medio de transporte Stuart y se traslada sin refrigerar al hospital correspondiente, donde se realiza su cultivo.
- La proporción de portadores determinará la adopción de medidas profilácticas.

### Medidas de control recomendadas

- La exclusión temporal de la asistencia a clase de los casos hasta 48 horas después de iniciado el tratamiento.

- Tratamiento profiláctico de los portadores detectados con penicilina.
- Cuando la tasa de infección observada en un aula es igual o superior al 30%, se recomienda quimioprofilaxis con penicilina a todos los alumnos de la misma.

### Resultados

Se detectaron siete brotes de escarlatina en el Área de Salud 5 y un brote en el Área de Salud 4 de la Comunidad Valenciana, en el periodo comprendido entre enero-1999 y marzo-2004. Ambas Áreas de Salud son cercanas a la ciudad de Valencia. El Área 5 tiene como característica su elevada renta media con predominio de urbanizaciones dispersas y centros escolares dotados de transporte y comedor junto con zonas y barrios de depresión económica.

Los brotes, todos ellos en ámbito escolar, generaron 49 casos de escarlatina confirmados con una tasa global de ataque de 6,50% (Tabla 1). Las tasas de ataque fueron muy variables y oscilaron entre el 20% al 2,20%.

El estudio de portadores de *Streptococo Pyogenes* se realizó en el 86% de los expuestos con una tasa de infección detectada del 19,75%. Las tasas de infección presentaron una menor variabilidad (Tabla 1) que las tasas de ataque y oscilaron entre el 31,88% y el 4,17%, siendo esta última cifra la única inferior al 10%.

No se apreciaron diferencias por sexos y las edades de presentación fueron, mayoritariamente en el grupo de edad de 3 a 4 años correspondientes a Educación Infantil.

Entre los profesores se observaron casos confirmados de angina estreptocócica o escarlatina en tres de los brotes, que coinciden con las tasas de portadores más elevadas en las aulas con casos (Tabla 2), lo que podría constituir un factor contribuyente en la extensión de los brotes.

Con carácter temporal los brotes se agrupan, lógicamente, en torno a los periodos escolares (Figura 1) concentrándose en los meses más fríos de la zona (Enero y Febrero) aunque no exclusivamente. Destaca en la dis-

Tabla 1

Colegios por localidad. Tabla resumen de los brotes

Colegio	Casos	Tasa Ataque	Expuestos	Portadores	Frotis	Tasa Infec	Fecha	Edad
La Cañada	9	11,84	76	21	70	30,00	feb-99	4 a 6
Lliria	7	5,19	135	14	116	12,07	jun-99	3 a 5
Godella	3	3,95	76	17	69	24,64	ene-00	3 años
Rocafort	4	20,00	20	3	17	17,64	ene-00	3 a 4
Betera	15	12,93	116	14	94	14,89	nov-02	3 a 4
L'Eliana	3	3,95	76	2	48	4,17	may-03	3 a 4
Paterna	4	2,20	182	36	165	21,82	dic-03	4 a 6
Alboraia	4	5,26	76	22	69	31,88	feb-04	3 a 4
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>6,50</b>	<b>757</b>	<b>128</b>	<b>648</b>	<b>19,75</b>		

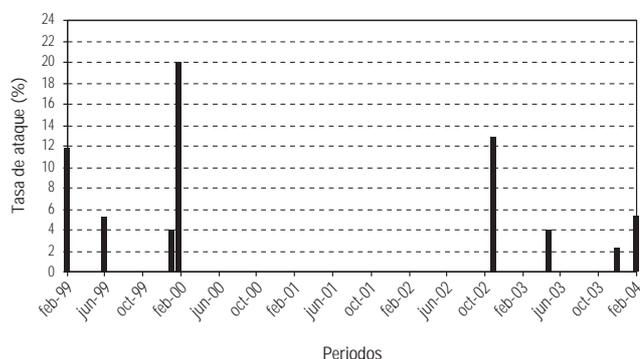
Tabla 2

## Distribución de Portadores por Aulas

LOCALIDAD	CASOS		AULAS SIN CASOS			AULAS CON CASOS		
	Alumnos	Profesores	Frotis	Positivos	Tasa Inf.	Frotis	Positivos	Tasa Inf.
La Cañada	9	1	46	8	17,39	24	13	54,17
Llíria	7	0	95	10	10,53	21	4	19,05
Godella	3	0	25	11	44,00	44	6	13,64
Rocafort	4	0	0	0	0,00	17	3	17,64
Betera	15	1	72	3	4,17	22	11	50,00
L'Eliaana	3	0	24	0	0,00	24	2	8,33
Paterna	4	1	73	6	8,22	92	30	32,61
Alboraia	4	0	0	0	0,00	69	22	31,88
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>3</b>	<b>335</b>	<b>38</b>	<b>11,34</b>	<b>313</b>	<b>91</b>	<b>29,07</b>

Figura 1

## Brotos de Escarlatina. Tasa de Ataque según mes de presentación



tribución temporal de los brotes su ausencia durante un periodo de dos años y la posterior repetición de la secuencia temporal que podría atribuirse a diversos factores, bien a la notificación de brotes consecuencia de la sensibilización de los profesionales sanitarios y docentes, bien a la eliminación de susceptibles y la incorporación de nuevas cohortes de susceptibles a los centros escolares.

Las diferencias entre la frecuencia de infectados según la presencia de casos en el aula explica una parte importante de la transmisión, sin embargo la asociación observada entre aulas con y sin casos (Tabla 3) presenta la indeterminación propia de la Odds Ratio (O-R) cuando un valor es cero y, además,

Tabla 3

## Odds Ratio de infección según casos en el aula, presencia de profesor afectado y tiempo de intervención en días

LOCALIDAD	O - R	Profesores	Tiempo
La Cañada	3,11	1	23
Llíria	1,81	0	25
Godella	0,31	0	14
Rocafort	Indeterm.	0	18
Betera	12,00	1	36
L'Eliaana	Indeterm.	0	19
Paterna	3,97	1	32
Alboraia	Indeterm.	0	22

podemos observar una coincidencia de los mayores valores de O-R con la presencia de profesores enfermos y con los tiempos de intervención desde el caso índice identificado.

Con el objeto de estimar el peso de la presencia de un profesor enfermo de Angina Streptococcica realizamos la estratificación de la población con frotis positivo (Tabla 4). La O-R cruda (Mantel-H) presenta un valor de 2,75 (IC95%: 1,88-4,02) siendo la O-R del Estrato Profesor + Alumno Enfermo de 6,58 (IC95%: 5,11 - 8,47) y la del Estrato Alumno Enfermo de 1,20 (IC95%: 1,16 - 1,25).

## Discusion

Debemos destacar, en concordancia con otros autores<sup>3,6</sup>, la importancia de las actuaciones preventivas que deben acompañar a la notificación de un brote de escarlatina. Lo que no solo esta justificado por las dificultades de manejo y profilaxis por parte de los médicos de familia<sup>6,7</sup> sino, también, por la importancia creciente de cepas más agresivas y el relativo desconocimiento del comportamiento del estreptococo pyogenes tipo A entre la población de los países desarrollados<sup>8</sup>. No obstante, el estudio de portadores durante los brotes de enfermedad estreptocócica no es una práctica generalizada. Durante el periodo de tiempo comprendido entre febrero de 1999 y marzo de 2004 se han notificado en la Comunidad Valenciana 15 brotes de escarlatina, con una media de seis casos por brote (mínimo: tres casos, máximo: 15 casos), realizándose estudio de portadores en el 60% de los mismos (datos no publicados, facilitados por la Direcció General de Salut Pública de la Conselleria de Sanitat).

Tabla 4

## Estratificación de población infectada según la presencia de Profesor y Alumno Enfermo en el aula

Estrato	Odds-Ratio	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	Ji <sup>2</sup>
Profesor+Alumno Enfermo	6,58	5,11	8,47	5,220
Alumno Enfermo	1,20	1,16	1,25	14,618
Odds-Ratio Cruda	2,75	1,88	4,02	10,357

Test Breslow-Day Homogeneidad estratos: 16,549, g.l.1, p<0,0001

Los brotes estudiados muestran un patrón de edad concordante con otros estudios así como los centros escolares como territorio epidémico preferente<sup>5,9</sup>.

Cabe resaltar que la transmisión persona - persona entre los alumnos de un aula constituye la base de la cadena de contagio, lo que se evidencia en la desproporción observada entre grupos pertenecientes a aulas con y sin casos. La presencia de un profesor enfermo de Angina Streptococcica, con independencia de su fuente de contagio, incrementa el riesgo de aparición de nuevos casos (Tabla 2) y, como se muestra aquí, el número de gargantas portadoras del germen. Consideramos que el profesor enfermo constituyó un factor contribuyente a la diseminación del estreptococo tanto por la fuerza de la asociación observada (Tabla 3) y su peso estimado en la estratificación (Tabla 4), como por la plausibilidad de la oportunidad de contagio y la consistencia con otras observaciones de transmisión profesor - alumno en el medio escolar<sup>10,11</sup>.

No ha sido posible establecer el impacto que el tiempo de intervención preventiva pudo tener en los diferentes brotes. No obstante, el brote de la localidad de Godella presenta un mayor número de infectados en las aulas sin casos previos, lo que unido a la intervención más temprana en la secuencia de brotes, 14 días desde el caso índice, nos permite deducir que la adopción de las medidas profilácticas evitó la aparición de nuevos casos de escarlatina.

Con independencia de los protocolos de actuación aplicados para la contención de los brotes de escarlatina, los centros escolares constituyen territorios de riesgo para la transmisión de enfermedades, lo que implica que las autoridades educativas deberían ofrecer mayores facilidades para la separación del personal enfermo, al menos durante el periodo de transmisibilidad<sup>12</sup>.

Por último se revela necesario, en nuestra opinión, una mayor sensibilización de los profesionales sanitarios hacia las diferentes formas de presentación del estreptococo A, especialmente en población escolar infantil y sus maestros o cuidadores.

## Bibliografía

1. Benenson, A. S. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. WHO-PAHO. 16ª Ed. ( 1997) Publicación Científica 564. 541.pp.
2. Zwart S, Rovers MM, de Melker RA, Hoes AW. Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial. *BMJ* 2003 Dec 6; 327 (7427): 1324.
3. Cortina Greus, P, Alfonso Sanchez, J.L, Cortés Vizcaino, C, Smeysers Durá, P, Gonzalez Arraez, J.I. Evolución epidemiológica de la fiebre reumática y cardiopatía reumática en España (1951-1986). *Rev San Hig Pub* 1991; 65:17-24.
4. Czarkowski MP. Scarlet fever in Poland in 2001. *Przegl Epidemiol.* 2003; 57(1): 33-38.
5. Moretti F, Chellini E, Baretti S, Santini MG, Rosati GV, Comodo N. Estimate of underreporting of infectious diseases through a sentinel network of pediatricians in the area of local health unit of Florence. *Epidemiol Prev* 2000 Sep-Oct; 24 (5): 224-227.
6. Hoebe CJ, Wagenvoort JH, Schellekens JF. An outbreak of scarlet fever, impetigo and pharyngitis caused by the same *Streptococcus pyogenes* type T4M4 in a primary school. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000 Nov 4; 144 (45): 2148-52.
7. Gunzenhauser JD, Longfield JN, Brundage JF, Kaplan EL, Miller RN, Brandt CA. Epidemic streptococcal disease among Army trainees, July 1989 through June 1991. *J Infect Dis* 1995 Jul; 172(1): 124-31.
8. Efstratiou A. Group A streptococci in the 1990s *J Antimicrob Chemother* 2000 Feb;45 Suppl:3-12.
9. Sevilla Ramos, P; Martino Alba, R; Carrasco Torres, A; Alonso Cristobo, B; Blanco Gonzalez, J.E.; Garcia de Frias, J.E. Escarlatina: una enfermedad actual. *Acta Pediatr Esp*; 61 (6): 292-295, jun. 2003.
10. A. Salazar, J.L. Chover, M.E. Pérez, J.I. Soler, E. Hernandez, A. Escribano. Brote de tuberculosis en población adolescente rural. *Bol Epidemiol Semanal* 2001; 9( 14): 149-160
11. Rushdy AA, Cooke RP, Iversen AM, Pickering BI. Boarding school outbreak of group A streptococcal pharyngitis. *Commun Dis Rep CDR Rev.* 1995 Jun 23;5(7):R106-8.
12. Richardson M, Elliman D, Maguire H, Simpson J, Nicoll A. Evidence base of incubation periods, periods of infectiousness and exclusion policies for the control of communicable diseases in schools and preschools. *Pediatr Infect Dis J.* 2001 Dec;20(12):1184

## SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 21 DE FEBRERO DE 2004

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 07		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 1999-2003		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		2004	2003	2004	2003	Sem. 07	Acum. casos	Sem. 07	Acum. casos
<b>Enfermedades de transmisión alimentaria</b>									
Botulismo	005.1	0	0	0	0				
Cólera	001	0	0	0	0				
Disentería	004	7	1	12	4	0	6	0,00	2,00
F. tifoidea y paratifoidea	002	0	2	3	15	2	15	0,00	0,20
Triquinosis	124	3	0	3	3				
<b>Enfermedades de transmisión respiratoria</b>									
Enfermedad Meningocócica	036	23	29	177	201	37	282	0,62	0,63
Gripe	487	17.354	60.475	180.804	361.194	71.706	943.966	0,24	0,19
Legionelosis	482.8	19	8	87	94				
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	0	1	6	11				
Tuberculosis respiratoria	011	105	131	718	843	153	1.016	0,69	0,71
Varicela	052	5.161	4.078	24.958	21.998	4.078	21.998	1,27	1,13
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>									
Infección gonocócica	098.0,098.1	18	21	111	112	21	112	0,86	0,99
Sífilis	091	24	19	131	105	12	90	2,00	1,46
<b>Enfermedades prevenibles por inmunización</b>									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	30	36	158	229	96	512	0,31	0,31
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubéola	056	0	4	10	19	4	31	0,00	0,32
Sarampión	055	1	20	2	25	3	20	0,33	0,10
Tétanos	037	0	0	2	3				
Tos Ferina	033	3	15	45	67	4	36	0,75	1,25
<b>Hepatitis víricas</b>									
Hepatitis A	070.0,070.1	11	13	120	86				
Hepatitis B	070.2,070.3	16	16	88	98				
Otras hepatitis víricas	070	18	30	79	179				
<b>Zoonosis</b>									
Brucelosis	023	11	14	76	68	15	104	0,73	0,73
Rabia	071	0	0	0	0				
<b>Enfermedades importadas</b>									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	2	9	43	65				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
<b>Enfermedades declaradas sistemas especiales</b>									
Lepra	030	1	0	3	2				
Rubéola congénita	771.0	1	0	1	0				
Sífilis congénita	090	0	0	2	0				
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:

Varicela (1,27). Sífilis (2,00).

\* Un I.E. inferior o igual a 0,75:

Disentería (0,00). F. tifoidea y paratifoidea (0,00). Enfermedad Meningocócica (0,62). Gripe (0,24). Tuberculosis respiratoria (0,69). Parotiditis (0,31). Rubéola (0,00). Sarampión (0,33). Tos Ferina (0,75). Brucelosis (0,73).

\* 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 07 DE 2004																			
	ANDALUCÍA	ARAGON	ASTURIAS	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	C-MANCHA	C-LEON	CATALUÑA	C-VALEN.	EXTREMAD.	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	P. VASCO	RIOJA	CEUTA	MELILLA
ENFERMEDADES	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	1	0	0	1	5	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	1	0	0	0	2	0	0
Enferm. Meningocócica	4	1	1	0	0	1	1	0	4	2	1	2	0	4	0	2	0	0	0
Gripe	36	731	461	313	2.956	57	880	899	1.849	3.304	354	1.942	1.824	685	174	643	106	82	58
Legionelosis	2	4	0	0	3	0	1	1	3	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Meningitis tuberculosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis respiratoria	20	4	3	1	3	3	1	3	29	10	2	11	0	2	3	8	2	0	0
Varicela	89	169	93	154	292	47	186	269	704	843	66	293	916	376	99	456	90	9	10
Infección gonocócica	0	0	0	2	3	0	0	1	7	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1
Sífilis	0	1	3	0	2	0	0	1	5	4	0	0	6	2	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
Parotiditis	4	2	3	2	2	0	0	3	1	1	0	1	7	2	0	1	0	1	0
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	3	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	0	1	0	0	2	1	0	2	0	2	0	0	8	0	0	0	0	0	0
Otras hepatitis víricas	0	0	0	0	1	1	0	3	4	1	0	2	5	1	0	0	0	0	0
Brucelosis	0	1	0	0	0	1	4	2	2	0	1	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
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	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Pesle	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
Leprosia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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 07 QUE TERMINÓ EL 21 DE FEBRERO DE 2004**

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 07		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 07		ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 07		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 07	
	2004	2003	2004	2003		2004	2003	2004	2003
Bacteriemias	91	66	564	474	G.E.A.: otras bacterias	129	132	964	841
-A.anitratus	0	0	1	0	-A.caviae	2	4	33	17
-A.baumannii	2	3	12	7	-A.hydrophila	1	2	24	12
-B.fragilis	1	2	4	3	-A.sobria	1	0	8	1
-C.perfringens	1	2	1	3	-Aeromonas sp.	1	0	2	3
-E.cloacae	0	2	10	3	-C.coli	2	4	16	14
-E.coli	18	12	126	100	-C.difficile	7	1	23	16
-E.faecalis	5	5	20	20	-C.jejuni	85	85	642	583
-E.faecium	1	1	8	3	-Campylobacter sp.	18	22	142	110
-H.influenzae	0	0	3	6	-E.coli	0	0	2	0
-Haemophilus sp.	1	0	1	0	-E.coli O157	0	0	3	4
-K.pneumoniae	2	1	10	5	-Y.enterocolitica	9	6	46	40
-Paeruginosa	4	1	22	15	-Y.enterocolitica ser.03	2	4	18	23
-P.mirabilis	0	1	5	3	.Múltiple	1	3	4	15
-S.agalactiae	5	2	15	11	.Otras	0	1	1	3
-S.aureus	16	6	83	62	Infecciones respiratorias	62	61	349	321
-S.epidermidis	8	6	39	33	-C.pneumoniae	4	1	9	8
-S.hominis	3	0	17	9	-C.trachomatis	0	0	1	0
-S.marcescens	1	0	7	3	-Chlamydia sp.	0	0	0	3
-S.pneumoniae	8	7	52	85	-H.influenzae	1	1	7	15
-S.pyogenes	2	3	4	5	-H.influenzae b	0	0	1	0
-Staphylococcus coag-	0	1	15	16	-M.pneumoniae	5	7	46	43
.Múltiple	1	1	13	17	-S.pneumoniae	51	51	283	251
.Otras	12	10	96	65	.Múltiple	1	0	2	0
Brucelosis	0	0	4	4	.Otras	0	1	0	1
-B.melitensis	0	0	1	3	Infección meningocócica	2	7	30	25
-Brucella sp.	0	0	3	1	-N.meningitidis	0	0	4	2
E.T.S.: Gonococia	6	3	24	18	-N.meningitidis gr.B	1	3	20	15
-N.gonorrhoeae	6	3	24	18	-N.meningitidis gr.C	1	3	6	7
E.T.S.: Sífilis	9	9	58	29	.Otras	0	1	0	1
-T.pallidum	9	9	58	29	Legionelosis	1	0	22	25
E.T.S.: otras	1	1	19	17	-L.pneumophila	1	0	22	25
-C.trachomatis	1	1	19	17	Listeriosis	0	0	12	5
F.tifoidea y paratifoidea	0	0	0	1	-L.monocytogenes	0	0	12	5
-S.typhi	0	0	0	1	Mening.no meningocócicas	3	6	15	14
Fiebre Q	0	4	8	22	-H.influenzae	0	1	0	3
-C.burnetii	0	4	8	22	-S.agalactiae	0	0	1	0
Fiebre botonosa	0	3	2	9	-S.pneumoniae	3	5	13	11
-R.conorii	0	3	2	9	.Otras	0	0	1	0
G.E.A.: Salmonelosis	124	78	774	710	Micobacterias	36	29	255	208
-S.enteritidis	87	40	408	323	-M.bovis	0	0	1	0
-S.typhimurium	8	5	100	80	-M.tuberculosis	36	29	254	208
-S.virchow	1	0	3	2	Micobacterias atípicas	1	7	25	35
-Salmonella gr.B	0	5	30	59	-M.avium/intracellulare	0	2	6	7
-Salmonella gr.C	1	0	4	3	-M.fortuitum	0	0	2	0
-Salmonella gr.C1	1	2	12	13	-M.gordonae	0	0	0	2
-Salmonella gr.C2	0	0	7	5	-M.kansasii	1	5	9	18
-Salmonella gr.D	0	4	28	49	-M.marinum	0	0	3	3
-Salmonella gr.D1	5	2	23	5	-M.xenopi	0	0	2	4
-Salmonella gr.E	0	0	1	0	.Múltiple	0	0	1	0
-Salmonella sp.	19	18	145	149	.Otras	0	0	2	1
.Múltiple	1	0	6	7	Tos ferina	0	0	8	3
.Otras	1	2	7	15	-B.pertussis	0	0	8	3
G.E.A.: Shigelosis	1	2	7	13	N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	35	36	38	41
-S.flexneri	1	2	3	8					
-S.sonnei	0	0	2	4					
-Shigella sp.	0	0	2	1					

**RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 07 QUE TERMINÓ EL 21 DE FEBRERO DE 2004**

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 07		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 07	
	2004	2003	2004	2003
Adenovirus	15	8	89	76
Adenovirus 40/41	0	0	0	3
Agente Delta	0	0	0	1
Astrovirus	3	1	8	5
Coxsackie B	1	0	2	0
Echovirus	0	0	0	5
Echovirus 6	0	0	0	5
Enterovirus	0	0	2	3
Epstein-Barr	19	19	160	126
Gripe A	2	8	50	26
Gripe B	0	22	3	254
Hepatitis A	7	4	22	10
Hepatitis B	0	4	15	19
Hepatitis C	7	22	61	87
Herpes simple	2	1	13	13
Herpes simple tipo 1	0	1	16	18
Herpes simple tipo 2	3	1	7	9
Parainfluenza	0	0	1	1
Parainfluenza 1	0	0	9	0
Parainfluenza 2	0	0	1	0
Parainfluenza 3	0	1	2	3
Parotiditis	0	0	0	3
Parvovirus B 19	0	1	1	7
Respiratorio Sincitial	32	38	639	762
Rotavirus	119	132	1266	905
Rubeola	0	0	4	0
Sarampión	0	0	0	2
Varicela Zoster	0	1	4	11
—Otros	0	0	2	1
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	24	29	33	37

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 07		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 07	
	2004	2003	2004	2003
Ascaris lumbricoides	0	2	10	12
Blastocystis hominis	7	8	54	57
Cryptosporidium sp	0	2	3	5
Echinococcus granulosus	0	0	2	0
Entamoeba coli	2	0	4	9
Entamoeba histolytica	1	0	2	3
Enterobius vermicularis	2	4	40	34
Fasciola hepatica	0	0	0	1
Giardia lamblia	10	13	79	96
Leishmania sp	1	2	4	4
Plasmodium falciparum	4	1	16	12
Plasmodium vivax	0	0	3	1
Schistosoma haematobium	1	0	1	0
Taenia saginata	1	0	5	7
Taenia sp.	0	1	6	2
Toxoplasma gondii	1	3	3	18
Trichomonas vaginalis	3	4	24	29
Trichuris trichiura	2	5	18	12
—Otros	4	4	36	20
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	13	15	24	29

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 07		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 07	
	2004	2003	2004	2003
Cutáneas y Subcutáneas	4	25	83	96
-Aspergillus sp.	0	0	2	1
-Candida albicans	0	7	14	24
-Candida glabrata	0	1	1	1
-Candida guilliermondii	0	0	1	0
-Candida parapsilosis	0	2	6	4
-Cryptococcus neoformans	0	1	0	1
-Epidermophyton floccosum	0	0	3	0
-Malassezia furfur	0	0	3	2
-Microsporum canis	2	2	9	9
-Rhodotorula rubra	0	0	0	2
-Trichophyt.mentagrophytes	1	4	10	18
-Trichophyton rubrum	0	6	24	23
.Múltiple	0	0	2	1
.Otras	1	2	8	10
Mucosas	0	8	10	42
-Aspergillus fumigatus	0	0	1	1
-Aspergillus glaucus	0	0	1	0
-Aspergillus niger	0	1	2	6
-Aspergillus sp.	0	0	0	1
-Candida albicans	0	0	1	3
-Candida parapsilosis	0	2	3	8
-Candida sp.	0	0	0	2
.Múltiple	0	0	1	1
.Otras	0	5	1	20
Sistémicas	2	3	51	15
-Aspergillus fumigatus	0	0	0	1
-Candida albicans	2	1	19	5
-Candida glabrata	0	0	2	0
-Candida guilliermondii	0	0	1	0
-Candida parapsilosis	0	0	12	1
-Candida sp.	0	0	1	1
-Cryptococcus neoformans	0	1	1	1
-Cryptococcus sp.	0	0	1	0
-Pneumocystis carinii	0	0	4	4
.Múltiple	0	0	1	0
.Otras	0	1	9	2
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	5	9	14	11

**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: Rumagraf, S.A.

O.T. 37109