



Boletín



Instituto de Salud Carlos III

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Epidemiológico

Semanal

RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ESPAÑA
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

SEMANAS 52

1998/Vol. 6/nº 31/297-308

Del 27 de diciembre al 2 de enero de 1999 (Impreso el 24 de mayo de 1999)

ISSN: 1135-6286

SUMARIO

1. Listeriosis
2. Situación actual de tétanos y tos ferina
3. Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
4. Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica.
5. Índice por materias, 1998.

1. LISTERIOSIS

L. P. Sánchez Serrano. Área de Vigilancia de la Salud Pública. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Listeriosis es una enfermedad infecciosa que afecta a los animales y a las personas. Está causada por bacterias del género *Listeria*, en las personas por *L. monocytogenes* exclusivamente.

El microorganismo está ampliamente difundido en el medio, siendo frecuente encontrarlo en suelo y agua. *Listeria* puede ser vehiculada en distintos tipos de alimentos como vegetales, leche y carne de distintas especies animales. Generalmente la contaminación de carnes, embutidos y productos animales es exógena, es decir, se produce en cadenas de matanza, procesado, empaquetado, almacenamiento etc. Los vegetales se contaminan directamente del suelo o por contacto con fertilizantes orgánicos. Los recién nacidos pueden presentar la enfermedad, habiendo adquirido la infección a través de la placenta, cuando la madre presenta bacteriemia, o infectarse en el canal del parto. Existe también una transmisión por contacto directo desde el animal infectado al hombre que es propia de grupos profesionales.

La enfermedad se caracteriza por afectar principalmente a personas inmunocomprometidas, producir cuadros clínicos graves con septicemia, aborto, sepsis neonatal, meningitis, meningoencefalitis etc. y elevada letalidad.

En el hombre la listeriosis solía presentarse en forma de casos esporádicos que afectaban a personas con alguna inmunodeficiencia, pero cada vez con mayor frecuencia se están identificando brotes epidémicos con gran número de afectados (no siempre inmunocomprometidos) relacionados con el consumo de distintos alimentos ¹. (Tabla1).

Tabla 1. Prevención de listeriosis de origen alimentario

Cocinar cuidadosamente los alimentos de origen animal
Lavar las verduras, legumbres, hierbas aromáticas crudas etc. antes de consumirlas
Evitar el consumo de leche cruda o derivados lácteos elaborados con leche cruda
Calentar las sobras alimentarias o platos precocinados antes de consumirlos
Conservar la carne cruda separada del resto de alimentos listos para consumir
Lavado cuidadoso de las manos, utensilios de cocina etc. después de haber manipulado alimentos crudos
Personas con especial riesgo deben evitar consumir quesos de pasta blanda como Brie, Camembert, Feta etc.
En general tomar las mismas precauciones que se tomarían para prevenir otras toxiinfecciones

En los últimos años se han producido varios brotes epidémicos que afectaron a gran número de enfermos, como el ocurrido en Francia en 1992, en el que se relacionó la enfermedad en numerosos pacientes con el consumo de un tipo específico de embutido ².

En Estados Unidos a finales de 1998 (entre agosto y diciembre) aparecieron más de 50 enfermos, en los que se identificó una cepa poco corriente de *L monocytogenes* serotipo 4b. Estos enfermos procedían de 11 Estados. Cuando el brote fue estudiado, se identificó el nexo común de todos estos enfermos que fue el consumo de salchichas y embutidos contaminados producidos por una sola empresa alimentaria y comercializados bajo diferentes nombres ³.

Más recientemente, desde diciembre de 1998 a febrero de 1999, en Finlandia se ha identificado otro brote, con 18 personas enfermas que consumieron mantequilla producida por una industria y comercializada en paquetes de uso individual. Tanto en los enfermos como en muestras de la planta de producción se aisló un serotipo poco corriente de listeria (serotipo 3a) ⁴.

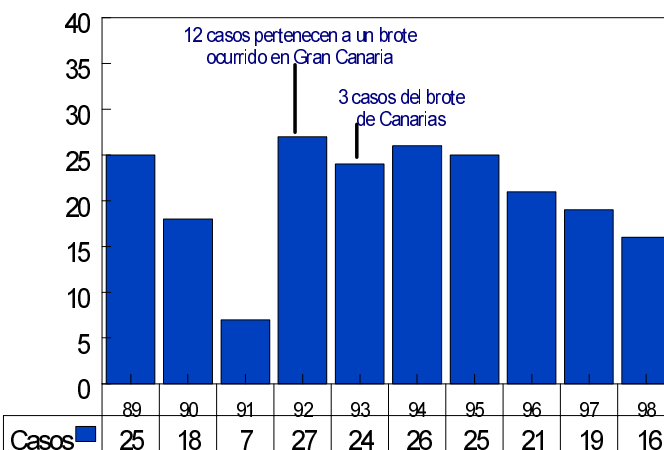
Listeriosis en España 1989-1998

La Red de Vigilancia Epidemiológica tiene constancia de casos de listeriosis cuando éstos se producen en forma de brotes epidémicos, casos aislados declarados de forma individualizada o por la declaración al Sistema de Información Microbiológica.

Casos comunicados de listeriosis al Sistema de Información Microbiológica

En los últimos 10 años se han notificado 208 casos de listeriosis al Sistema de Información Microbiológica (SIM). El año con menor número de casos comunicados fue 1991, mientras que en 1992 el número de casos se dispara hasta 27, de ellos 12 pertenecen a un solo brote (Figura1).

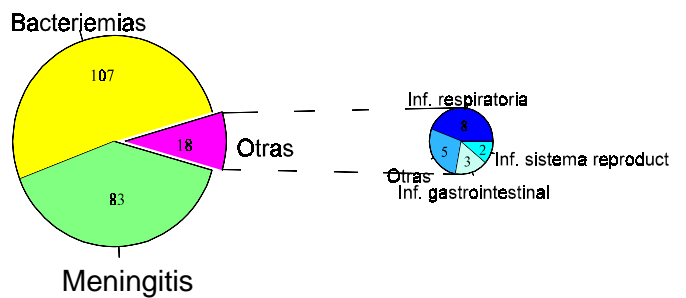
Figura 1. Listeriosis comunicadas al Sistema de Información Microbiológica



Fuente: SIM. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

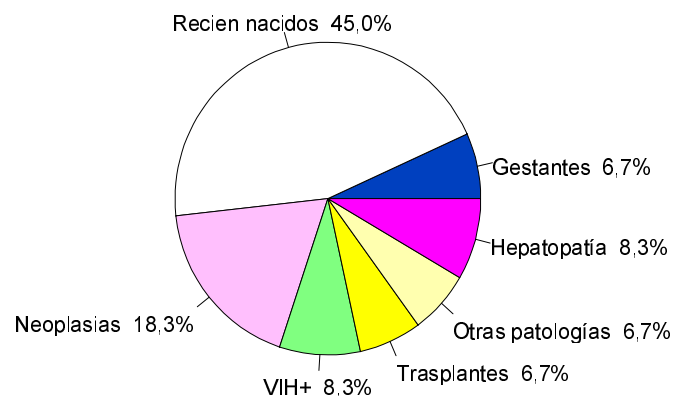
La bacteriemia es el cuadro clínico que presentan estos enfermos con mayor frecuencia suponiendo el 51,4 %, seguido por cuadros meníngeos 40% y en menor proporción infecciones de distintos sistemas (Figura 2).

Figura 2. Listeriosis en España: Cuadro clínico SIM 1989-1998



En los casos comunicados al sistema en los que consta patología previa, predominan los tumores de distintos tipos como linfomas, mielomas de pulmón, riñón, esófago etc. seguidos por enfermedades hepáticas, VIH+ y 4 casos de trasplantados de distintos órganos (2 de riñón, corazón e hígado). Los recién nacidos forman el grupo más numeroso en este apartado (45%), siendo también destacable el porcentaje de mujeres en gestación (Figura 3).

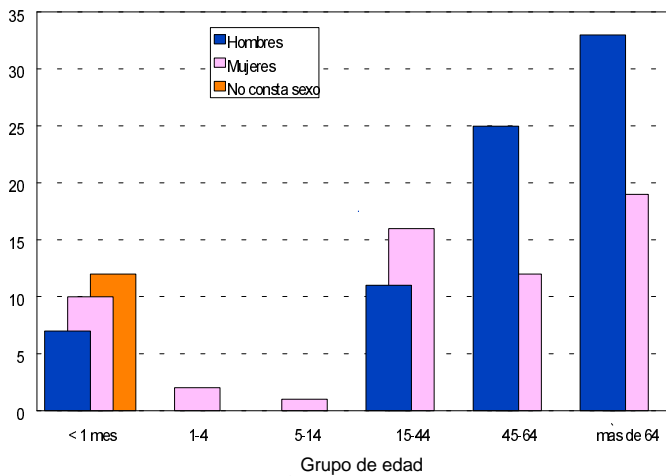
Figura 3. Listeriosis 1989-1998: Grupos de riesgo



La distribución por grupos de edad, indica un predominio de las personas mayores (52 casos de más de 65 años) y de recién nacidos (29 casos). En el total de casos comunicados hay un mayor número de varones, pero cuando se analizan los grupos por edad se observa que en el grupo entre 15 y 44 años predominan las mujeres (en edad de procrear) (Figura 4).

Estos casos han sido comunicados por 46 Hospitales de 13 Comunidades Autónomas (Tabla 2).

Figura 4. Listeriosis 1989-1998: Distribución por género y edad



Fuente: Sistema de Información Microbiológica

Declaración de brotes

Al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (E.D.O.) se ha comunicado un brote de listeriosis. Los casos proceden de varios municipios de la isla de Gran Canaria. El primer caso aparece en diciembre de 1991 y el último en mayo de 1993. Afectó a 24 personas, 5 de ellas fallecieron y se produjeron a consecuencia de la enfermedad cuatro abortos.

Los enfermos no presentaban diferencias en cuanto a sexo (12 hombres, 12 mujeres) y parecía haber un predominio de personas adultas. Solo en 2 de los casos no existía un factor de riesgo (diez eran enfermos crónicos con distintas patologías, cinco eran mujeres embarazadas y siete recién nacidos).

A pesar de haberse realizado estudios descriptivo y analítico y de tener sospechas fundadas sobre la implicación del consumo de un alimento determinado, el estudio casos controles no fue concluyente, no pudiéndose llegar a conocer el alimento responsable del brote.

Queremos resaltar la importancia de la comunicación, declaración e investigación de brotes de esta etiología, pues las nuevas tecnologías en el tratamiento de ciertas enfermedades, la aparición cada vez más frecuente de personas inmunocomprometidas, los nuevos hábitos alimentarios y las nuevas tecnologías de procesamiento y almacenamiento de alimentos hacen que sea listeriosis una de las enfermedades de nuestro tiempo ⁵.

Tabla 2. Hospitales que declaran al Sistema de Información Microbiológica casos de listeriosis. Años 1989-98

Provincia	Hospital	Total
Sevilla	C.H. Virgen de la Macarena	2
Zaragoza	H. Clínico Universitario	3
Zaragoza	H. Miguel Servet	9
Huesca	H. San Jorge	1
Ibiza	H. Can Misses	1
Tenerife	H. Ntra. Sra. Candelaria	3
Las Palmas	H. Ntra. Sra. del Pino	20
Lanzarote	H General Lanzarote	2
Santander	H. Valdecilla	1
Ciudad Real	H. Gutiérrez Ortega	2
Soria	H. General	1
Burgos	H. General Yagüe	2
Valladolid	H. Río Hortega	4
Barcelona	C.H. Parc Tauli	2
Barcelona	C. San. Mataró	2
Barcelona	H. Casa de Maternidad	1
Barcelona	H. Vall d'Hebron	18
Barcelona	S. Jaume i Sta Magdalena	3
Barcelona	Dr. J. Trueta	8
Barcelona	H. Príncipes de España	13
Barcelona	H. Clin. Prov.	2
Barcelona	Hosp. General	3
Barcelona	Mutua Tarrasa	3
Barcelona	H. Cruz Roja	5
Barcelona	H. San Jaume	2
Barcelona	H. Sta. Creu i San Pau	3
Gerona	H. Germans Trias i Pujol	9
Lérida	H. Arnau i Vilanova	2
Tarragona	H. Virgen de Cinta	2
Tarragona	H. Juan XXIII	2
Badajoz	H. de Don Benito	3
Logroño	H. San Millán	7
Madrid	Fund. Jiménez Díaz	1
Madrid	H. Gregorio Marañón	2
Madrid	H. Sta. Cristina	3
Madrid	H. Gómez Ulla	1
Pamplona	H. de Navarra	8
Alava	H. Txagorritxu	7
Guipúzcoa	H. N. Sra. Aranzazu	24
Vizcaya	H. Basurto	1
Vizcaya	H. Cruces	4
Vizcaya	H. Galdakao	4
Alicante	H. Elche	4
Alicante	H. Vega Baja	3
Castellón	H. Vinaróz	1
Valencia	H. La Fe	4
TOTAL		208

Bibliografía

1. Acha PN, Szyfres B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. OPS/OMS. 2ª ed. Panamericana. 1986.
2. Ministère de la Santé. Epidemia de listeriosis en Francia. Bulletin Epidemiol Hebdomadaire. 1992. 25, 33,38.
3. CDC MMWR. Multi-state Outbreak of listeriosis.-United States. MMWR 1999; 47(51-52):1117-8
4. Lyytikäinen O, Ruutu P. An outbreak of listeriosis due to listeria monocytogenes serotype 3a from butter in Finland. Eurosurveillance weekly 1999;2: 990311. (<http://www.eurosur.org/1999/990311>)
5. Tello O. Sánchez Serrano LP. Vigilancia de la Listeria. En Listeria en Alimentos, Conferencia Consenso. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1992. 167-162.

2. SITUACIÓN ACTUAL DE TÉTANOS Y TOS FERINA

A. Pizarro; I. Pachón. Área de Vigilancia de la Salud Pública. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (E.D.O.) requiere la notificación, a nivel estatal, de todo caso sospechoso de tétanos y tos ferina de forma numérica, con periodicidad semanal y ámbito geográfico provincial y de comunidad autónoma.

La notificación de casos de tos ferina y de tétanos al sistema E.D.O. comenzó en 1982 (1), mientras que la vacuna triple bacteriana (difteria-tétanos-tos ferina, DTP) se introdujo en 1965, por lo que no podemos evaluar el impacto que la introducción de la vacunación ha tenido sobre los datos de morbilidad.

A partir de 1997, con la entrada en vigor de Real Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RNVE), se establece la necesidad de enviar un informe anual en el que consten todos los casos notificados de forma numérica durante el año precedente con las características individuales de edad, sexo, estado de vacunación, tipo de caso, semana de notificación y ámbito geográfico.

Para la vigilancia y notificación de las enfermedades de declaración obligatoria la RNVE, establece unos protocolos donde se especifica la definición clínica del caso y la clasificación del mismo (2).

Para la tos ferina se aplica la siguiente definición:

- caso sospechoso/probable: todo caso que, concordando con la definición clínica de caso (enfermedad catarral con tos de 2 semanas de duración, con uno de los siguientes síntomas: paroxismos y ausencia de otras causas aparentes. Esta definición es apropiada para casos endémicos o esporádicos), no está confirmado por laboratorio y no está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por laboratorio.

- caso confirmado: caso clínicamente compatible, confirmado por laboratorio o epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por laboratorio.

En el tétanos se aplica la definición clínica:

- enfermedad caracterizada por una hipertonia y/o contracción muscular dolorosa (generalmente de los músculos de la mandíbula y cuello) de comienzo agudo y espasmo muscular generalizado sin otra causa aparente.

Se considera caso confirmado de tétanos todo caso que cumpla con la definición clínica.

Una actividad muy importante del sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades con programas de vacunación hace referencia a la notificación de brotes, así como su inmediata investigación y medidas de control. Todo brote de tos ferina deberá ser comunicado al nivel nacional de forma urgente si se sospecha interés supracomunitario. En todos los casos, dentro de

un periodo de 3 meses tras la finalización del brote, se remitirá un informe con datos complementarios (2).

Para conocer mejor la situación de estas enfermedades es de gran ayuda la recogida de información a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.). Este sistema de registro recoge las altas hospitalarias con diagnóstico codificado según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE9-MC y tiene implantación en todo el territorio nacional alcanzando en la actualidad una cobertura hospitalaria próxima al 95 %.

Los datos suministrados a la Dirección General de Salud Pública por las Comunidades Autónomas permiten el cálculo de las coberturas de vacunación a nivel nacional y autonómico mediante el porcentaje de niños menores de un año que han recibido tres dosis de vacuna DTP.

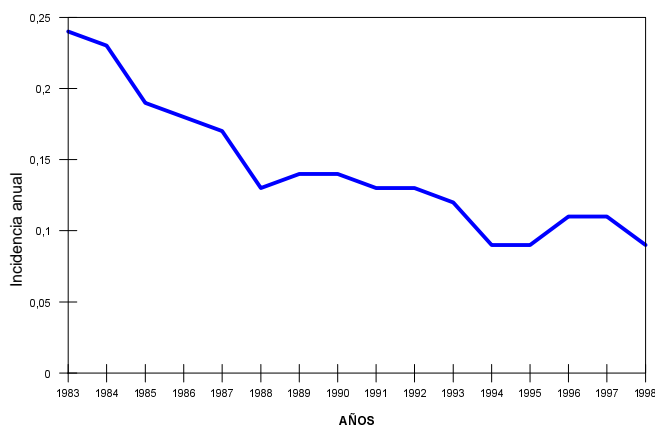
En 1996 se realizó una encuesta de seroprevalencia con representatividad nacional, excepto Cataluña, cuyo objetivo fundamental era conocer el estado de inmunidad de la población frente a determinados agentes infecciosos así como detectar las bolsas de susceptibles por grupo de edad. Para ello se realizó un muestreo por conglomerados polietápico considerando como conglomerado a los centros de extracción de sangre periférica de la red de asistencia pública sanitaria. Se tuvo en cuenta dos estratos, rural y urbano, y siete grupos de población comprendida entre los 2 y los 39 años. El tamaño total de muestra obtenido fue de 3.932 sujetos, 2.085 en el medio urbano y 1.847 en el medio rural (3).

Tétanos

La vacunación frente a tétanos se introdujo en nuestro país en forma de campañas masivas de vacunación en 1965 junto a la vacuna frente a difteria y tos ferina (DTP). En estas campañas se administraba dos dosis de DTP, separadas entre sí 35 días, a los niños mayores de 3 meses y menores de 3 años; así mismo se administraba una dosis de recuerdo de DTP a todo niño mayor de 1 año y menor de 3 que hubiera sido anteriormente vacunado. Dichas campañas se realizaban dos veces al año, en primavera y otoño. A finales de los años 70 se implantó el primer calendario de vacunación en el cual se recomendaba la administración de tres dosis de DTP a los 3, 5 y 7 meses de edad con dosis de recuerdo de DT (difteria-tétanos) a los 15 meses y de tétanos a los 6 y 14 años. Este programa de vacunación ha ido reformándose y en la actualidad se recomienda 3 dosis de DTP a los 2-3 meses, 4-5 meses y 6-7 meses, con una dosis de recuerdo a los 15-18 meses. A los 6-7 años se recomienda una dosis de DT y a los 14 años una dosis de Td (tétanos y difteria de adultos).

La cobertura de vacunación alcanzada en el inicio de las campañas fue próxima al 70 %. En 1997 se ha al-

Gráfica 1. Tétanos. España 1983-1998. Incidencia anual por 100.000 hab.



canzado una cobertura de vacunación a nivel nacional del 94 %. Sólo las Comunidades de Baleares y Canarias notifican coberturas de vacunación inferiores al 80 %, lo que puede ser debido a que dichas coberturas sólo recogen las dosis administradas en los servicios de salud públicos y en ambas comunidades autónomas se considera que tiene un importante peso la administración de vacunas a través de la asistencia privada. En el resto de las CC.AA se supera el 94 % de cobertura salvo en Andalucía y Aragón que tienen un 92,5 % y un 93,3 % respectivamente.

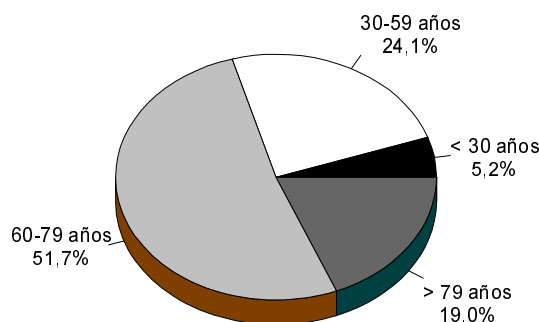
En la incidencia de enfermedad se detecta, desde 1983, un descenso lento y progresivo notificándose en los últimos años una media anual de 50 casos, si bien, al ser una enfermedad que requiere ingreso hospitalario, se considera que está infranotificada. En 1997 la incidencia anual fue de 0,11 por 100.000 (45 casos) y en 1998 de 0,09 (34 casos) lo que indica un descenso del 24,5% con respecto al año anterior (gráfica 1). Esta baja incidencia se distribuye de forma homogénea por todo el Estado destacando que durante los años 1997 y 1998 treinta y uno y treinta y tres provincias, respectivamente, no notificaron ningún caso al sistema E.D.O.

En cuanto a la información individualizada recogida a través del sistema E.D.O. es de escaso valor ya que ésta se obtiene de muy pocos de los casos declarados. En 1997 se notificaron 12 casos individualizadamente, de los cuales 7 fueron en mujeres (58,3 %); cinco casos figuran como no vacunados, pero en otros 6 casos esta información se desconoce. En cuanto a su clasificación, ésta se ha hecho de forma errónea, dado que 7 casos figuran dentro del epígrafe de confirmados y 4 en el de sospechoso, pero estas dos categorías no coinciden con la clasificación que para el tétanos propone la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. En la distribución por edad, 8 de los 12 casos se dieron en mayores de 60 años (66,6 %), el 16,7 % (2 casos) en el rango de edad de 31 a 60 y otro 16,7 % (2 casos) en el de menores de 31 años (24 y 30 años respectivamente).

En el C.M.B.D se ha obtenido que el número de ingresos en 1997 con el diagnóstico de tétanos ha sido de

58 casos, lo que parece confirmar la sospecha de infranotificación existente de esta enfermedad al sistema E.D.O. De todos estos casos, el 67,2 % figura en la evolución como dado de alta hospitalaria y en un 22,4 % (13 casos) como defunciones, de las cuales el 92,3 % se registró en mayores de 60 años. En cuanto a la distribución por edad de los casos hospitalizados, el 70,7 % se da en mayores de 60 años, el 24,1 % en el grupo de edad de 30 a 59 años y tan sólo el 5,2% en menores de 30 años (3 casos, ninguno menor de 15 años) (gráfica 2).

Gráfica 2. Tétanos. Distribución por edad. Casos hospitalizados 1997



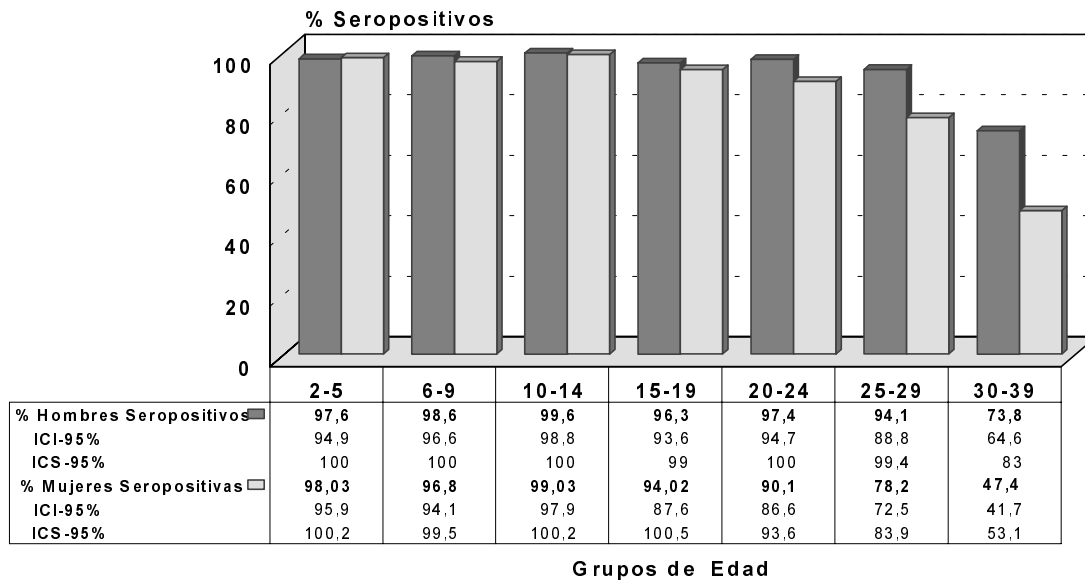
Los resultados de la Encuesta Nacional de Seroprevalencia muestran que los anticuerpos detectables frente a tétanos son superiores al 97 % en los grupos de edad de 2 a 14 años descendiendo ligeramente hasta los 25 años en que la prevalencia de anticuerpos baja al 82,5 % y a partir de los 30 años no superaba el 55 %, lo que indica la pérdida de inmunidad conferida por el toxoide tetánico. Este descenso en el nivel de anticuerpos detectables es significativamente distinto entre hombres y mujeres a partir de los 20 años, disminuyendo de forma más rápida en las mujeres (gráfica 3), lo que probablemente sea debido a la revacunación de los hombres en el momento de la incorporación al servicio militar y a la mayor frecuencia con que los hombres realizan determinadas actividades laborales que pueden suponer mayor riesgo para la adquisición de esta enfermedad y que, por lo tanto, implican una mayor probabilidad de recibir dosis de recuerdo de vacuna antitetánica.

La baja incidencia de enfermedad detectada a través de los diferentes sistemas de notificación y la alta prevalencia de anticuerpos que presenta la población incluida en los programas de vacunación indica la conveniencia de mantener y potenciar la vacunación frente a tétanos ya que ésta es la única forma de evitar la presentación de la enfermedad.

Tos ferina

La incidencia anual de tos ferina presenta una tendencia descendiente a partir de 1986. Se han detectado picos epidémicos en los años 1985-1986, 1989 y 1992; esta forma de presentación concuerda con el patrón epi-

Gráfica 3. Tétanos. Población inmune por edad y sexo. Encuesta Nacional, 1996



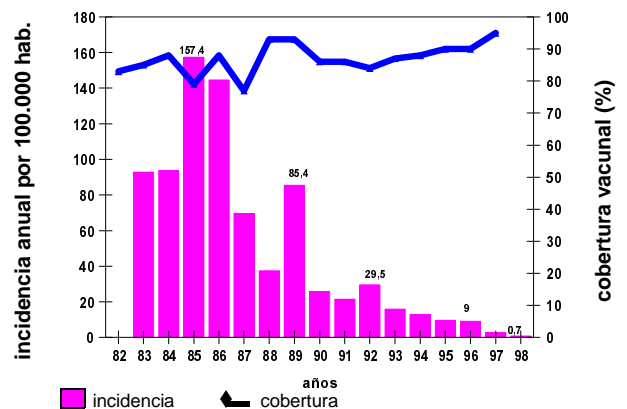
Grupos de Edad

demiológico descrito en otros países y que se caracteriza por la presentación de ciclos epidémicos cada 2-3 años (gráfica 4).

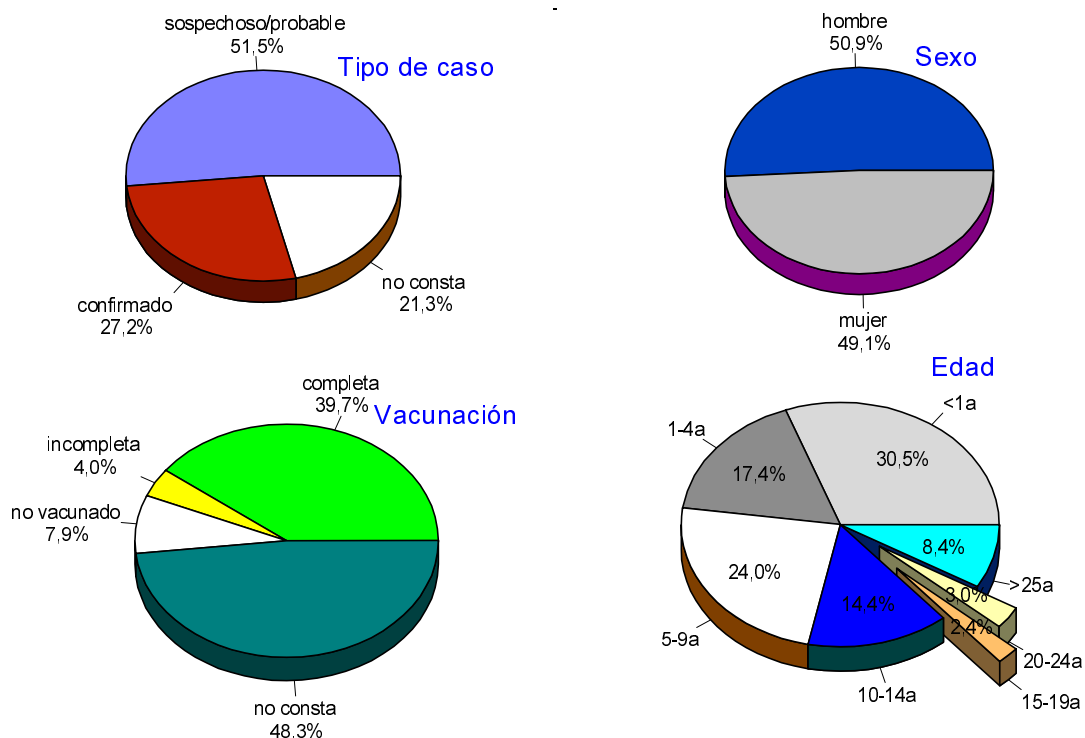
En 1998 la incidencia anual, a nivel nacional, fue de 0,75/100.000 (294 casos), mientras que en 1997 fue de 2,78/100.000 (1095 casos), lo que supone un descenso del 73 % con respecto al año anterior.

Por lo que se refiere a la distribución geográfica la disminución de la incidencia anual es prácticamente generalizada a todas las provincias. En 1997 sólo Soria no declaró ningún caso de tos ferina, y 18 provincias notificaron una incidencia anual menor de 1/100.000. Durante 1998 el número de provincias que no han declarado ningún caso ha sido de 11 y un total de 36 han notificado una

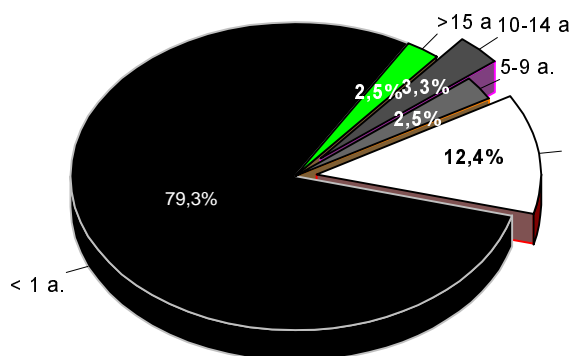
Gráfica 4. Tos ferina. España, 1983-1998
Incidencia anual y cobertura vacunal



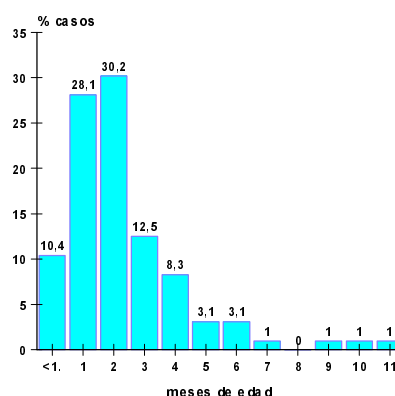
Gráfica 5. Tos ferina. Año 1997. Información individualizada



Gráfica 6. Tos ferina, hospitalización. Conjunto mínimo básico de datos: 1997. *B. pertussis*: Casos por edad



Casos en menores de 1 año



incidencia menor o igual a 1/100.000. En el último año sólo tres provincias: Las Palmas, Tenerife y Melilla han notificado una incidencia mayor o igual a 5/100.000.

La información individualizada obtenida del sistema E.D.O. de los casos notificados en 1997 permite conocer determinadas características de los mismos (gráfica 5). Un 27,2 % de los casos figura como confirmado, el 51,5 % consta como caso sospechoso y en un 21,3 % no consta el tipo de caso. El 50,9 % ocurre en varones. El 42,7 % refiere estar vacunado si bien hay un alto porcentaje (48,3 %) en el que se desconoce esta información.

En cuanto a la edad de presentación de los casos debe destacarse que un 30,5 % de los mismos se presenta en menores de 1 año y el 86,3 % ocurre en menores de 15 años, siendo casi el 50 % menores de 5 años.

La información recogida a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D) para 1997, indica que el número de casos hospitalizados ha sido de 981 de los cuales 121 (12,3 %) figuran con diagnóstico de tos ferina por *Bordetella pertussis*; 25 (2,5 %) con diagnóstico de *B. parapertussis* y 23 casos (2,3 %) como *B. bronchiseptica*, si bien en un alto porcentaje, el 83 %, no se ha especificado el tipo de tos ferina.

De los casos hospitalizados que figuran con diagnóstico de tos ferina por *B. pertussis*, el 79,3 % se produce en menores de 1 año, siendo más del 80 % en los 4 primeros meses de edad, casos que se consideran no prevenibles ya que aun no han recibido la primovacuna-ción de DTP (gráfica 6). Por lo que se refiere a la evolución de estos casos, un 96,4 % ha sido dado de alta a domicilio y se han registrado 6 defunciones (0,6 %), una se ha producido en un adulto y el resto en menores de 1 año.

La edad de presentación del total de los casos hospitalizados con diagnóstico de tos ferina es similar a aquellos en los que el diagnóstico es por *B. pertussis*: el 83,9 % se presenta en menores de 1 año y sólo el 3,2% se dio en mayores de 10 años.

Bibliografía

1. Las Estadísticas Demográfico-Sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. 1992.
2. Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996.
3. Pachón I, Amela C, de Ory F, León P, Alonso M. Encuesta Nacional de Seroprevalencia de Enfermedades Inmunoprevenibles. Año 1996. Bol. Epidemiol. Semanal 1998, vol.6, n° 10; 93-100.

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 2 DE ENERO DE 1999

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 52		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 1993-1997		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		1998	1997	1998	1997	Sem.52	Acum. casos	Sem.52	Acum. C.
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0	0	13	7				
Cólera	001	0	0	0	0				
Disentería	004	1	12	170	197	2	197	0,50	0,86
F. tifoidea y paratifoidea	002	2	4	316	327	4	555	0,50	0,57
Triquinosis	124	10	0	58	11				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	32	19	1.112	2.130	20	1.082	1,60	1,03
Gripe	487	98.534	45.863	2.598.351	2.509.773	143.270	3.348.471	0,69	0,78
Legionelosis	482.8	9	2	342	189				
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	1	1	85	69				
Tuberculosis respiratoria	011	132	111	8.927	9.250	117	9.260	1,13	0,96
Varicela	052	1.823	1.458	193.867	228.958	2.567	256.865	0,71	0,75
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0,098.1	13	16	2.169	2.330	43	4.599	0,30	0,47
Sífilis	091	10	16	772	757	11	1.010	0,91	0,76
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	41	19	2.857	6.984	107	7.002	0,38	0,41
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubeola	056	1	9	884	3.823	55	6.184	0,02	0,14
Sarampión	055	1	7	446	1.839	38	6.796	0,03	0,07
Tétanos	037	0	0	32	45				
Tos Ferina	033	3	10	315	1.132	55	3.741	0,05	0,08
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0,070.1	12	19	2.041	1.805				
Hepatitis B	070.2,070.3	9	13	1.134	1.157				
Otras hepatitis víricas	070	12	10	2.324	2.673				
Zoonosis									
Brucelosis	023	24	8	1.545	2.145	19	2.708	1,26	0,57
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	7	3	365	294				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Lepra	030	0	0	9	16				
Rubéola congénita	771.0	0	0	0	1				
Sífilis congénita	090	0	0	5	5				
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:
Enfermedad Meningocócica (1,60). Brucelosis (1,26).

- * Un I.E. inferior o igual a 0,75:
Disentería (0,50). F. tifoidea y paratifoidea (0,50). Gripe (0,69). Varicela (0,71). Infección gonocócica (0,30). Parotiditis (0,38). Rubéola (0,02). Sarampión (0,03). Tos Ferina (0,05).

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal.

Hay que destacar 7 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 prevén (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.

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES BACTERIANAS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 52 QUE TERMINO EL 2 DE ENERO DE 1999

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 52		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 52	
	1998	1997	1998	1997
Bacteriemias	39	39	2.990	2.656
-A.anitratus	0	1	20	33
-A.baumannii	0	0	44	20
-A.hydrophila	0	0	0	2
-A.sobria	0	0	1	1
-B.fragilis	1	0	20	21
-C.perfringens	0	0	7	5
-E.cloacae	0	1	73	40
-E.coli	9	8	635	576
-E.faecalis	1	0	104	110
-E.faecium	1	0	17	14
-H.influenzae	0	0	14	19
-H.influenzae b	0	0	7	2
-K.pneumoniae	0	1	74	64
-L.monocytogenes	0	0	8	10
-Listeria sp.	0	0	1	1
-P.aeruginosa	2	4	104	109
-P.mirabilis	2	1	53	40
-S.agalactiae	0	0	61	65
-S.aureus	5	9	471	415
-S.epidermidis	5	2	255	161
-S.marcescens	0	0	31	29
-S.pneumoniae	3	2	134	144
-S.pyogenes	0	1	26	15
-Staphylococcus coag-	7	5	276	224
-Y.enterocolitica	0	0	1	1
.Múltiple	1	2	129	134
.Otras	2	2	424	401
Brucelosis	0	0	102	130
-B.melitensis	0	0	46	72
-Brucella sp.	0	0	56	58
Carbunco	0	0	1	0
-B.anthraxis	0	0	1	0
E.T.S.: Gonococia	2	1	54	51
-N.gonorrhoeae	2	1	51	45
.Múltiple	0	0	3	6
E.T.S.: Sífilis	3	5	160	127
-T.pallidum	3	5	160	127
E.T.S.: otras	0	1	100	117
-C.trachomatis	0	1	100	117
Enfermedad de Lyme	0	0	3	1
-B.burgdorferi	0	0	3	1
F.tifoidea y paratifoidea	0	0	17	29
-S.paratyphi A	0	0	3	2
-S.paratyphi B	0	0	1	0
-S.typhi	0	0	13	27
Fiebre Q	0	0	196	161
-C.burnetii	0	0	196	161
Fiebre botonosa	0	1	44	52
-R.conorii	0	1	44	52
G.E.A.: Salmonelosis	48	61	6.648	5.074
-S.enteritidis	11	16	2.521	1.878
-S.hadar	0	0	25	17
-S.ohio	0	0	9	5
-S.typhimurium	6	9	916	879
-S.virchow	0	0	21	7
-Salmonella gr.B	4	2	444	389
-Salmonella gr.C	1	0	101	69
-Salmonella gr.C1	1	0	90	52
-Salmonella gr.C2	3	1	103	85
-Salmonella gr.D	5	6	534	433
-Salmonella gr.E	0	0	16	13
-Salmonella sp.	16	20	1.634	1.080
.Múltiple	1	3	146	110
.Otras	0	1	88	57
G.E.A.: Shigelosis	2	0	159	133
-S.boydii	0	0	14	5
-S.disenteriae	0	0	3	6
-S.flexneri	1	0	43	42
-S.sonnei	1	0	91	71
-Shigella sp.	0	0	6	7
.Múltiple	0	0	2	2
G.E.A.: Vibrio	0	0	11	11
-V.alginolyticus	0	0	1	0
-V.cholerae NAG	0	0	2	2
-V.fluvialis	0	0	4	0
-V.parahaemoliticus	0	0	4	7
.Múltiple	0	0	0	1
.Otras	0	0	0	1
G.E.A.: otras bacterias	61	53	5.326	4.509
-A.caviae	0	1	254	221
-A.hydrophila	1	0	85	69
-A.sobria	0	0	39	39
-Aeromonas sp.	0	0	4	18
-C.coli	0	0	189	205
-C.difficile	0	0	26	25
-C.jejuni	37	33	3.290	2.638
-C.perfringens	0	0	1	0
-Campylobacter sp.	14	9	758	710
-E.coli	0	0	4	3
-E.coli EP	0	0	3	0

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 52		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 52	
	1998	1997	1998	1997
-E. coli 0157	0	0	19	4
-E. coli 025	0	0	1	0
-P. aeruginosa	0	0	2	1
-P. mirabilis	0	0	1	0
-S. aureus	1	0	21	2
-Y. enterocolitica	7	5	304	279
-Y. enterocolitica ser.03	1	1	117	77
.Múltiple	0	2	114	77
.Otras	0	2	94	141
Infecciones respiratorias	35	25	1.122	1.202
-A.anitratus	0	0	3	15
-A.baumannii	1	0	13	5
-B.catarrhalis	0	0	3	1
-C.pneumoniae	0	3	103	91
-Chlamydia sp.	0	0	2	5
-E.cloae	0	0	0	4
-E.coli	2	0	20	10
-E.faecalis	1	0	5	2
-E.faecium	0	0	1	0
-H.influenzae	4	2	105	96
-H.influenzae b	2	0	11	8
-K.pneumoniae	0	0	2	6
-L.monocytogenes	0	0	0	1
-M.pneumoniae	1	1	141	237
-P.aeruginosa	0	1	20	22
-P.mirabilis	1	0	2	4
-S.agalactiae	0	0	3	0
-S.aureus	1	1	40	40
-S.epidermidis	0	0	1	2
-S.marcescens	0	0	1	2
-S.pneumoniae	22	13	466	476
-S.pyogenes	0	3	82	94
-Staphylococcus coag-	0	0	2	2
.Múltiple	0	1	45	53
.Otras	0	0	51	26
Infección meningocócica	8	0	145	251
-N.meningitidis	0	0	15	12
-N.meningitidis gr.A	0	0	0	3
-N.meningitidis gr.B	6	0	80	102
-N.meningitidis gr.C	2	0	45	124
.Otras	0	0	5	10
Legionelosis	1	1	131	113
-L.pneumophila	1	1	130	113
.Múltiple	0	0	1	0
Leptospirosis	0	0	6	2
-Leptospira sp.	0	0	6	2
Mening.no meningocócicas	3	2	147	145
-A.anitratus	0	0	0	2
-A.baumannii	0	0	7	1
-C.coli	0	0	1	0
-E.cloae	0	0	2	0
-E.coli	0	0	7	2
-E.faecalis	0	0	2	2
-H.influenzae	0	0	9	8
-H.influenzae b	0	0	3	11
-K.pneumoniae	0	0	0	1
-L.monocytogenes	0	0	7	5
-M.pneumoniae	0	0	0	1
-P.aeruginosa	0	0	0	3
-S.agalactiae	0	0	5	8
-S.aureus	0	0	4	6
-S.epidermidis	0	0	1	2
-S.marcescens	0	0	0	1
-S.pneumoniae	3	1	78	71
-S.pyogenes	0	0	2	1
-Staphylococcus coag-	0	0	9	6
.Múltiple	0	1	4	5
.Otras	0	0	6	9
Micobacterias	26	22	2.114	2.453
-M.africanum	0	0	1	0
-M.bovis	0	0	4	6
-M.tuberculosis	26	22	2.109	2.446
.Múltiple	0	0	0	1
Micobacterias atípicas	2	7	226	254
-M.avium/intracelulare	0	3	57	98
-M.fortuitum	0	0	11	11
-M.gordonae	0	0	10	7
-M.kansasii	2	4	118	103
-M.marinum	0	0	6	5
-M.xenopi	0	0	13	22
.Múltiple	0	0	1	0
.Otras	0	0	10	8
Micobacterias sp.	0	0	8	19
-Mycobacterium sp.	0	0	8	19
Psitacosis	0	0	3	12
-C.psittaci	0	0	3	12
Tos ferina	0	0	9	21
-B.pertussis	0	0	9	21
Tularemia	0	2	40	2
-F.Tularensis	0	2	40	2
N° DE LABORATORIOS DECLARANTES	28	32	46	47

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 52 QUE TERMINÓ EL 2 DE ENERO DE 1999

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 52		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 52	
	1998	1997	1998	1997
Adenovirus	12	11	435	348
Adenovirus 40/41	0	0	22	12
Agente Delta	0	0	4	2
Astrovirus	0	0	32	2
Citomegalovirus	1	4	245	168
Coronavirus	0	0	1	1
Coxsackie	0	0	1	0
Coxsackie B	0	0	2	1
Coxsackie B 1	0	0	1	0
ECHO	0	2	6	63
Enterovirus	3	10	226	217
Epstein-Barr	11	18	972	775
Gripe A	37	4	721	86
Gripe B	41	0	106	125
Gripe sp	0	0	9	2
Hepatitis A	4	1	220	177
Hepatitis B	0	1	87	74
Hepatitis C	18	26	1.103	772
Herpes simple	0	0	59	36
Herpes simple tipo 1	1	1	47	53
Herpes simple tipo 2	0	0	25	26
Papilomavirus	4	5	102	91
Parainfluenza	0	0	23	26
Parainfluenza 1	0	0	10	8
Parainfluenza 2	0	1	12	25
Parainfluenza 3	1	0	46	26
Paroditis	0	0	1	6
Parvovirus B 19	0	1	118	26
Picomavirus	0	0	1	0
Reovirus	0	0	3	0
Respiratorio Sincitial	190	89	2.500	1.158
Rinovirus	0	0	3	6
Rotavirus	41	34	1.792	1.796
Rubéola	1	0	20	112
Sarampión	0	0	1	4
Varicela Zoster	0	0	35	36
-Otros	0	0	0	1
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	23	20	43	40

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 52		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 52	
	1998	1997	1998	1997
Anisakis	0	0	1	3
Ascaris lumbricoides	0	0	10	21
Blantidium coli	0	0	0	1
Blastocystis hominis	1	4	132	109
Cryptosporidium sp	0	1	62	114
Echinococcus granulosus	1	0	16	28
Entamoeba coli	0	1	16	24
Entamoeba histolytica	0	0	11	12
Entamoeba sp	0	0	5	0
Enterobius vermicularis	1	6	280	302
Fasciola hepática	0	0	1	3
Giardia lamblia	6	14	485	547
Heterophyes heterophyes	0	0	1	0
Leishmania donovani	0	0	0	2
Leishmania sp	0	0	9	16
Plasmodium falciparum	4	1	79	51
Plasmodium malariae	0	0	1	1
Plasmodium ovale	0	0	1	2
Plasmodium sp	0	2	9	16
Plasmodium vivax	1	0	22	25
Schistosoma haematobium	0	0	1	1
Schistosoma mansoni	0	0	0	6
Taenia saginata	0	1	17	20
Taenia sp.	0	0	34	28
Toxoplasma gondii	1	2	66	50
Trichomonas vaginalis	3	5	240	257
Trichuris trichiura	0	0	13	8
Otros	1	1	54	91
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	9	13	39	34

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 52		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 52	
	1998	1997	1998	1997
Cutáneas y Subcutáneas	9	18	584	529
-Aspergillus fumigatus	0	0	2	2
-Aspergillus niger	0	0	1	1
-Aspergillus sp.	0	0	0	2
-Candida albicans	2	3	72	88
-Candida glabrata	0	0	8	7
-Candida guilliermondii	0	0	10	16
-Candida parapsilosis	0	5	111	90
-Candida sp	0	1	6	7
-Cryptococcus laurentii	0	0	1	3
-Epidermophyton floccosum	0	0	5	8
-Malassezia furfur	0	0	26	33
-Microsporium canis	1	5	79	62
-Microsporium gypseum	1	0	1	3
-Rhodotorula rubra	0	0	7	5
-Trichophit.mentagrophytes	1	0	81	49
-Trichophyton rubrum	3	0	96	75
-Trichophyton sp.	0	0	0	2
.Múltiple	0	1	19	16
.Otras	1	3	59	60
Mucosas	1	3	194	195
-Aspergillus fumigatus	0	0	22	7
-Aspergillus glaucus	0	0	6	0
-Aspergillus niger	1	1	39	28
-Aspergillus sp.	0	0	15	17
-Candida albicans	0	1	18	16
-Candida glabrata	0	0	3	2
-Candida guilliermondii	0	0	2	1
-Candida parapsilosis	0	0	42	31
-Candida sp	0	0	1	2
.Múltiple	0	0	11	8
.Otras	0	1	35	83
Sistémicas	4	0	179	214
-Aspergillus fumigatus	0	0	7	11
-Aspergillus niger	0	0	2	0
-Aspergillus sp	0	0	3	0
-Candida albicans	2	0	71	71
-Candida glabrata	0	0	5	7
-Candida guilliermondii	0	0	3	2
-Candida parapsilosis	0	0	18	20
-Candida sp.	0	0	13	2
-Cryptococcus laurentii	0	0	0	1
-Cryptococcus neoformans	1	0	19	23
-Cryptococcus sp.	0	0	1	0
-M.circinelloides	0	0	1	1
-P.variotii	0	0	0	1
-Pneumocystis carinii	0	0	24	60
-Rhodotorula rubra	1	0	1	0
-Scedosporium sp.	0	0	1	0
.Múltiple	0	0	1	3
.Otras	0	0	9	12
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	6	4	23	21

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

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 - 98 - 003-9 - Depósito legal: M-41502 - 1978 Imprime: Solana e Hijos, Artes Gráficas, S.A.

ÍNDICE POR MATERIAS AÑO 1998

	NÚMERO	PG	SEMANAS
BACTERIEMIAS			
— Bacteriemias. Casos notificados al Sistema de Información Microbiológica. Años 1995, 1996 y 1997	9	85	15
BROTOS POR SUSTANCIAS TÓXICAS			
— Brote de intoxicación por exposición aguda a pentaclorofenato sódico en trabajadores de aserraderos en Galicia	2	13	2-3
BRUCELOSIS			
— Brucelosis en Zaragoza, 1995. Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)	6	57	9
CANCER			
— Incidencia y mortalidad de tumores infantiles en España	20	189	26
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES			
— Situación epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares arterioescleróticas (I): mortalidad y morbilidad	15	149	21
— Situación epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares arterioescleróticas (II): prevalencia de factores de riesgo	16	157	22
ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA			
— Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y Sistema de Información Microbiológica (SIM) España. Año 1997	1	1	1
— Incidencia de las enfermedades transmisibles de declaración obligatoria. Casos y tasas por 100.000 habitantes a nivel provincial. España, 1997	1	6	1
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN			
— Casos de difteria en Dinamarca	25	244	40
— Erradicación de la poliomielitis. Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda	23	221	35
— Situación actual de tétanos y tos ferina	31	300	52
ENTER-NET			
— Red Europea de vigilancia de enfermedades entéricas, <i>Salmonella</i> y <i>Escherichia coli</i> 0157	25	241	40
ENTEROVIRUS			
— Brote de enterovirus en Taiwan, China	4	40	6-7
ESCHERICHIA COLI VEROTOXIGÉNICO			
— Especificidad de los Sistemas de Vigilancia de la Salud Pública: diagnóstico de <i>Escherichia coli</i> verotoxigénico en España	4	37	6-7
GRIPE			
— Actividad de la gripe en la temporada 1998-1999 en España y en Europa. Actualización.	24	229	36-37-38-39
— Actividad gripal en la temporada 1998-1999 y composición de la vacuna antigripal recomendada para la temporada 1999-2000	29	273	44-45-46-47
— Vigilancia de la gripe en España. Temporada 1997-1998.	26	249	41
HAEMOPHILUS INFLUENZAE			
— Estudio de incidencias de enfermedad invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> en España	5	49	8
INFECCIONES POR SALMONELLAS			
— Análisis de las cepas de <i>Salmonella</i> sp aisladas de muestras clínicas de origen humano en España en el año 1997.	13	129	19
— Análisis de las cepas de <i>Salmonella</i> sp aisladas de muestra de origen no humano en España en el año 1997.	14	137	20
— Análisis de los serotipos de <i>Salmonella</i> sp aislados por los Laboratorios de Sanidad Animal de España en 1997.	14	143	20
— Estudio microbiológico de <i>Salmonella</i> serotipo Typhi. Año 1997	7	65	10-11-12-13
— Infecciones por <i>Salmonella</i> spp notificadas al Sistema de Información Microbiológica. Años 1997-1998	30	285	48-49-50-51
LEGIONELOSIS			
— Legionelosis relacionada con el turismo en España	3	25	4-5
LISTERIA			
— Listeriosis	31	297	52
MORTALIDAD			
— Mortalidad en España en 1995. Mortalidad general y principales causas de muerte y de años potenciales de vida perdidos (I).	11	105	17
— Mortalidad en España en 1995. Mortalidad general y principales causas de muerte por grupos de edad (II).	12	117	18
— Mortalidad por enfermedades infecciosas en España: 1980-1995 (I)	17	165	23
— Mortalidad por enfermedades infecciosas en España: 1980-1995 (II)	18	173	24
MYCOPLASMA PNEUMONIAE			
— Infección por <i>Mycoplasma pneumoniae</i> . Sistema de Información Microbiológica. 1993-1998 (semana 40).	24	230	36-37-38-39
PALUDISMO			
— Vigilancia del paludismo en los países de la Unión Europea	8	79	14
PARVÓVIRUS			
— Aumento de las infecciones por parvovirus humano B19 en distintos países de Europa	9	88	15
POLINEUROPATÍAS PERIFÉRICAS			
— Brote de polineuropatía desmielinizante de origen tóxico por N-Hexano	8	77	14
QUINOLONAS			
— Consumo de quinolonas en el medio extrahospitalario en España	28	265	43
ROTAVIRUS			
— Rotavirus en España. Notificaciones al Sistema de Información Microbiológica	11	112	17
SEROEPIDEMIOLOGÍA			
— Encuesta nacional de seroprevalencia de enfermedades inmunoprevenibles. Año 1996	10	93	16
SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA			
— Prevalencia de VIH en donaciones de sangre. 1997	26	251	41
— Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de SIDA. Situación a 30 de septiembre de 1998	19	181	25
TUBERCULOSIS			
— Microepidemia de tuberculosis en alumnos de preescolar	27	257	42
VACUNAS			
— Cobertura vacunal 1997	21	197	27-28-29-30
— Programa de vacunación frente a la hepatitis B en adolescentes. Periodo 1996-1997	22	209	31-32-33-34
VIRUS RESPIRATORIO SINCIITAL			
— Actividad del virus respiratorio sincitial. Casos notificados al Sistema de Información Microbiológica (SIM). Temporada 1997-1998 (semana 40).	16	160	22