

## Sumario

Brote nosocomial de escabiosis en un hospital comarcal de la provincia de Huesca . . . . .	285	Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria . . . . .	289
Clasificación de los casos sospechosos de sarampión . . . . .	288	Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica . . . . .	291

# Brote nosocomial de escabiosis en un hospital comarcal de la provincia de Huesca\*

Larrosa A<sup>1</sup>, Cortés-Blanco M<sup>2</sup>, Martínez S<sup>1</sup>, Clerencia C<sup>3</sup>, Urdániz LJ<sup>3</sup>, Urban J<sup>3</sup>, García J<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Sección Regional de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Prevención y Promoción de la Salud. Servicio Aragonés de la Salud. Zaragoza.

<sup>2</sup> Programa de Epidemiología Aplicada de Campo. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

<sup>3</sup> Sección Provincial de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Prevención y Promoción de la Salud. Servicio Aragonés de la Salud. Huesca.

<sup>4</sup> Servicio de Dermatología. Hospital Comarcal de Barbastro.

## Introducción

El día 29/11/2002 la Gerencia de un hospital comarcal de la provincia de Huesca notifica a la Sección Provincial de Vigilancia Epidemiológica la existencia de al menos cuatro casos de escabiosis vulgar entre el personal laboral (dos enfermeras, un auxiliar de enfermería y un celador) de la planta correspondiente al servicio de Medicina Interna de dicho hospital. El caso inicial (una enfermera) había iniciado su sintomatología el 5/11/2002. El caso índice (un auxiliar de enfermería) fue reconocido el 25/11/2002 y había iniciado sus síntomas el 13/11/2002. No constaba la existencia de casos en personal perteneciente a otras plantas del hospital.

Desde las Secciones Regional y Provincial de Vigilancia Epidemiológica se inicia una investigación para el estudio y control del brote.

Al buscar algún cuadro pruriginoso no filiado en las historias clínicas de pacientes ingresados en esa planta en las cuatro semanas previas al comienzo de los síntomas en el caso inicial, se obtuvo la de un paciente considerado como probable origen del mismo (probable caso primario). Era un hombre de 92 años, procedente de una residencia geriátrica del mismo municipio, que ingresó en la planta de Medicina Interna el día 1/11/2002 por un proceso respiratorio, falleciendo el 9/11/2002. Presentaba lesiones eritematopapulosas generalizadas que

fueron tratadas por el dermatólogo del hospital de forma sintomática con antiinflamatorios y antipruriginosos. No se realizó biopsia cutánea. En la investigación posterior realizada en su centro de procedencia se constató la existencia de más casos de escabiosis. Sus compañeros de habitación y la persona encargada de sus cuidados fueron diagnosticados como tales.

Partiendo de estos datos, se plantea como hipótesis de trabajo que se ha producido un brote de escabiosis en la planta de Medicina Interna de este hospital por probable exposición a un paciente con esa enfermedad procedente de un centro geriátrico. Los objetivos de la investigación eran:

1. Identificar los factores causales y las circunstancias que han originado este brote.
2. Describir su desarrollo, estimando en el conjunto del hospital y en los distintos colectivos implicados las correspondientes medidas de frecuencia y efecto.
3. Recomendar y desarrollar las medidas preventivas para el control del brote.

## Metodología

Inicialmente se establecieron las siguientes definiciones:

- Período epidémico: período comprendido entre la fecha de admisión del probable caso primario a la

\* Este trabajo ha sido publicado como «Surveillance Report» en la revista *Eurosurveillance*, con la siguiente referencia: Larrosa A, Cortés-Blanco M, Martínez S, Clerencia C, Urdaniz LJ, Urban J, et al. Nosocomial outbreak of scabies in a hospital in Spain., *Eurosurveillance* 2003; 8 (10): 199-203.

planta de Medicina Interna del hospital (1/11/2002) y la fecha del final del tratamiento del último de los casos más el período máximo de incubación de la escabiosis (19/2/2003).

- Caso sospechoso: persona perteneciente a la plantilla del hospital que hubiera atendido a enfermos de la planta de Medicina Interna durante el período epidémico, o pacientes que hubieran estado ingresados en dicha planta durante ese período y que desde el inicio de éste hayan presentado o tengan documentados:

- Prurito de varios días de evolución, sea generalizado o localizado.
- Aparición de lesiones cutáneas sugestivas de escabiosis, con independencia de su extensión y gravedad.

También se consideran casos sospechosos a los contactos de dichos casos que presenten estos mismos signos y síntomas. Todos ellos fueron valorados por el servicio de Dermatología del hospital.

- Caso confirmado: caso sospechoso con confirmación de *Sarcoptes scabiei* mediante visión directa, anatomía patológica u otros métodos de análisis microbiológico.
- Contacto: Persona que sin presentar signos o síntomas sugerentes de escabiosis cumple alguno de los siguientes criterios:
  - a. Pertenecer a la plantilla del hospital y haber atendido a enfermos de la planta de Medicina Interna durante el período epidémico.
  - b. Haber estado ingresado en dicha planta durante ese período.
  - c. Haber tenido una relación interpersonal estrecha con alguno de los casos diagnosticados. En este sentido, se consideran contactos todos los integrantes de la unidad familiar del caso.
- Período de incubación: diferencia entre la fecha del primer contacto físico con una persona infestada y la fecha de aparición de los primeros síntomas en cada caso.

En la investigación epidemiológica del brote se utilizó un cuestionario previamente validado en un brote anterior.

Durante el período epidémico, hubo 59 trabajadores (41 sanitarios y 18 celadores) que realizaron su labor con regularidad en la planta de Medicina Interna del hospital. 49 de ellos (83%) fueron encuestados.

Asimismo, en colaboración con la coordinadora del centro de salud del municipio, se realizó una búsqueda activa de los 140 pacientes que estuvieron ingresados en dicha planta durante el período epidémico, a fin de detectar la aparición de síntomas o signos compatibles con escabiosis. 124 de ellos (89%) fueron localizados y evaluados.

Las parejas sexuales (8) y los contactos de los casos fueron encuestados por sus médicos respectivos, en colaboración con esa misma coordinadora del centro de salud.

Se indicó a todos los casos y contactos tratamiento tópico simultáneo con permetrina crema al 5%, aplicado una vez sobre toda la superficie corporal, a excepción de la cara y de las plantas de los pies (la aplicación debe mantenerse durante al menos ocho horas)<sup>1,2</sup>. Asimismo, se procedió a la limpieza exhaustiva de la planta y al lavado de su ropa (incluida la de cama) al día siguiente de dicha administración. A los 10 días, todos los casos y contactos fueron revisados por el Servicio de Dermatología del hospital y tratados de nuevo si fuera necesario<sup>1,2</sup>.

La información recogida fue incluida en una base de datos utilizando el programa Epiinfo 6.0. Se estimó el riesgo relativo de los colectivos de trabajadores de la planta de Medicina Interna, tomando como referente a los médicos (por ser el que menor contacto físico refería con los pacientes) y estableciéndose sus correspondientes intervalos de confianza. Asimismo se estimó en cada comparación su respectivo valor de la p, utilizando el test exacto de Fisher con un nivel de significación del 95% ( $\alpha = 0,05$ ).

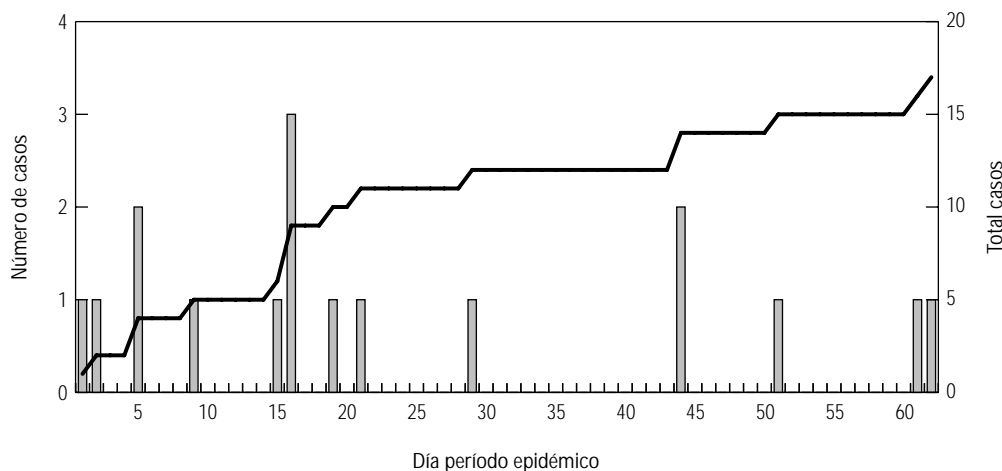
## Resultados

Entre los días 5/11/2002 (aparición de los síntomas en el primer caso) y 5/01/2003 (aparición de los síntomas en el último) se registraron 17 casos de escabiosis entre trabajadores relacionados con la planta de Medicina Interna de un hospital comarcal de la provincia de Huesca (11), y pacientes que estuvieron ingresados en ella (6). La Figura 1 muestra la curva epidémica del brote.

De entre los 41 profesionales adscritos a dicha planta, siete (17%) presentaron durante el período epidémico un cuadro de escabiosis. También lo manifestaron tres de

Figura 1

Curva epidémica del brote



los 18 celadores (17%) del hospital que contactaron con pacientes de dicha planta, y un miembro del servicio de ambulancias que refería el mismo antecedente. En la Tabla 1 se presentan las tasas de ataque estimadas entre los distintos colectivos laborales de la planta.

Tabla 1

#### Tasa de ataque entre los distintos colectivos laborales implicados

Colectivo laboral	Casos	No casos	Total	Tasa de ataque (%)
Médico	1	11	12	8
Enfermero/a	4	11	15	27
Auxiliar de enfermería	2	12	14	14
Celador	3	15	18	17
Otros (ambulancia)	1			
Total (5.ª planta)	10	49	59	17

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de infestación de los diferentes grupos, debido posiblemente a las limitaciones del tamaño muestral: personal de enfermería 3,2 (IC<sub>95%</sub> 0,4-25,0), auxiliares de enfermería 1,7 (0,2-16,7), celadores 2,0 (0,2-17,0) y médicos 1.

De los 11 casos habidos entre los trabajadores del hospital, seis eran mujeres y cinco hombres. Dos de ellos fueron confirmados por visión directa del parásito, y el resto por criterios clínicos en su servicio de Dermatología. Su edad media fue de 39,4 años (rango: 24-61 años) y la desviación típica de 12,0. Sus síntomas y signos principales fueron: 11 prurito (cinco generalizado y seis localizado, en nueve de ellos de predominio nocturno), nueve pápulas, seis vesículas y dos eritema. No se constataron otros síntomas generales. Estas lesiones se localizaron preferentemente en brazos y antebrazos (73%, incluyendo pliegues axilares), manos (64%), tórax y abdomen (55%) y región inguinal (27%).

El período medio de incubación fue de 16,7 días (rango: 5-47), con una mediana de 12 y una desviación típica de 14,2.

La mayoría de los trabajadores relacionados con la planta de Medicina Interna utiliza siempre guantes de látex desechables en el manejo de sus pacientes. Sin embargo, un 6% de ellos (3/49) no usa siempre esos guantes durante sus cuidados. Además, sólo un 7% (3/46) protege también sistemáticamente sus brazos y antebrazos con batas de manga larga. Aun reseñando que no hubo casos de escabiosis entre quienes tomaron esta medida, y posiblemente por el tamaño muestral considerado, no se constató relación significativa entre ella y el padecimiento de la enfermedad ( $p = 0,68$ ).

No se constata relación entre el padecimiento de escabiosis y el contacto con ropas de enfermos o animales; tampoco entre la enfermedad y el mantenimiento de contactos íntimos con personas distintas a la pareja habitual.

El 18% (7/38) del personal no caso al que se administró permetrina presentó algún efecto secundario, principalmente prurito (7/7) y eritema (3/7). Entre los casos, sólo dos tuvieron prurito durante la semana siguiente a su aplicación, si bien podría deberse a su propia infestación.

Además, un 29% (11/38) de los trabajadores no infestados relacionados con esa planta presentaron algún

proceso cutáneo durante el período epidémico, no relacionado con ese tratamiento: prurito (11), pápulas (10), vesículas (3) o eritema (2).

De entre los 140 pacientes ingresados en la planta durante el período epidémico, seis (4%) presentaron un cuadro de escabiosis. Eran cuatro hombres y dos mujeres, con una edad media de 78 años (rango: 73-84). Su período de incubación medio fue de 30,5 días (rango: 19-46). Los síntomas y signos principales fueron: prurito (cinco localizado y uno generalizado, siendo en tres casos de predominio nocturno), eritema (5), pápulas (4), surcos acarinos (2) y vesículas (2). Sus localizaciones preferentes fueron brazos y antebrazos (5), piernas (4) y tronco (3).

Un único caso terciario (la esposa de un trabajador sanitario) fue recogido entre los contactos íntimos de todos los casos.

Todos los casos fueron diagnosticados, tratados y revisados por el Servicio de Dermatología del hospital, no detectándose ninguno entre su personal.

## Discusión

El retraso diagnóstico de escabiosis en personas mayores y/o inmunodeprimidas puede ser habitual, debido a la inespecificidad de sus lesiones<sup>3,4</sup>. Los casos primarios más frecuentemente implicados en estos brotes son pacientes mayores de diagnóstico difícil en los que el prurito es calificado como de naturaleza senil, psicógena o degenerativa<sup>3</sup>. Además, la clínica difiere de su forma habitual: en vez de surcos acarinos en manos y dedos aparecen vesículas o pápulas rojas en el tronco y especialmente en la espalda en el caso de los encamados. Tal vez por ello el paciente supuestamente origen de este brote, a pesar de ser visto por el dermatólogo del hospital, no fuera diagnosticado de escabiosis.

El retraso diagnóstico de esta enfermedad en pacientes potencialmente infestantes (y con una prevalencia mayor de enfermedades que generan dependencia física) puede conllevar exposiciones prolongadas de terceras personas al ácaro, como los trabajadores de centros sanitarios<sup>4</sup>. En este sentido, un contacto casual entre uno de estos profesionales y un paciente parasitado puede ser suficiente para su transmisión, favoreciéndose la aparición de epidemias institucionales<sup>3</sup>.

Los brotes nosocomiales de escabiosis suelen ser el resultado de un retraso en el diagnóstico del paciente infestado<sup>5,6,7</sup> y relacionarse con un fallo en las medidas de protección individual por el personal laboral del hospital en el proceso de manipulación de pacientes infestados<sup>8</sup>. En este sentido, llama la atención que un 6% de los trabajadores encuestados relacionados con la planta afectada no hagan un cumplimiento sistemático de las mismas.

Aun cuando en un principio pudiera plantearse la hipótesis de que a mayor contacto directo con los pacientes mayor riesgo para adquirir la enfermedad<sup>9</sup>, dicha hipótesis no se demuestra en nuestro estudio. De hecho, la estimación del riesgo relativo de cada colectivo laboral implicado con relación al grupo de los médicos (considerado a priori como el de riesgo más bajo) no evidenció diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

En base a estos datos, y al igual que ha ocurrido en otros brotes nosocomiales de escabiosis, puede considerarse que la infestación de tales colectivos fue simi-

lar. Esto abogaría en la idea de que, si bien en un principio la transmisión de la enfermedad pudo producirse como consecuencia de la manipulación de un paciente afecto de escabiosis, posteriormente dicha transmisión se produjo persona-persona entre todos los integrantes de la planta como consecuencia de compartir su espacio laboral. Esta circunstancia pudo permitir la infestación de seis de los pacientes ingresados durante el período epidémico, detectados tras la activación del sistema de vigilancia epidemiológica.

En el origen de este brote hay un probable fallo en la adopción de medidas de protección individual en el manejo de un paciente afectado de escabiosis (pero no diagnosticado como tal) por parte de alguno de los trabajadores relacionados con esa planta del hospital. En este sentido, si bien es habitual el uso de guantes cortos de látex desechables, no lo es el de batas de manga larga que protejan brazos y antebrazos del contacto directo con zonas corporales potencialmente infestadas. El uso de batas de manga corta ha sido identificada en otros brotes nosocomiales como una práctica de riesgo en la transmisión de escabiosis<sup>8</sup>, si bien en el nuestro no alcanza suficiente significación estadística.

Si a ello añadimos que el paciente presuntamente origen del brote era una persona con un alto nivel de dependencia física que precisaba de cuidados mantenidos, podría justificarse la infestación inicial de alguno de sus cuidadores.

Este brote no se ha relacionado con el contacto con fómites, ropas de enfermos, animales o con el mantenimiento de relaciones íntimas con personas distintas a la pareja.

La aparición de procesos cutáneos no debidos a escabiosis en otros trabajadores de la planta puede deberse a la preocupación creada en un contexto epidemiológico como el descrito. De hecho, este dato ha sido habitual en otros brotes similares, atribuyéndose a muchos de esos pruritos un origen psicógeno<sup>10</sup>.

La administración tópica de permetrina crema al 5% se evidenció como un tratamiento eficaz que curó a todos los casos, siendo escasas y leves las reacciones adversas secundarias. Además, tan sólo se detectó un caso terciario entre los contactos.

El diseño y cumplimiento de un protocolo específico de escabiosis, incluyendo el tratamiento simultáneo de todos los casos y contactos, así como la activación de la vigilancia epidemiológica al respecto, resultó fundamental para el control de este brote.

## Bibliografía

1. Consejería de Sanidad. Protocolo de actuación frente a la sarna. Madrid: Comunidad de Madrid, 2000.
2. Elston DM. Controversies concerning the treatment of lice and scabies. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 794-6.
3. Robles García M, de la Lama López-Areal J, Avellaneda Martínez C, Giménez García R, Cortejoso Gonzalo B, Vaquero Puerta JL. Brote nosocomial de escabiosis. *Rev Clin Esp* 2000; 200: 538-42.
4. Voss A, Wallranch C. Occupational scabies in healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1995; 16, 1: 4.
5. Cárdenes Santana MA, Suárez Ortega S, Jiménez Santana P, Carretero Hernández G, Artiles Vizcaíno J, Melado Sánchez P. Brote epidémico de escabiosis en relación con un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y sarna noruega. *Rev Clin Esp* 1993; 193: 155-8.
6. Ortega L, Sierra M, Cid R, Rodríguez T, Aparicio M. Epidemiología de un brote nosocomial de sarna. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1995; 13, 8: 495-6.
7. Calvo Rodríguez CE, Menéndez Caro JL, González Fernández A, Tuya Morán MJ. Sarna noruega en paciente con SIDA. Profilaxis primaria de un posible brote epidémico hospitalario. *An Med Interna* 1998; 15, 6: 345.
8. Gil Alcamí J, Aparici Cruz D, Salazar Cifre A, Roig Sena F, Chofre Navarrete C. Brote de sarna en personal sanitario. *Enfermería Integral* 1999; 48.
9. Obasanjo OO, Wu P, Conlon M, Karanfil LV, Prior P, Moler G, et al. An outbreak of scabies in a teaching hospital: lessons learned. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2001; 22, 1: 13-8.
10. Tizón JL, Pañella H, Maldonado R. ¿Epidemia de histeria, trastorno conversivo epidémico o trastornos somatomorfos epidémicos?: un nuevo caso de una realidad para el siglo XXI. *Aten Primaria* 2000; 25, 7: 479-88.

### CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN. Casos acumulados hasta la semana 46 de 2003

CC.AA.	Casos notificados (1)		Casos Confirmados				Casos descartados (5)			
	Total	En investigación	Compatibles (2)	Autóctonos Laboratorio (3)	Importados Laboratorio (4)	Total	Rubéola	Otros Diagnósticos (6)	Sin Diagnosticar	Total
Andalucía	293	2	3	179	4	186	-	4	101	105
Aragón	5	-	-	-	-	-	-	-	5	5
Asturias	9	-	-	-	-	-	-	-	9	9
Baleares	2	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Canarias	6	-	-	-	-	-	-	-	6	6
Cantabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	19	1	1	3	-	4	1	2	11	14
Castilla y León	4	-	1	-	-	1	-	-	3	3
Cataluña	26	1	1	1	5	7	5	1	12	18
Com. Valenciana	39	-	3	10	1	14	-	7	18	25
Extremadura	9	-	-	-	-	-	-	-	9	9
Galicia	7	-	-	1	2	3	-	-	4	4
Madrid	58	1	3	19	-	22	7	1	27	35
Murcia	10	-	-	6	-	6	1	-	3	4
Navarra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
País Vasco	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Rioja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	3	1	-	-	-	-	-	-	2	2
Melilla	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>492</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>219</b>	<b>13</b>	<b>244</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>213</b>	<b>242</b>

(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.

Más información (BES 2000;8:169-172)

## SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 15 DE NOVIEMBRE DE 2003

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 46		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 1998-2002		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		2003	2002	2003	2002	Sem. 46	Acum. casos	Sem. 46	Acum. casos
<b>Enfermedades de transmisión alimentaria</b>									
Botulismo	005.1	0	0	4	6				
Cólera	001	0	0	0	0				
Disentería	004	1	2	100	281	2	83	0,50	1,20
F. tifoidea y paratifoidea	002	0	6	125	164	5	189	0,00	0,66
Triquinosis	124	0	0	50	25				
<b>Enfermedades de transmisión respiratoria</b>									
Enfermedad Meningocócica	036	14	12	854	1.002	14	1.002	1,00	0,85
Gripe	487	79.991	15.486	1.014.226	1.451.319	24.298	1.842.409	3,29	0,55
Legionelosis	482.8	40	28	1.018	1.268				
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	1	1	74	91				
Tuberculosis respiratoria	011	117	110	5.643	6.450	143	7.152	0,82	0,79
Varicela	052	1.364	1.646	165.872	182.560	1.543	182.560	0,88	0,91
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>									
Infección gonocócica	098.0,098.1	30	13	944	740	15	973	2,00	0,97
Sifilis	091	22	17	798	646	13	632	1,69	1,26
<b>Enfermedades prevenibles por inmunización</b>									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	33	59	1.469	4.341	83	4.341	0,40	0,34
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubéola	056	1	3	104	126	2	322	0,50	0,32
Sarampión	055	0	1	230	86	1	143	0,00	1,61
Tétanos	037	1	0	22	20				
Tos Ferina	033	0	0	478	322	4	360	0,00	1,33
<b>Hepatitis víricas</b>									
Hepatitis A	070.0,070.1	12	11	596	519				
Hepatitis B	070.2,070.3	12	17	648	710				
Otras hepatitis víricas	070	22	35	935	1.080				
<b>Zoonosis</b>									
Brucelosis	023	19	13	549	823	20	1.064	0,95	0,52
Rabia	071	0	0	0	0				
<b>Enfermedades importadas</b>									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	9	13	392	385				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
<b>Enfermedades declaradas sistemas especiales</b>									
Leprosia	030	0	1	3	14				
Rubéola congénita	771.0	0	0	0	0				
Sifilis congénita	090	0	0	6	13				
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:  
Gripe (3,29). Infección gonocócica (2,00). Sifilis (1,69).
- \* Un I.E. inferior o igual a 0,75:  
Disentería (0,50). F. tifoidea y paratifoidea (0,00). Parotiditis (0,40). Rubéola (0,50). Sarampión (0,00). Tos Ferina (0,00).
- \* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal  
Hay que destacar 9 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 46 DE 2003																			
	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	1	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
Enferm. Meningocócica	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	2	5	0	0	3	0	0	0
Gripe	545	4.083	2.705	963	4.474	646	4.992	6.479	5.296	14.654	2.581	3.281	15.872	2.491	3.012	6.619	1.109	129	60
Legionelosis	14	0	0	0	0	0	0	0	4	16	0	1	2	0	1	2	0	0	0
Meningitis tuberculosa	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis respiratoria	21	2	6	4	2	4	1	8	35	12	4	8	0	1	0	9	0	0	0
Varicela	60	26	68	39	28	12	119	31	144	215	28	109	300	77	23	63	14	8	0
Infección gonocócica	0	0	0	1	2	1	0	2	19	0	0	2	0	1	0	0	0	1	1
Sifilis	1	1	1	0	1	0	2	1	4	5	0	0	2	0	2	0	0	0	2
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	4	2	2	2	1	0	4	3	2	0	0	1	12	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
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	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
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos Ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	1	0	0	0	0	1	1	0	6	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Hepatitis B	3	0	0	0	0	0	1	0	2	2	1	0	1	1	0	0	0	1	0
Otras hepatitis víricas	5	0	0	0	0	0	2	4	3	1	1	3	1	2	0	0	0	0	0
Brucelosis	7	0	0	0	0	0	5	1	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
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	8	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	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
Sifilis 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 46 QUE TERMINÓ EL 15 DE NOVIEMBRE DE 2003**

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 46		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 46	
	2003	2002	2003	2002
Bacteriemias	61	63	3353	3260
-A.anitratus	0	0	1	4
-A.baumannii	1	1	47	29
-A.hydrophila	0	0	2	3
-B.fragilis	1	0	19	25
-C.perfringens	0	0	15	13
-E.cloacae	3	0	75	48
-E.coli	13	16	807	754
-E.faecalis	0	3	106	102
-E.faecium	0	0	28	28
-H.influenzae	0	0	26	33
-H.influenzae b	0	0	3	2
-K.pneumoniae	1	1	89	71
-L.monocytogenes	0	3	29	25
-Listeria sp.	0	0	0	1
-N.asteroides	0	0	1	0
-Paeruginosa	2	2	125	134
-P.mirabilis	1	0	40	31
-S.agalactiae	2	2	80	61
-S.aureus	10	3	500	444
-S.epidermidis	4	5	279	263
-S.marcescens	0	0	36	25
-S.pneumoniae	12	10	277	326
-S.pyogenes	0	1	19	22
-Staphylococcus coag-	2	3	108	236
.Multiple	2	2	109	121
.Otras	7	11	532	459
Brucelosis	0	0	44	40
-B.melitensis	0	0	22	18
-Brucella sp.	0	0	22	22
E.T.S.: Gonococia	1	0	92	78
-N.gonorrhoeae	1	0	91	77
.Multiple	0	0	1	1
E.T.S.: Sifilis	5	3	202	201
-T.pallidum	5	3	202	201
E.T.S.: otras	2	4	99	87
-C.trachomatis	2	4	99	87
Enfermedad de Lyme	0	0	0	5
-B.burgdorferi	0	0	0	5
F.tifoidea y paratifoidea	0	0	15	14
-S.paratyphi A	0	0	0	1
-S.paratyphi B	0	0	0	2
-S.typhi	0	0	14	11
.Multiple	0	0	1	0
Fiebre Q	1	2	106	132
-C.burnetii	1	2	105	132
.Multiple	0	0	1	0
Fiebre botonosa	0	2	40	74
-R.conorii	0	2	40	74
G.E.A.: Salmonelosis	137	164	7731	7340
-S.enteritidis	69	78	4296	3823
-S.typhimurium	15	14	626	515
-S.virchow	0	0	8	5
-Salmonella gr.B	4	9	341	401
-Salmonella gr.C	3	0	72	41
-Salmonella gr.C1	2	1	87	89
-Salmonella gr.C2	1	2	64	65
-Salmonella gr.D	1	21	396	587
-Salmonella gr.D1	0	2	191	208
-Salmonella gr.E	0	0	11	7
-Salmonella sp.	35	33	1422	1370
.Multiple	3	0	128	166
.Otras	4	4	89	63
G.E.A.: Shigelosis	2	2	120	138
-S.boydii	0	0	6	5
-S.disenteriae	1	0	3	0
-S.flexneri	1	1	51	47
-S.sonnei	0	1	54	85
-Shigella sp.	0	0	5	1
.Multiple	0	0	1	0
G.E.A.: Vibrio	0	0	4	9
-Valginolyticus	0	0	1	1
-V.cholerae NAG	0	0	1	2
-V.cholerae O1	0	0	0	1
-V.fluviialis	0	0	0	4
-V.parahaemoliticus	0	0	2	1
G.E.A.: otras bacterias	110	145	6120	6384
-A.caviae	8	10	247	322
-A.hydrophila	1	4	111	115
-A.sobria	1	0	32	48
-Aeromonas sp.	1	1	22	14
-C.coli	5	4	120	160
-C.difficile	1	0	83	113
-C.jejuni	73	99	4182	4258
-C.perfringens	0	0	0	1
-Campylobacter sp.	15	14	854	712
-E.coli	0	0	7	4
-E.coli EH	0	0	0	2
-E.coli O157	0	0	16	8
-Yenterocolitica	2	6	244	328
-Yenterocolitica ser.O3	2	1	114	144
.Multiple	1	5	68	117
.Otras	0	1	20	38
Infecciones respiratorias	48	25	1637	1251
-C.pneumoniae	4	1	48	89
-Chlamydia sp.	0	2	5	25
-E.cloacae	0	0	0	1
-H.influenzae	1	2	53	60
-H.influenzae b	1	0	6	5
-M.pneumoniae	6	4	295	157
-Mycoplasma sp.	0	0	0	7
-S.pneumoniae	35	16	1222	831
.Multiple	1	0	5	7
.Otras	0	0	3	69
Infección meningocócica	6	2	148	153
-N.meningitidis	0	0	7	29
-N.meningitidis gr.A	0	0	1	0
-N.meningitidis gr.B	6	0	98	89
-N.meningitidis gr.C	0	2	34	29
.Multiple	0	0	3	1
.Otras	0	0	5	5
Legionelosis	9	5	265	384
-L.pneumophila	9	5	265	384
Leptospirosis	0	1	1	5
-L.canicola	0	1	0	2
-L.icterohaemorrhagiae	0	0	0	1
-Leptospira sp.	0	0	1	2
Mening.no meningocócicas	6	2	83	89
-H.influenzae	0	0	8	2
-H.influenzae b	0	0	0	6
-L.monocytogenes	0	0	9	16
-Listeria sp.	1	0	1	0
-M.pneumoniae	0	0	1	0
-S.agalactiae	0	0	5	5
-S.pneumoniae	4	2	54	60
-S.pyogenes	0	0	1	0
-T.whippelii	0	0	1	0
.Otras	1	0	3	0
Micobacterias	23	28	1694	1734
-M.bovis	0	0	6	2
-M.tuberculosis	23	28	1688	1732
Micobacterias atípicas	1	4	205	238
-M.avium/intracellulare	1	0	43	54
-M.fortuitum	0	1	18	9
-M.gordonae	0	0	10	19
-M.kansasii	0	2	93	126
-M.lentiflavum	0	0	2	0
-M.marinum	0	0	6	4
-M.xenopi	0	1	13	12
.Multiple	0	0	0	1
.Otras	0	0	20	13
Psitacosis	0	0	0	4
-C.psittaci	0	0	0	4
Tos ferina	0	0	42	44
-B.pertussis	0	0	42	43
.Otras	0	0	0	1
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	30	37	42	42

**RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 46 QUE TERMINÓ EL 15 DE NOVIEMBRE DE 2003**

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 46		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 46	
	2003	2002	2003	2002
Adenovirus	10	23	446	361
Adenovirus 40/41	1	1	26	9
Agente Delta	0	0	5	0
Astrovirus	0	0	30	19
Coxsackie	0	0	1	1
Coxsackie A	0	0	3	0
Coxsackie B	0	1	1	11
Coxsackie B 5	0	0	5	0
Echovirus	0	4	32	116
Echovirus 11	0	0	2	0
Echovirus 6	0	1	13	4
Echovirus 9	0	0	2	0
Enterovirus	2	16	49	201
Epstein-Barr	33	9	1056	1003
Gripe A	129	0	744	753
Gripe B	0	3	314	381
Hepatitis A	2	1	90	134
Hepatitis B	4	3	101	108
Hepatitis C	7	14	609	654
Herpes simple	0	0	68	34
Herpes simple tipo 1	5	3	121	113
Herpes simple tipo 2	0	1	50	33
Herpesvirus humano 6	0	0	1	2
Parainfluenza	0	1	9	8
Parainfluenza 1	1	0	59	14
Parainfluenza 2	0	1	10	5
Parainfluenza 3	2	1	48	49
Parotiditis	0	0	7	10
Parvovirus B 19	1	0	28	58
Picornavirus	0	0	1	0
Respiratorio Sincitial	63	66	1061	1569
Rotavirus	20	51	1686	1456
Rubéola	0	0	14	16
Sarampión	0	0	3	8
Varicela Zoster	0	1	62	69
—Otros	0	36	8	985
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	24	25	39	40

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 46		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 46	
	2003	2002	2003	2002
Anisakis	0	0	1	2
Ascaris lumbricoides	1	0	90	59
Blastocystis hominis	7	10	263	384
Cisticercus sp.	0	0	0	3
Cryptosporidium sp	2	3	82	114
Echinococcus granulosus	0	2	21	28
Echinococcus sp.	0	0	2	5
Entamoeba coli	0	1	50	16
Entamoeba histolytica	0	0	34	29
Entamoeba sp	0	0	1	3
Enterobius vermicularis	3	4	220	228
Fasciola hepatica	0	0	1	0
Giardia lamblia	12	21	635	651
Heterophyes heterophyes	0	0	2	0
Leishmania donovani	0	0	0	1
Leishmania sp	0	0	11	23
Plasmodium falciparum	0	1	91	104
Plasmodium malariae	0	1	3	2
Plasmodium ovale	0	0	3	6
Plasmodium sp	0	0	1	2
Plasmodium vivax	0	1	12	23
Schistosoma haematobium	0	0	3	2
Schistosoma mansoni	0	0	1	0
Taenia saginata	0	0	44	35
Taenia solium	0	0	0	1
Taenia sp.	0	0	21	30
Toxoplasma gondii	0	0	87	67
Trichomonas vaginalis	8	7	171	167
Trichuris trichiura	2	3	94	79
—Otros	5	4	184	135
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	11	17	36	34

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 46		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 46	
	2003	2002	2003	2002
Cutáneas y Subcutáneas	17	26	716	771
-Aspergillus niger	0	0	3	5
-Aspergillus sp.	1	0	11	2
-Candida albicans	2	2	105	104
-Candida glabrata	0	1	2	5
-Candida guilliermondii	0	0	5	9
-Candida parapsilosis	3	1	59	93
-Candida pelliculosa	0	0	0	1
-Candida sp.	0	0	8	12
-Cladosporium sp.	0	0	1	0
-Cryptococcus laurentii	0	0	0	1
-Cryptococcus neoformans	0	0	1	0
-Epidermophyton floccosum	0	1	8	5
-Malassezia furfur	0	0	28	23
-Microsporum canis	3	5	70	72
-Microsporum gypseum	1	0	10	4
-Rhodotorula rubra	0	0	8	6
-Trichophyt.mentagrophytes	2	5	100	117
-Trichophyton rubrum	4	6	196	210
-Trichosporon sp.	0	0	1	1
.Multiple	0	1	11	17
.Otras	1	4	89	84
Mucosas	1	6	148	265
-Aspergillus fumigatus	0	0	9	7
-Aspergillus glaucus	0	0	0	1
-Aspergillus niger	1	1	23	22
-Aspergillus sp.	0	0	10	9
-Candida albicans	0	0	9	30
-Candida glabrata	0	0	1	3
-Candida guilliermondii	0	0	0	1
-Candida parapsilosis	0	2	36	70
-Candida sp.	0	0	4	8
.Multiple	0	0	6	11
.Otras	0	3	50	103
Sistémicas	6	5	182	184
-Aspergillus fumigatus	0	1	7	9
-Aspergillus niger	0	0	0	1
-Candida albicans	2	1	86	74
-Candida glabrata	1	0	10	9
-Candida guilliermondii	0	0	4	0
-Candida parapsilosis	1	1	17	28
-Candida sp.	1	0	6	5
-Cryptococcus neoformans	1	0	9	4
-Pneumocystis carinii	0	1	21	34
.Multiple	0	0	2	0
.Otras	0	1	20	20
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	8	7	20	17

**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. 36255