

Sumario

Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG)	13	Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria	17
Clasificación de los casos sospechosos de sarampión	16	Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica	21

Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG)*

Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

* (la información contenida en este artículo está siendo objeto de continuas revisiones por lo que puede variar a lo largo del tiempo)

Introducción

El SRAG fue descrito por primera vez a finales del mes de Febrero de 2003 en Hanoi (Vietnam)¹. El caso índice, un hombre de negocios de mediana edad que antes de encontrarse enfermo había viajado extensamente por el Sureste asiático, fue ingresado en un hospital de Hanoi el 26 de Febrero de 2003 con los siguientes síntomas: fiebre alta, tos seca, mialgias y dolor de garganta. En los cuatro días siguientes desarrolló un Síndrome de Distrés Respiratorio, que requirió ventilación mecánica, y trombocitopenia acusada. A pesar de la terapia intensiva falleció el 13 de Marzo, después de haber sido transferido a una unidad de aislamiento en la Región Especial Administrativa de Hong Kong.

El 12 de Marzo, el Departamento de Salud de Hong Kong notificó un brote de enfermedad respiratoria en uno de sus hospitales públicos. De 50 trabajadores sanitarios que se habían sometido a pruebas de control, se detectó una enfermedad febril en 23 de ellos. Como medida de precaución se ingresaron en el hospital para su observación, y ocho presentaron signos radiológicos de neumonía. Por otra parte, en otros tres trabajadores sanitarios que se habían presentado por su cuenta con síntomas febriles, dos presentaron signos radiológicos de neumonía.

El 15 de Marzo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) había recibido notificación de más de 150 nuevos casos sospechosos de SRAG procedentes de Canadá, China, Región Especial Administrativa de Hong Kong, Indonesia, Filipinas, Singapur, Tailandia y Vietnam. Ese mismo día, un pasajero enfermo y sus compañeros, que procedían de un vuelo de Nueva York (Estados Unidos), fueron sometidos a aislamiento respiratorio en Frankfurt (Alemania). A la vista de la situación, debido a la difusión del SRAG a varios países en tan breve periodo de tiempo, la OMS lanzó una alerta global y unas recomendaciones de emergencia para los pasajeros y compañías aéreas. En palabras de su Director General: "Este síndrome, el SRAG, es ahora una amenaza para la salud mundial", y "el mundo necesita que trabajemos todos juntos

para encontrar su causa, curar la enfermedad, y detener su propagación".

Paralelamente, las autoridades sanitarias de China habían notificado en el mes de Febrero de 2003 un brote de neumonía atípica en la provincia de Guandong, con más de 300 casos y 5 muertes. El origen de dicho brote fue atribuido inicialmente a *Chlamydia pneumoniae*, si bien en el curso de investigaciones posteriores se observó que estos casos cumplían los criterios de SRAG, por lo que a partir del 26 de Marzo de 2003 fueron incluidos como tales en las estadísticas de la OMS.

Según los datos de la OMS, desde el 1 de Noviembre de 2002 al 8 de Abril de 2003, se han notificado en todo el mundo 2671 casos de SRAG, entre los que se han producido 103 fallecimientos.

Definición de caso

La definición de caso propuesta por la OMS ha sido revisada en varias ocasiones y la actual (revisión del 1 de Abril)² comprende:

Caso sospechoso

1) Una persona que presente después del 1 de Noviembre de 2002*:

Fiebre alta (>38°C)

Y

Tos o dificultad respiratoria.

Y uno o más de los siguientes factores en los diez días previos a la fecha de comienzo de los síntomas:

- Haber tenido contacto estrecho**, con un caso sospechoso o probable de SRAG.

- Haber viajado a un área afectada *** (archivo de áreas afectadas <http://www.who.int/csr/sarsareas>).

- Residir en un área afectada.

2) Una persona con una enfermedad aguda respiratoria inexplicada que haya conducido a su fallecimiento, después del 1 de Noviembre de 2002, y en la cual no se haya realizado autopsia.

Y uno o más de los siguientes factores en los diez días previos a la fecha de comienzo de los síntomas:

- Haber tenido contacto estrecho**, con un caso sospechoso o probable de SRAG.

- Haber viajado a un área afectada *** (archivo de áreas afectadas <http://www.who.int/csr/sarsareas>).
- Residir en un área afectada

Caso probable

1) Un caso sospechoso en el que los resultados de la radiografía de tórax muestren hallazgos de neumonía o signos compatibles con Síndrome de Distrés Respiratorio.

2) Un caso sospechoso con un examen de autopsia que demuestre signos anatomo-patológicos de Síndrome de Distrés Respiratorio sin una causa identificable.

Comentarios

(*) El periodo de vigilancia comienza el 1 de Noviembre de 2002 para capturar los casos de neumonía atípica en China, reconocidos ahora como SRAG. La transmisión internacional de SRAG fue notificada por primera vez en Marzo de 2003 para casos con inicio de síntomas en Febrero de 2003.

(**) El término contacto estrecho implica haber cuidado a una persona con SRAG, haber convivido con ella, o haber estado expuesto a las secreciones respiratorias y fluidos corporales de la persona afectada.

(***) Áreas afectadas son aquellas en las que se ha señalado transmisión local (revisión de 7 de Abril): Toronto (Canadá), Singapur, Hanoi (Vietnam), Provincias de Guandong, Shanxi y Taiwán (China), y Región Especial Administrativa de Hong Kong (China).

Clínica

El periodo de incubación señalado es de 2 a 7 días pero puede llegar a ser de 10 días. Los síntomas iniciales más comunes¹ observados en pacientes que han progresado a SRAG incluyen: fiebre (100%), malestar (100%), escalofríos (97%), cefalea (84%), mialgias (81%), mareos (61%), rigidez (55%), tos (39%), dolor de garganta (23%) y resfriado nasal (23%). En muchos casos, los pacientes a menudo presentan en primer lugar cefaleas fuertes, mareos y mialgia. La temperatura persiste por encima del nivel basal durante la progresión de la enfermedad. En algunos casos se produce un deterioro progresivo con saturación a bajos niveles de oxígeno y distrés respiratorio agudo, requiriendo ventilación mecánica. Aproximadamente un 10% de los pacientes ha necesitado ser admitido en Unidades de Cuidados Intensivos.

Los hallazgos radiológicos pulmonares típicos comienzan con un sombreado pequeño, unilateral y desigual, progresando en 1-2 días a bilateral y generalizado, con infiltrados intersticiales/confluentes. A veces se aprecian cambios radiológicos desiguales en ausencia de síntomas torácicos. En un cierto número de pacientes en los estados finales de la enfermedad se observó un Síndrome de Distrés Respiratorio del adulto.

Inicialmente, los pacientes presentan recuentos sanguíneos normales. Sin embargo, hacia el 3^o-4^o día de la enfermedad, es frecuente un recuento de linfocitos disminuido ($\geq 50\%$), y es menos frecuente la trombocitopenia. A veces se ven niveles elevados de enzimas hepáticas y tiempo de protrombina anormal. En ciertos casos se produce una elevación de la creatinina-fosfoquinasa y de la proteína C.

Diagnóstico

Aunque el agente etiológico no ha sido confirmado todavía, los datos de laboratorio indican que un coronavirus o un metapneumovirus podrían estar implicados. Actualmente, diversos países están utilizando pruebas de laboratorio de forma rutinaria para la detección de casos sospechosos o probables. Las pruebas disponibles actualmente son de tres tipos³: detección de anticuerpos, pruebas moleculares y cultivos celulares. Todas ellas presentan limitaciones en cuanto a su sensibilidad, y pueden dar resultados falsos negativos, dependiendo del momento de la recogida de las muestras, etc, por lo que están siendo desarrolladas y mejoradas.

Tratamiento

Los pacientes hospitalizados han recibido múltiples terapias con antibióticos. Estos, utilizados solos o combinados, incluían: azitromicina, aminoglicósidos, ceftriaxona, doxiciclina y ciprofloxacina. No se han atribuido mejoras clínicas al uso de antibióticos. El agente antiviral ribavirina, por vía intravenosa en combinación con altas dosis de corticosteroides, puede haber sido responsable de algunas mejoras clínicas observadas en pacientes en estado crítico en la Región Especial Administrativa de Hong Kong. Una buena terapia intensiva y de soporte, con y sin agentes antivirales, también ha producido mejoras en la evolución. Aunque el número de pacientes dados de alta es bajo, una proporción significativa de pacientes que previamente se encontraban en estado crítico, se han estabilizado y no han vuelto a necesitar cuidados intensivos.

Guías de la OMS para el manejo de los casos de SRAG⁴ (revisión de 7 de Abril de 2003)

Manejo de casos probables

- Hospitalizar bajo aislamiento o junto con otros casos de SARG (ver Guías Hospitalarias).

- Toma de muestras para excluir las causas comunes de neumonía (incluyendo causas atípicas).

- Las muestras para la investigación de laboratorio incluyen: Recuento de células blancas sanguíneas, recuento de plaquetas, creatinina-fosfoquinasa, pruebas de función hepática, urea, electrolitos y proteína C reactiva. Pronto estará disponible una estrategia de toma de muestras.

- En el momento de la admisión se recomienda el uso de antibióticos para el tratamiento de la neumonía comunitaria, teniendo en cuenta las causas atípicas.

- Prestar especial atención a las terapias/intervenciones que puedan producir aerosoles, como el uso de nebulizadores con un broncodilatador, fisioterapia torácica, broncoscopia, gastroscopia, o cualquier procedimiento/intervención que pueda dañar el tracto respiratorio. Tomar las precauciones apropiadas si se establece que los pacientes requieren dicha intervención o terapia.

- En los casos de SRAG se han ensayado numerosas terapias con antibióticos sin un efecto claro. En un gran número de pacientes se ha usado ribavirina con o sin esteroides. No obstante, en ausencia de indicadores clínicos, su eficacia no está demostrada. Se ha propuesto que se examine la eficacia de la terapia con ribavirina mediante una aproximación multicéntrica y coordinada.

Definición de contacto

Un contacto es una persona que podría presentar un riesgo elevado de desarrollar SRAG debido a la exposición a un caso sospechoso o probable de SRAG, mientras este era asintomático. La información disponible hasta el momento actual sugiere que las exposiciones de riesgo incluyen haber cuidado, haber convivido, o haber tenido contacto directo con las secreciones respiratorias y fluidos corporales de un caso sospechoso o probable de SRAG.

Manejo de contactos de los casos probables

- Proporcionar información al contacto acerca del SRAG.

- Mantener en vigilancia activa durante 10 días.

- Asegurarse de que el contacto es visitado o telefonado diariamente por un miembro del equipo de atención sanitaria.

- Registrar la temperatura diariamente.

- El contacto es libre de continuar con sus actividades cotidianas; no obstante:

- Debe evitar actividades sociales y profesionales que impliquen contacto personal.

- Si el contacto desarrolla síntomas, debe ser evaluado en una instalación sanitaria después de las gestiones adecuadas para su asistencia.

- El síntoma inicial más consistente con mayor probabilidad de aparecer es la fiebre.

Manejo de contactos de los casos sospechosos

- Proporcionar información al contacto acerca del SRAG.

- Mantener en vigilancia pasiva durante 10 días.
- El contacto es libre de continuar con sus actividades cotidianas; no obstante:
 - Debe evitar actividades sociales y profesionales que impliquen contacto personal.

- Si el contacto desarrolla síntomas, debe comunicarlo personalmente por vía telefónica a las autoridades sanitarias.

- El síntoma inicial más consistente con mayor probabilidad de aparecer es la fiebre.

Guías Hospitalarias de la OMS para el control de la infección por SRAG⁵ (revisión de 28 de Marzo de 2003)

Zona de pacientes externos

- Aquellas personas que se presenten en instalaciones sanitarias para ser evaluadas de SRAG deben ser dirigidas rápidamente hacia zonas separadas para minimizar la transmisión a otros.

- A estos pacientes se les debe suministrar una mascarilla de partículas para que se la pongan.

- El personal implicado en el proceso de selección debe llevar una mascarilla de partículas y lavarse las manos antes y después del contacto con cualquier paciente, después de las actividades susceptibles de causar contaminación y después de quitarse los guantes.

- Mientras sea posible, los pacientes bajo investigación por SRAG deben separarse de los casos probables.

Zona de pacientes internos

Cuidados para los casos probables de SRAG (ver definiciones de caso)

- Los casos probables de SRAG deben ser aislados y acomodados de la manera siguiente en orden descendente de preferencia:

1. Habitaciones con presión negativa con la puerta cerrada.

2. Habitaciones individuales con aseos propios.

3. De forma colectiva en un área con suministro de aire y sistema de ventilación independientes.

- Si no es posible el suministro de aire independiente, se recomienda desconectar el sistema de aire acondicionado y abrir las ventanas para una buena ventilación. En este último caso hay que asegurarse que las ventanas están alejadas de lugares públicos.

- La OMS advierte de la adherencia estricta a las medidas de protección para los cuidados de pacientes con SRAG, mediante el uso de precauciones de transmisión aérea, por gotículas y por contacto.

- Todo el personal, incluido el auxiliar, debe ser instruido en las medidas de control de la infección requeridas para el cuidado de dichos pacientes.

- Si es posible, se debería identificar un miembro del personal con la única función de observar las prácticas de otros y proporcionar retroalimentación en el control de la infección.

- Mientras sea posible, debe utilizarse material desechable en el tratamiento y cuidado de los pacientes con SRAG. Si los utensilios tienen que ser reutilizados, deben esterilizarse según las normas del fabricante. Las superficies deben ser limpiadas con un desinfectante de amplio espectro de eficacia antiviral comprobada.

- Debe evitarse el movimiento de los pacientes fuera de la unidad de aislamiento. Los pacientes que se muevan deben llevar una mascarilla de partículas.

- Las visitas, en el caso de ser admitidas por el hospital, deben reducirse al mínimo. Deben proveerse de equipos de protección personal (EPP) y ser supervisadas.

- No debe permitirse la entrada del personal no esencial en la unidad (incluyendo estudiantes).

- Lavarse las manos es crucial, por tanto es esencial el acceso al agua limpia. Deben lavarse las manos antes y después del contacto con cualquier paciente, después de actividades susceptibles de causar contaminación y después de quitarse los guantes.

- Si no hay contaminación evidente por material orgánico se pueden usar desinfectantes cutáneos a base de alcohol.

- Prestar especial atención a las intervenciones como el uso de nebulizadores, fisioterapia torácica, broncoscopia, gastroscopia, o cualquier intervención que pueda dañar el tracto respiratorio.

- Todo el personal y visitas que accedan a la unidad de aislamiento deben llevar EPP.

- Este equipo debe consistir en:

1. mascarilla de partículas como mínimo.

2. un par de guantes

3. gafas

4. traje desechable

5. delantal

6. calzado que pueda ser descontaminado

- Todas las agujas deben ser manipuladas con rapidez y seguridad.

- La ropa blanca de los pacientes debe ser retirada in situ por el personal de lavandería. En esta operación debe llevarse EPP apropiado y la ropa debe introducirse en bolsas de bioseguridad.

- La habitación debe limpiarse por el personal, provisto de EPP, mediante el uso de un desinfectante de amplio espectro de actividad antiviral comprobada.

- Próximamente estarán disponibles recomendaciones específicas sobre las unidades de aire acondicionado.

Protocolo de la OMS tras el alta hospitalaria y para el seguimiento de los pacientes diagnosticados de Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG)⁶ (Revisión 28 de Marzo de 2003)

Casos convalecientes

Aconsejamos que los siguientes criterios sean considerados antes de tomar cualquier decisión relacionada con dar de alta del hospital al caso convaleciente que se considera que está, desde el punto de vista médico, preparado para ello.

Hallazgos/síntomas clínicos:

- Afebril durante 48 horas

- Sin tos

Pruebas de laboratorio: Si previamente no eran normales

- Recuento de células blancas (linfocitos) vuelven a la normalidad

- Recuento de plaquetas vuelven a la normalidad

- Creatinina y fosfoquinasa vuelven a la normalidad

- Las pruebas de función hepática vuelven a la normalidad

- Sodio en plasma vuelve a la normalidad

- Proteína C reactiva vuelve a la normalidad

Hallazgos radiológicos:

- Mejora en los cambios en la radiografía de tórax

Seguimiento de los casos convalecientes:

Se les debe de pedir a los pacientes convalecientes dados de alta que se tomen y apunten su temperatura dos veces al día. Si tuvieran un aumento de la temperatura de 38° C o mayor en dos ocasiones consecutivas deben de informar al centro sanitario de donde fueron dados de alta.

El seguimiento se recomienda a la semana; entonces se repetirá la radiografía de tórax, analítica completa de sangre y aquellas pruebas que fueran previamente anormales. El seguimiento debe hacerlo el centro sanitario que le dio el alta. El clínico podría decidir que el paciente precisa una revisión antes de la semana. El seguimiento se recomienda hasta que las radiografías de tórax y la salud del paciente vuelvan a la normalidad. Como parte del seguimiento se pedirán muestras para serología tres semanas después de la fecha de comienzo de síntomas para el centro sanitario que le dio el alta.

Hasta que se sepa más acerca del agente etiológico y el potencial para un mantenido estado de portador (y por tanto para una transmisión continuada) se precisa un abordaje cauteloso. Por lo tanto, aconsejamos que después de recibir el alta del hospital se debe aconsejar a los casos convalecientes que esperen al menos siete días, antes de reincorporarse al trabajo/centro de estudios. Durante este periodo deben permanecer en casa, y con el mínimo contacto posible con los que les rodean.

Se les deben dar instrucciones claras a los casos convalecientes para que regresen al centro sanitario que les dio el alta si su estado de salud se deteriora y aparece cualquier síntoma.

Medidas de Salud Pública adoptadas en los viajes internacionales

El 2 de Abril de 2003, la OMS recomendó posponer los viajes no esenciales a la Región Especial Administrativa de Hong Kong y a la provincia de Guangdong en China. También estableció una serie de recomendaciones para los viajes internacionales desde las áreas afectadas, basadas en encuestas a los pasajeros, medidas a adoptar en el caso de que se detectara un caso sospechoso de SRAG durante el viaje, manejo de contactos, desinfección de la aeronave, etc.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha recomendado no viajar a las zonas que la OMS ha determinado como afectadas por el SRAG. Las áreas afectadas a las que se recomienda no viajar son: Hong Kong, Guangdong, Shanxi y Provincia de Taiwan (China), Hanoi (Vietnam); Singapur (Singapur); y Toronto (Canadá). Se

ha remitido a los aeropuertos españoles y compañías aéreas una guía en la que se informa de las medidas de vigilancia y control a adoptar. También se está facilitando información a las personas que se dirigen a alguna de las zonas afectadas (las anteriormente indicadas), en el momento de la facturación, sobre medidas preventivas a adoptar, como mantener una buena higiene personal, lavarse las manos después de estornudar, ventilar bien los espacios cerrados, evitar visitar lugares concurridos con mala ventilación y consultar al médico rápidamente si se desarrollan síntomas de infección del tracto respiratorio. Esta información también es facilitada, a través de AENA, a los pilotos y miembros de las tripulaciones.

Asimismo, el Ministerio de Sanidad y Consumo se ha puesto en contacto con las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas para trasladar las actuaciones a seguir, según los criterios establecidos por la OMS.

En el Instituto de Salud Carlos III, el Centro Nacional de Microbiología tiene disponibles protocolos de recogida de muestras y formularios para su envío (http://www.isciii.es/publico/drvisapi.dll?MIval=cw_us_r_view_Folder&ID=4458). El Centro Nacional de Epidemiología tiene disponible en su página web información sobre el SRAG, así como un formulario para la notificación de casos sospechosos o probables (<http://cne.isciii.es/ve/SRAS.htm>).

Bibliografía

1. Severe acute respiratory syndrome (SARS). Wkly Epidemiol Rec 2003; 78:81-83.
2. WHO recommended measures for persons undertaking international travel from areas affected by Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Wkly Epidemiol Rec 2003; 78:97-120.
3. WHO. SARS: Availability and use of laboratory testing (8 de Abril de 2003) (http://www.who.int/csr/sars/testing2003_04_08/en/).
4. WHO. Management of Severe Acute Respiratory Syndrome (SRAS) (<http://www.who.int/csr/sars/management/en/>) (Revisión del 7 de Abril de 2003).
5. WHO. Hospital Infection Control Guidance for Severe Acute Respiratory Syndrome (SRAS) (<http://www.who.int/csr/sars/infectioncontrol/en/>) (Revisión del 28 de Marzo de 2003).
6. WHO. Hospital discharge and follow-up policy for patients who have been diagnosed with Severe Acute Respiratory Syndrome (SRAS) (<http://www.who.int/csr/sars/discharge/en/>) (Revisión del 28 de Marzo de 2003).

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN. Casos acumulados hasta la semana 4 de 2003

CC.AA.	Casos notificados (1)		Casos Confirmados				Casos descartados (5)		
	Total	En invest.	Compatibles (2)	Autóctonos Laboratorio (3)	Importados Laboratorio (4)	Total	Rubéola	Otros	Total
Andalucía	2	1		1		1			
Aragón									
Asturias									
Baleares									
Canarias									
Cantabria									
Castilla - La Mancha									
Castilla y León	1	1							
Cataluña	1	-					-	-	1
Com. Valenciana	8	-	-	1	-	1	-	-	7
Extremadura									
Galicia									
Madrid	1	-							1
Murcia									
Navarra									
Rioja									
País Vasco									
Ceuta									
Melilla									
TOTAL	13	2		2		2			9

(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.

Más información (BES 2000:8:169-172)

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 18 DE ENERO DE 2003

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 03		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 1998-2002		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		2003	2002	2003	2002	Sem. 03	Acum. casos	Sem. 03	Acum. casos
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0	0	0	0				
Cólera	001	0	0	0	0				
Disentería	004	0	4	2	5	2	5	0,00	0,40
F. tifoidea y paratifoidea	002	2	1	7	5	2	7	1,00	1,00
Triquinosis	124	0	0	0	0				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	26	53	81	145	42	133	0,62	0,61
Gripe	487	43.165	166.071	103.699	372.806	166.071	372.806	0,26	0,28
Legionelosis	482.8	18	8	50	28				
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	2	1	4	5				
Tuberculosis respiratoria	011	108	164	212	366	164	404	0,66	0,52
Varicela	052	2.722	2.806	7.529	7.429	2.806	7.508	0,97	1,00
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0,098.1	17	15	38	38	22	57	0,77	0,67
Sifilis	091	14	12	41	29	12	33	1,17	1,24
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	31	62	75	148	61	148	0,51	0,51
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubéola	056	2	3	4	5	5	14	0,40	0,29
Sarampión	055	1	2	3	4	2	4	0,50	0,75
Tétanos	037	0	0	2	1				
Tos Ferina	033	10	5	18	6	6	15	1,67	1,20
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0,070.1	10	22	26	45				
Hepatitis B	070.2,070.3	15	12	27	27				
Otras hepatitis víricas	070	17	19	50	38				
Zoonosis									
Brucelosis	023	7	9	20	28	11	40	0,64	0,50
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	4	6	13	16				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Lepra	030	0	0	0	0				
Rubéola congénita	771.0	0	0	0	0				
Sifilis congénita	090	0	0	0	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:
Tos Ferina (1,67).

* Un I.E. inferior o igual a 0,75:
Disentería (0,00). Enfermedad Meningocócica (0,62). Gripe (0,26). Tuberculosis respiratoria (0,66). Parotiditis (0,51). Rubéola (0,40). Sarampión (0,50).
Brucelosis (0,64).

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal
Hay que destacar 4 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 03 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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F. tifoidea y paratifoidea	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	7	1	0	0	0	0	1	0	5	5	0	1	3	1	0	2	0	0	0
Gripe	551	1.888	889	731	4.093	265	2.569	593	2.205	11.718	1.017	2.696	7.647	2.142	979	2.696	258	83	145
Legionelosis	1	0	0	1	0	0	0	0	4	5	0	0	4	0	0	3	0	0	0
Meningitis tuberculosa	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis respiratoria	16	8	5	0	2	1	2	2	22	10	1	23	0	2	1	12	0	0	1
Varicela	201	84	90	50	83	31	163	58	260	531	20	143	688	72	42	176	2	0	28
Infección gonocócica	7	0	0	1	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Sífilis	6	0	0	0	1	0	1	0	2	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	3	2	1	0	1	0	5	0	3	1	0	5	8	1	1	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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	1	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	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	1	0	0	0
Hepatitis A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	1	0	1	0	0	0
Hepatitis B	2	0	0	1	0	0	0	2	1	3	0	3	1	0	0	2	0	0	0
Otras hepatitis víricas	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	8	3	0	0	1	0	1	0
Brucelosis	3	1	0	0	0	0	0	1	0	1	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	0	0	0	0	2	0	0	1	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
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

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 25 DE ENERO DE 2003

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 04		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 1998-2002		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		2003	2002	2003	2002	Sem. 04	Acum. casos	Sem. 04	Acum. casos
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0	0	0	0				
Cólera	001	0	0	0	0				
Disentería	004	0	1	2	6	1	6	0,00	0,33
F. tifoidea y paratifoidea	002	1	1	8	6	4	11	0,25	0,73
Triquinosis	124	0	0	0	0				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	19	35	100	180	35	180	0,54	0,56
Gripe	487	57.022	178.816	160.721	551.622	216.662	581.374	0,26	0,28
Legionelosis	482.8	10	12	60	40				
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	1	1	5	6				
Tuberculosis respiratoria	011	92	170	304	536	170	558	0,54	0,54
Varicela	052	2.719	2.683	10.248	10.112	2.683	10.112	1,01	1,01
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0,098.1	16	21	54	59	21	78	0,76	0,69
Sifilis	091	14	11	55	40	14	47	1,00	1,17
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	27	115	102	263	77	255	0,35	0,40
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubéola	056	3	1	7	6	4	18	0,75	0,39
Sarampión	055	0	2	3	6	5	8	0,00	0,38
Tétanos	037	0	0	2	1				
Tos Ferina	033	12	4	30	10	4	20	3,00	1,50
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0,070.1	15	16	41	61				
Hepatitis B	070.2,070.3	12	14	39	41				
Otras hepatitis víricas	070	21	23	71	61				
Zoonosis									
Brucelosis	023	9	10	29	38	14	55	0,64	0,53
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	11	2	24	18				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Lepra	030	0	0	0	0				
Rubéola congénita	771.0	0	0	0	0				
Sifilis congénita	090	0	0	0	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:

Tos Ferina (3,00).

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

Disentería (0,00). F. tifoidea y paratifoidea (0,25). Enfermedad Meningocócica (0,54). Gripe (0,26). Tuberculosis respiratoria (0,54). Parotiditis (0,35). Rubéola (0,75). Sarampión (0,00). Brucelosis (0,64).

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal

Hay que destacar 11 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 04 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
Disenteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F. tifoidea y paratifoidea	1	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	3	2	1	0	0	0	0	0	1	2	0	3	2	2	0	3	0	0	0
Gripe	1.173	1.819	1.363	719	4.100	459	3.898	1.033	3.038	15.805	1.589	3.450	8.597	3.788	1.221	4.203	555	100	112
Legionelosis	1	1	0	0	0	0	0	0	2	3	0	1	1	0	1	0	0	0	0
Meningitis tuberculosa	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis respiratoria	22	2	5	0	2	2	3	3	8	11	1	19	0	3	0	10	1	0	0
Varicela	140	125	110	51	85	35	127	27	330	571	30	107	646	122	34	155	2	0	22
Infección gonocócica	4	0	0	1	1	0	0	0	5	1	0	0	0	0	1	2	0	0	1
Sifilis	1	1	0	0	0	2	0	0	2	1	1	0	2	1	0	0	0	0	3
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	2	2	4	1	2	0	5	0	1	1	0	2	7	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	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos Ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8	0	1	0	0	0	0
Hepatitis A	1	2	0	0	1	0	0	0	1	4	0	0	3	1	1	0	0	0	1
Hepatitis B	3	1	0	0	2	0	1	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Otras hepatitis víricas	1	0	0	0	3	0	0	0	1	5	0	8	3	0	0	0	0	0	0
Brucelosis	2	0	0	0	0	0	3	0	1	1	2	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	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	6	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
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 03 QUE TERMINÓ EL 18 DE ENERO DE 2003

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 03		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 03	
	2003	2002	2003	2002
Bacteriemias	71	82	208	239
-A.baumannii	2	0	3	1
-B.fragilis	0	1	0	2
-C.perfringens	1	1	1	2
-E.cloacae	0	0	0	4
-E.coli	15	17	43	41
-E.faecalis	3	1	4	4
-E.faecium	1	0	2	1
-H.influenzae	0	0	2	4
-K.pneumoniae	0	0	2	2
-L.monocytogenes	0	2	0	3
-Paeruginosa	3	1	8	2
-P.mirabilis	0	0	1	0
-S.agalactiae	1	1	4	3
-S.aureus	10	18	35	32
-S.epidermidis	7	8	13	22
-S.marcescens	1	0	1	0
-S.pneumoniae	12	9	41	37
-Staphylococcus coag- .Múltiple	3 4	10 5	9 8	30 9
.Otras	8	8	31	40
Brucelosis	0	1	1	5
-B.melitensis	0	0	1	1
-Brucella sp.	0	1	0	4
E.T.S.: Gonococia	1	4	3	8
-N.gonorrhoeae	1	4	3	8
E.T.S.: Sífilis	3	3	5	12
-T.pallidum	3	3	5	12
E.T.S.: otras	1	3	4	5
-C.trachomatis	1	3	4	5
Enfermedad de Lyme	0	0	0	1
-B.burgdorferi	0	0	0	1
Fiebre Q	1	2	3	7
-C.burnetii	1	2	3	7
Fiebre botonosa	1	0	1	0
-R.conorii	1	0	1	0
G.E.A.: Salmonelosis	81	60	270	218
-S.enteritidis	46	29	129	94
-S.typhimurium	7	8	26	21
-S.virchow	0	0	2	0
-Salmonella gr.B	4	6	20	16
-Salmonella gr.C	0	1	0	4
-Salmonella gr.C1	1	0	7	3
-Salmonella gr.C2	0	2	0	2
-Salmonella gr.D	8	3	17	20
-Salmonella gr.D1	0	1	1	3
-Salmonella gr.E	0	0	0	1
-Salmonella sp.	15	9	60	43
.Múltiple	0	1	2	8
.Otras	0	0	6	3
G.E.A.: Shigelosis	1	4	4	8
-S.flexneri	0	4	2	8
-S.sonnei	1	0	2	0
G.E.A.: otras bacterias	95	109	239	281
-A.caviae	2	7	3	21
-A.hydrophila	1	0	3	2
-A.sobria	0	1	0	4
-Aeromonas sp.	0	0	1	0
-C.coli	0	2	3	11
-C.difficile	5	2	10	3
-C.jejuni	63	79	159	181
-Campylobacter sp.	14	8	34	27
-E.coli O157	0	0	0	1
-S.aureus	0	1	0	5
-Y.enterocolitica	6	4	19	10
-Y.enterocolitica ser.03	4	3	6	9
.Múltiple	0	2	1	6
.Otras	0	0	0	1
Infecciones respiratorias	18	76	72	184
-C.pneumoniae	1	2	2	5
-Chlamydia sp.	0	2	1	2
-E.faecalis	0	1	0	2
-H.influenzae	1	1	7	3
-M.pneumoniae	5	3	15	10
-Mycoplasma sp.	0	0	0	1
-Paeruginosa	0	1	0	2
-S.aureus	0	1	0	2
-S.epidermidis	0	0	0	1
-S.marcescens	0	1	0	3
-S.pneumoniae	11	49	47	113
-S.pyogenes	0	15	0	34
.Múltiple	0	0	0	1
.Otras	0	0	0	5
Infección meningocócica	3	9	6	22
-N.meningitidis	1	1	2	4
-N.meningitidis gr.B	2	5	3	14
-N.meningitidis gr.C	0	2	1	3
.Otras	0	1	0	1
Legionelosis	1	5	8	8
-L.pneumophila	1	5	8	8
Mening.no meningocócicas	1	5	4	14
-H.influenzae	0	0	1	0
-Paeruginosa	0	0	0	1
-S.agalactiae	0	0	0	1
-S.pneumoniae	1	5	3	12
Micobacterias	32	27	93	104
-M.tuberculosis	32	27	93	104
Micobacterias atípicas	11	4	17	11
-M.avium/intracellulare	1	2	4	5
-M.gordonae	1	1	1	3
-M.kansasii	5	1	7	3
-M.marinum	3	0	3	0
-M.xenopi	1	0	2	0
Tos ferina	3	0	3	0
-B.pertussis	3	0	3	0
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	29	37	33	41

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 03 QUE TERMINÓ EL 18 DE ENERO DE 2003

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 03		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 03	
	2003	2002	2003	2002
Adenovirus	2	12	21	24
Adenovirus 40/41	0	1	1	1
Astrovirus	0	0	2	1
Echovirus	3	4	3	10
Echovirus 6	0	0	5	0
Enterovirus	0	3	7	5
Epstein-Barr	5	18	33	66
Gripe A	0	112	4	214
Gripe B	28	45	71	70
Hepatitis A	0	2	0	9
Hepatitis B	2	1	7	2
Hepatitis C	1	9	11	27
Herpes simple	0	0	4	0
Herpes simple tipo 1	1	1	6	7
Herpes simple tipo 2	1	3	1	4
Papilomavirus	0	4	0	6
Parainfluenza 1	0	0	0	1
Parainfluenza 3	0	0	1	0
Parotiditis	0	0	0	1
Parvovirus B 19	0	0	1	3
Respiratorio Sincitial	91	163	462	583
Rotavirus	92	84	244	260
Rubéola	0	0	0	1
Sarampión	0	0	1	0
Varicela Zoster	2	1	4	1
—Otros	0	18	1	46
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	22	28	30	36

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 03		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 03	
	2003	2002	2003	2002
Cutáneas y Subcutáneas	8	21	29	38
-Candida albicans	1	4	5	9
-Candida parapsilosis	1	3	1	6
-Candida sp.	0	1	0	1
-Malassezia furfur	0	0	0	2
-Microsporum canis	1	4	2	7
-Trichophyt.mentagrophytes	2	5	9	7
-Trichophyton rubrum	2	1	7	2
.Otras	1	3	5	4
Mucosas	2	9	11	16
-Aspergillus niger	1	1	1	2
-Aspergillus sp.	0	1	0	1
-Candida albicans	0	1	0	2
-Candida parapsilosis	0	3	2	5
-Candida sp.	0	0	1	0
.Múltiple	0	0	1	0
.Otras	1	3	6	6
Sistémicas	1	3	8	7
-Candida albicans	1	0	3	2
-Candida parapsilosis	0	1	1	1
-Pneumocystis carinii	0	1	4	1
.Otras	0	1	0	3
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	5	8	9	10

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 03		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 03	
	2003	2002	2003	2002
Ascaris lumbricoides	3	1	5	3
Blastocystis hominis	7	8	11	28
Cryptosporidium sp	0	3	1	3
Echinococcus granulosus	0	1	0	2
Entamoeba coli	0	0	3	2
Entamoeba histolytica	1	1	2	1
Enterobius vermicularis	4	8	10	13
Giardia lamblia	11	18	31	25
Leishmania sp	1	1	1	3
Plasmodium falciparum	1	1	7	6
Plasmodium vivax	1	1	1	4
Taenia saginata	1	0	6	1
Taenia sp.	0	0	0	1
Toxoplasma gondii	0	1	5	4
Trichomonas vaginalis	3	8	8	12
Trichuris trichiura	2	1	4	2
—Otros	3	5	10	6
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	14	15	20	18

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES BACTERIANAS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 04 QUE TERMINÓ EL 25 DE ENERO DE 2003

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 04		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 04	
	2003	2002	2003	2002
Bacteriemias	55	72	265	311
-A.baumannii	0	2	3	3
-B.fragilis	1	0	1	2
-C.perfringens	0	0	1	2
-E.cloacae	1	0	1	4
-E.coli	13	20	56	61
-E.faecalis	1	0	6	4
-E.faecium	0	0	1	1
-H.influenzae	0	0	2	4
-K.pneumoniae	0	1	2	3
-L.monocytogenes	1	0	1	3
-Paeruginosa	1	3	9	5
-P.mirabilis	0	0	1	0
-S.agalactiae	2	1	6	4
-S.aureus	7	9	42	41
-S.epidermidis	4	12	17	34
-S.marcescens	0	0	1	0
-S.pneumoniae	11	9	54	46
-Staphylococcus coag-	2	6	11	36
.Multiple	2	1	10	10
.Otras	9	8	40	48
Brucelosis	1	2	2	7
-B.melitensis	0	0	1	1
-Brucella sp.	1	2	1	6
E.T.S.: Gonococia	2	0	5	8
-N.gonorrhoeae	2	0	5	8
E.T.S.: Sífilis	2	3	7	15
-T.pallidum	2	3	7	15
E.T.S.: otras	3	1	7	6
-C.trachomatis	3	1	7	6
Enfermedad de Lyme	0	0	0	1
-B.burgdorferi	0	0	0	1
F.tifoidea y paratifoidea	0	1	0	1
-S.typhi	0	1	0	1
Fiebre Q	3	7	6	14
-C.burnetii	3	7	6	14
Fiebre botonosa	0	1	1	1
-R.conorii	0	1	1	1
G.E.A.: Salmonelosis	78	61	349	279
-S.enteritidis	30	32	159	126
-S.typhimurium	15	6	41	27
-S.virchow	0	0	2	0
-Salmonella gr.B	4	4	25	20
-Salmonella gr.C	1	1	1	5
-Salmonella gr.C1	0	2	7	5
-Salmonella gr.C2	0	0	0	2
-Salmonella gr.D	11	3	28	23
-Salmonella gr.D1	0	1	1	4
-Salmonella gr.E	0	0	0	1
-Salmonella sp.	14	9	74	52
.Multiple	0	2	2	10
.Otras	3	1	9	4
G.E.A.: Shigelosis	0	2	4	10
-S.flexneri	0	2	2	10
-S.sonnei	0	0	2	0
G.E.A.: otras bacterias	80	104	319	385
-A.caviae	2	10	5	31
-A.hydrophila	1	3	4	5
-A.sobria	1	0	1	4
-Aeromonas sp.	0	0	1	0
-C.coli	0	0	3	11
-C.difficile	0	1	10	4
-C.jejuni	65	73	224	254
-Campylobacter sp.	6	5	40	32
-E.coli O157	1	0	1	1
-S.aureus	0	1	0	6
-Y.enterocolitica	1	6	20	16
-Y.enterocolitica ser.03	1	4	7	13
.Multiple	1	1	2	7
.Otras	1	0	1	1
Infecciones respiratorias	23	54	95	238
-C.pneumoniae	2	1	4	6
-Chlamydia sp.	0	0	1	2
-E.faecalis	0	0	0	2
-H.influenzae	0	3	7	6
-M.pneumoniae	6	4	21	14
-Mycoplasma sp.	0	0	0	1
-Paeruginosa	0	0	0	2
-S.aureus	0	2	0	4
-S.epidermidis	0	0	0	1
-S.marcescens	0	0	0	3
-S.pneumoniae	14	25	61	138
-S.pyogenes	0	17	0	51
.Multiple	0	1	0	2
.Otras	1	1	1	6
Infección meningocócica	4	3	10	25
-N.meningitidis	1	0	3	4
-N.meningitidis gr.B	2	3	5	17
-N.meningitidis gr.C	1	0	2	3
.Otras	0	0	0	1
Legionelosis	4	2	12	10
-L.pneumophila	4	2	12	10
Mening.no meningocócicas	1	3	5	17
-H.influenzae	0	1	1	1
-Paeruginosa	0	0	0	1
-S.agalactiae	0	0	0	1
-S.pneumoniae	1	2	4	14
Micobacterias	24	40	117	144
-M.tuberculosis	24	40	117	144
Micobacterias atípicas	3	4	20	15
-M.avium/intracellulare	0	1	4	6
-M.gordonae	0	1	1	4
-M.kansasii	1	1	8	4
-M.marinum	0	0	3	0
-M.xenopi	2	0	4	0
.Otras	0	1	0	1
Tos ferina	0	0	3	0
-B.pertussis	0	0	3	0
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	28	31	35	41

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 04 QUE TERMINÓ EL 25 DE ENERO DE 2003

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 04		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 04	
	2003	2002	2003	2002
Adenovirus	15	7	37	31
Adenovirus 40/41	1	0	2	1
Astrovirus	0	0	3	1
Echovirus	0	0	3	10
Echovirus 6	0	0	5	0
Enterovirus	0	0	7	5
Epstein-Barr	10	10	43	76
Gripe A	3	110	7	324
Gripe B	56	36	127	106
Hepatitis A	0	0	0	9
Hepatitis B	0	3	7	5
Hepatitis C	9	11	20	38
Herpes simple	2	0	7	0
Herpes simple tipo 1	4	0	10	7
Herpes simple tipo 2	0	1	1	5
Papilomavirus	0	1	0	7
Parainfluenza	0	1	0	1
Parainfluenza 1	0	0	0	1
Parainfluenza 3	0	1	1	1
Parotiditis	0	0	0	1
Parvovirus B 19	0	0	1	3
Respiratorio Sincitial	66	133	527	716
Rotavirus	133	76	376	336
Rubéola	0	1	0	2
Sarampión	0	0	1	0
Varicela Zoster	1	1	6	2
—Otros	0	12	1	58
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	25	29	32	37

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 04		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 04	
	2003	2002	2003	2002
Cutáneas y Subcutáneas	14	9	43	47
-Candida albicans	2	0	7	9
-Candida parapsilosis	0	3	1	9
-Candida sp.	0	0	0	1
-Malassezia furfur	0	0	0	2
-Microsporum canis	3	1	5	8
-Rhodotorula rubra	1	0	1	0
-Trichophyt.mentagrophytes	1	1	10	8
-Trichophyton rubrum	6	3	13	5
.Múltiple	1	1	1	1
.Otras	0	0	5	4
Mucosas	8	7	19	23
-Aspergillus niger	1	0	2	2
-Aspergillus sp.	0	0	0	1
-Candida albicans	2	1	2	3
-Candida parapsilosis	0	1	2	6
-Candida sp.	0	0	1	0
.Múltiple	0	0	1	0
.Otras	5	5	11	11
Sistémicas	1	8	9	15
-Candida albicans	0	6	3	8
-Candida parapsilosis	0	1	1	2
-Pneumocystis carinii	0	1	4	2
.Otras	1	0	1	3
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	5	4	9	10

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 04		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 04	
	2003	2002	2003	2002
Ascaris lumbricoides	1	0	6	3
Blastocystis hominis	7	14	18	42
Cryptosporidium sp	0	1	1	4
Echinococcus granulosus	0	2	0	4
Entamoeba coli	1	0	4	2
Entamoeba histolytica	0	1	2	2
Enterobius vermicularis	5	5	15	18
Giardia lamblia	12	10	43	35
Leishmania sp	1	3	2	6
Plasmodium falciparum	1	3	8	9
Plasmodium vivax	0	0	1	4
Schistosoma haematobium	0	1	0	1
Taenia saginata	1	2	7	3
Taenia sp.	0	0	0	1
Toxoplasma gondii	1	1	6	5
Trichomonas vaginalis	2	4	10	16
Trichuris trichiura	1	5	5	7
—Otros	1	4	11	10
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	13	17	21	24

Dirección del BES: Odorina Tello Anchuela

Redacción: M.ª Elena Rodríguez Valín

Coordinación y Producción: Ana Isabel Muñoz Alcañiz

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. 34165