

SUMARIO

1. Erradicación de la poliomielitis. Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida aguda.
2. Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
3. Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica.

1. ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS. SISTEMA DE VIGILANCIA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

I. Pachón, A. Pizarro

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

En 1988 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación de la polio en el mundo para el año 2000.

En ese año se notificaron a la O.M.S cerca de 35.000 casos en todo el mundo. La incidencia de infección ha ido disminuyendo desde entonces notificándose, en 1997, 5.187 casos, lo que supone un descenso del 97 %. En 1998, si bien la información aún no está consolidada, se ha registrado 3.228 casos ⁽¹⁻²⁾.

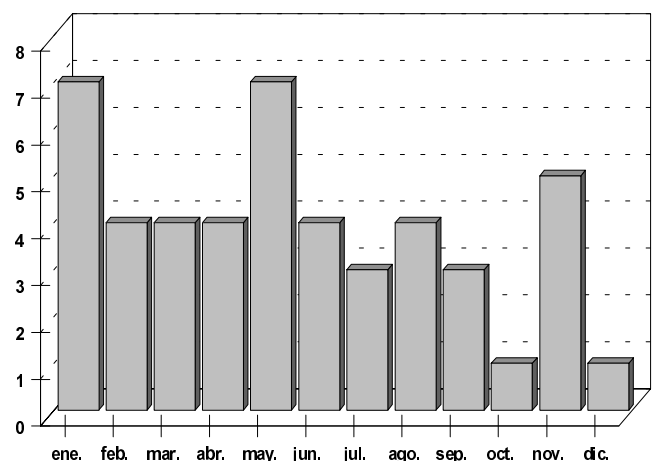
En 1988 el poliovirus circulaba en todos los continentes. En 1991, el virus fue erradicado de la Región de las Américas, y el último caso notificado en la Región del Pacífico Oeste ocurrió en marzo de 1997. En la Región Europea existe un único foco en el sur-este de Turquía y está desapareciendo del Norte y Sur de África y del Medio Este. La transmisión del poliovirus está concentrada en dos importantes reservorios en el Sur de Asia y en el África sub-sahariana.

En la Región Europea, las actividades para la erradicación de la polio se iniciaron en 1985, fecha en la que el Comité Regional formuló y aprobó el objetivo 5 de 'Salud para Todos'. Sin embargo, la implantación del programa regional se inició en 1989 cuando se acordó el primer plan de acción. Desde 1988 a 1995 el avance en la erradicación de la polio en Europa ha sido muy lento. La primera reunión de la Comisión para la Certificación de la Erradi-

cación de la polio en la Región Europea se celebró en marzo de 1996 en París y en ella se aprobaron los objetivos y actividades a llevar a cabo para la obtención de la Certificación de Erradicación en el año 2.000 ⁽³⁾.

Entre las actividades propuestas por la O.M.S., para la obtención del certificado de erradicación de polio, figura la implantación de un sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, que

Figura 1. Sistema de Vigilancia de PFA. Distribución temporal de los casos. Año 1998



demuestre la capacidad de detectar o descartar de forma rápida y con unos criterios de calidad adecuados, la posible existencia de un caso de poliomielitis.

En España, este sistema de vigilancia de PFA se inició en noviembre de 1997 (4-5). Durante todo el año 1998 se han notificado 47 casos sospechosos de PFA. Su distribución por Comunidad Autónoma se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Sistema de Vigilancia de PFA. Distribución de los casos notificados por Comunidad Autónoma de residencia

Comunidad Autónoma	N.º casos	%
1. Andalucía	3	6,4%
2. Aragón	1	2,1%
3. Asturias	1	2,1%
5. Canarias	6	12,8%
7. Castilla la Mancha	4	8,5%
8. Castilla y León	2	4,3%
9. Cataluña	4	8,5%
10. C. Valenciana	9	19,1%
12. Galicia	3	6,4%
13. Madrid	3	6,4%
14. Murcia	2	4,3%
15. Navarra	2	4,3%
16. País Vasco	6	12,8%
18. Ceuta	1	2,1%
Total	47	100,0%

La edad media de los casos ha sido de 6,6 años con una desviación de $\pm 3,9$. El 81% de los casos se ha presentado en niños ≤ 10 años y el 51% de los casos en niños ≤ 6 años (tabla 2). En 66 % de los casos se presenta en varones.

La distribución temporal de los casos notificados se observa en la gráfica 1.

Una información muy relevante a obtener de los casos notificados de PFA es la que hace referencia a las características de presentación de la parálisis, entre las que se destacan:

Tabla 2. Sistema de Vigilancia de PFA. Distribución por edad de los casos notificados

Edad	N.º casos	%	% acumulado
1	2	4,3%	6,8%
2	6	12,8%	14,0%
3	7	14,9%	31,8%
4	3	6,4%	38,3%
5	3	6,4%	45,7%
6	3	6,4%	51,1%
7	3	6,4%	57,4%
8	5	10,6%	68,1%
9	1	2,1%	70,2%
10	5	10,6%	80,9%
11	3	6,4%	87,2%
12	2	4,3%	91,5%
13	1	2,1%	93,6%
14	2	4,3%	97,0%
15	1	2,1%	100,0%
Total	47	100,0%	

* Presentación rápida de la parálisis. Un signo compatible con el diagnóstico de polio es la presentación de la parálisis en un período de tiempo ≤ 4 días. En los casos de PFA notificados, los días transcurridos desde los síntomas al inicio de la parálisis hasta la presentación de la misma ofrece un amplio rango, siendo la media de 3,5 días con una desviación de $\pm 4,2$. En la gráfica 2 se puede observar la forma de progresión de la parálisis en los casos notificados de PFA. Hay que destacar el alto porcentaje de casos (25,5 %, 12 casos) en los que no consta esta información.

* Asimetría de la parálisis. Es otro de los signos compatibles con el diagnóstico de polio. En los 47 casos notificados solamente presenta asimetría uno de ellos, en el que está afectada la extremidad superior derecha.

* Lugar de presentación de la parálisis. En un 93,6 % se presenta en extremidades, siendo las inferiores las más afectadas:

- * Bulbar 1 (2,1 %)
- * Extremidades 44 (93,6 %)
- Hemiparesia dcha: 1
- Monoparesia E.S.D.: 1
- Extremidades inf: 27
- Las cuatro ext.: 15
- * Mixta 1 (2,1 %)

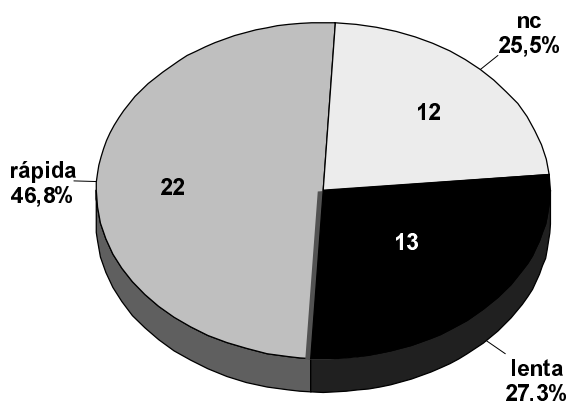
En uno de los casos no consta esta información.

* Persistencia de parálisis a los 60 días de su inicio. Otro de los signos compatible con el diagnóstico de polio. En los 47 casos notificados sólo en un caso persiste parálisis.

El diagnóstico definitivo de los 41 casos que han realizado revisión a los 60 días de su inicio ha sido de Síndrome de Guillain-Barre en un 85,3 %, 35 casos (tabla 3). Otros diagnósticos complementarios que figuran en la encuesta son 1 caso de radiculoneuritis post-varicela, un caso de encefalitis post-varicela, dos casos de arreflexia generalizada y un caso de probable infección por mycoplasma pneumoniae.

Hasta el momento actual existen resultados de laboratorio de las muestras de heces en 42 de los casos notificados. De ellos, 39 (93 %) han sido negativos y en 3

Figura 2. Sistema de Vigilancia de PFA. Progresión de la parálisis



casos (7 %) se ha aislado enterovirus, dos son Echovirus 3 y otro es un Echovirus 7.

En el sistema de vigilancia de PFA se aconseja la obtención, en cada uno de los casos sospechosos notificados, de 5 contactos. En los 47 casos notificados se ha recogido un total de 160 contactos, no ha sido posible recogerlos en 7 de los casos. Los resultados de las muestras de heces se conocen en 154 de ellos (tabla 4).

Los poliovirus aislados son un poliovirus Sabin tipo 1 y otro tipo 3, aislados de dos contactos que habían sido vacunados en un tiempo menor de 30 días.

Tres de los 4 contactos en los que se ha aislado echovirus 3 lo son del mismo caso, en el cual también se ha aislado echovirus 3 en las dos muestras de heces.

Dos contactos en los que se ha aislado echovirus 7 son del mismo caso y en él también se ha aislado el mismo tipo de enterovirus.

Uno de los cosxackie B1 y los 3 cosxackie B2 aislados son contactos del mismo caso.

INDICADORES DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE PFA

Los dos principales indicadores que la O.M.S. utiliza para evaluar la calidad del Sistema de Vigilancia de PFA son:

- * La tasa de PFA en < de 15 años, que ha de ser al menos de 1/100.000, y
- * El porcentaje de muestras adecuadas obtenido (dos muestras de heces recogidas en ± 14 días y separadas entre sí 24-48 horas), que ha de ser ≤ 80 %.

1. TASA DE PFA EN < 15 AÑOS:

En el mapa 1 puede observarse la tasa de PFA por Comunidad Autónoma en función de los casos notificados durante el año 1998.

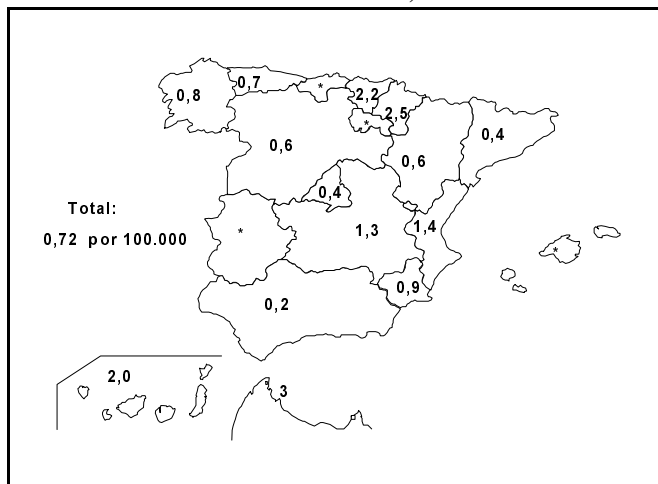
Tabla 3. Sistema de Vigilancia de PFA. Diagnóstico definitivo de los casos

Diagnóstico definitivo	N.º casos	%
S, Guillain-Barre	35	85,3%
Mielitis Transversa	2	4,8%
Tumor Medular	1	2,4%
Otros diagnósticos	3	7,5%
Total	41	100,0%

Tabla 4. Sistema de Vigilancia de PFA. Resultados de laboratorio de los contactos

Resultado	N.º casos
Negativo	130
Poliovirus	2
Echovirus 3	4
Echovirus 7	4
Cosxackie B1	2
Cosxackie B2	3
Cosxackie B4	2
Enterovirus	4
Adenovirus	3
Total	154

Mapa 1. Sistema de Vigilancia de PFA. Tasa de PFA en menores de 15 años, 1998



La tasa alcanzada a nivel nacional es de 0,72 por 100.000, ligeramente inferior a la tasa mínima requerida de 1/100.000.

Las Comunidades de Andalucía, Castilla y León, Cataluña y Madrid han notificado hasta el momento un número bajo de casos sospechosos de PFA, inferior al esperado para poder alcanzar una tasa de 1/100.000 e incluso menor que el detectado en la búsqueda retrospectiva del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), correspondiente al año 1996 y cuyos resultados se presentan en la tabla 5.

2. PORCENTAJE DE MUESTRAS ADECUADAS (Objetivo ≥ 80 %):

Se ha obtenido dos muestras de heces en un período ≤ 14 días y separadas entre sí 24-48 horas en 25 casos (53,2 %).

Este indicador engloba el cumplimiento de tres criterios de calidad: que la primera y segunda muestra de

Tabla 5. Casos y tasa detectados en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). 1996

Comunidad Autónoma	N.º casos	%
ANDALUCÍA	9	0,6
ARAGÓN	2	1,2
ASTURIAS	3	2,1
BALEARES	1	0,8
CANARIAS	0	0,0
CANTABRIA	1	1,3
CASTILLA LA MANCHA	2	0,7
CASTILLA Y LEÓN	6	1,7
CATALUÑA	12	1,3
C. VALENCIANA	8	1,2
EXTREMADURA	1	0,5
GALICIA	3	0,8
MADRID	4	0,5
MURCIA	5	2,3
NAVARRA	0	0,0
PAÍS VASCO	0	0,0
RIOJA	1	2,6
CEUTA-MELILLA	1	3,1
Total	59	0,9
	6 (N.R.)	
	65	1,0

N.R.: No consta la residencia

heces estén recogidas en un período ≤ 14 días y que ambas muestras estén separadas entre sí 24-48 horas.

La primera muestra de heces ha sido recogida en un total de 43 casos de los 47 notificados y en 36 casos en un período ≤ 14 días, lo que da un indicador del 77%.

Por lo que se refiere a la segunda muestra de heces se ha recogido en 36 de los 47 casos notificados y en 30 de ellos se ha recogido en ≤ 14 días, lo que da un indicador del 64 %.

El principal problema es pues el retraso en la recogida de la segunda muestra de heces y la dificultad, en ocasiones, de llegar a conseguirla.

3. OTROS INDICADORES DE CALIDAD:

a. *El tiempo transcurrido desde el envío de las muestras de heces al laboratorio hasta su recepción ha de ser ≤ 3 días, al menos en el 80% de los casos.*

Esta información está disponible en 40 de los casos notificados y el plazo se cumple en un 81.4 % para la primera muestra de heces y en un 92 % para la segunda.

b. *El tiempo que transcurre desde que se reciben las muestras de heces en el laboratorio hasta que se emiten sus resultados, será ≤ 28 días, al menos en el 80% de los casos.*

Los resultados de la primera muestra de heces se conocen para un total de 38 muestras y en un 86,6 % de los casos (33), los resultados se han obtenido antes de los 28 días.

Los resultados de la segunda muestra de heces, se conocen para un total de 33 muestras y en un 84,8 % de los casos (28) los resultados se han obtenido antes de los 28 días.

c. *El porcentaje de muestras en las que enterovirus no-polio han sido aislados ha de ser ≤ 10 %.*

En 3 de los 42 casos de los que se tienen resultados de laboratorio se ha aislado enterovirus, lo que supone un porcentaje del 7,1%.

En 19 de los 154 contactos de los que se tienen resultados de laboratorio se ha aislado enterovirus, lo que supone un porcentaje del 12,3%.

En total se han analizado 196 muestras de heces con 22 aislamientos de enterovirus no-polio, lo que supone globalmente un 11,2 %.

Tabla 6. Sistema de Vigilancia de PFA. Notificación mensual de casos/cero-casos y su precisión

Meses	Precisión en la notificación (%)	Notificación completa (%)
Enero	94	94
Febrero	83	88
Marzo	78	89
Abril	78	89
Mayo	78	100
Junio	63	94
Julio	68	100
Agosto	63	94
Septiembre	58	100
Octubre	74	100
Noviembre	74	94
Diciembre	47	100

d. *La precisión temporal de la notificación mensual ha de ser ≤ 80 %.*

$$\% \text{ Precisión} = \frac{\text{n}^\circ \text{ notificaciones mensuales 'a tiempo'}}{\text{n}^\circ \text{ notificaciones mensuales esperadas}} \times 100$$

Este indicador calcula el porcentaje de notificación mensual (casos y cero-casos) que llegan 'a tiempo'. Se considera que llegan 'a tiempo' aquellas que se producen antes que se reclame su notificación desde el Centro Nacional de Epidemiología a la Comunidad Autónoma correspondiente. Los resultados de este indicador para cada uno de los meses se presenta en la tabla 6.

e. *La notificación mensual completa ha de ser ≤ 90 %.*

$$\% \text{ Notificación} = \frac{\text{n}^\circ \text{ notificaciones mensuales recibidas}}{\text{n}^\circ \text{ notificaciones mensuales esperadas}} \times 100$$

Este indicador muestra el porcentaje de notificaciones (casos y cero-casos) que se reciben mensualmente sobre el total de unidades que notifican, independientemente del tiempo que se haya demorado su envío. Sus resultados se presentan en la tabla 6.

De la descripción de los casos sospechosos de PFA notificados durante el año 1998 y de los indicadores de calidad del sistema de vigilancia de PFA, se puede concluir con una valoración positiva del mismo durante este primer año de su puesta en marcha. Un refuerzo en el sistema de vigilancia hará sin duda aumentar el número de casos sospechosos detectados. Se debe potenciar la devolución de la información acerca de los casos notificados y sus características para mejorar la sensibilización de todo el personal implicado en dicho sistema, tanto hospitalario como extra-hospitalario.

La mejora de algunos de los indicadores de calidad del sistema que no han alcanzado su valor óptimo durante este año, se puede conseguir tras un pormenorizado seguimiento de cada uno de los casos detectados.

En el plan de actividades necesarias para la consecución del certificado de erradicación de la poliomielitis en España, se propuso como una de las actividades el realizar revisiones semestrales del CMBD con el fin de poder estimar si el sistema de vigilancia activa está perdiendo casos. Hasta enero de 1999 sólo 10 Comunidades Autónomas han realizado esta revisión para los seis primeros meses del año 1998 y se han detectado 5 casos de forma retrospectiva.

La tasa de PFA anual incluyendo estos cinco casos alcanzaría el 0.8 por 100.000, que se acerca sensiblemente al objetivo de 1 por 100.000, tasa mínima estimada por la O.M.S.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Polio eradication. So near, yet so far. Polio News; October 1998. O.M.S.
2. Performance of Acute Flaccid Paralysis (AFP) surveillance and incidence of polio- myelitis, 1997-1998. W.E.R. No.3. 1999, 74: 17-24.
3. EUR/ICP/CMDS 03 01 13. Poliomyelitis Eradication. Report on the First Meeting of the European Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication. Paris, France. 1996.
4. Plan de actuaciones necesarias para la consecución del certificado de erradicación de la poliomielitis en España. Informe técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo. 1997. Madrid.
5. Plan de actuaciones necesarias para la consecución del certificado de erradicación de la poliomielitis en España. Bol.Epidemiol.Semanal. 1997, vol 5, n° 13.

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 5 DE SEPTIEMBRE DE 1998

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 35		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 1993-1997		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		1998	1997	1998	1997	Sem.35	Acum. casos	Sem.35	Acum. C.
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0	0	11	4				
Cólera	001	0	0	0	0				
Disentería	004	5	5	88	76	5	76	1,00	1,16
F. tifoidea y paratifoidea	002	6	3	176	221	16	405	0,38	0,43
Triquinosis	124	0	0	6	11				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	15	15	778	1.789	12	817	1,25	0,95
Gripe	487	5.535	5.879	1.990.938	1.991.153	9.979	1.991.153	0,54	1,00
Legionelosis	482.8	1	0	166	117				
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	1	1	33	55				
Tuberculosis respiratoria	011	124	146	5.839	6.580	146	6.580	0,85	0,89
Varicela	052	480	1.024	171.221	208.995	1.026	218.002	0,47	0,79
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0,098.1	30	29	1.789	1.701	80	3.189	0,38	0,56
Sífilis	091	9	13	573	544	18	762	0,50	0,75
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	40	57	2.187	6.148	111	6.148	0,36	0,36
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubeola	056	5	13	775	3.601	59	5.296	0,08	0,15
Sarampión	055	2	12	368	1.670	44	5.895	0,05	0,06
Tétanos	037	0	1	26	25				
Tos Ferina	033	7	19	225	927	78	2.823	0,09	0,08
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0,070.1	27	27	1.622	1.126				
Hepatitis B	070.2,070.3	16	11	846	797				
Otras hepatitis víricas	070	31	25	1.730	2.245				
Zoonosis									
Brucelosis	023	26	33	1.177	1.688	36	2.051	0,72	0,57
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	4	11	190	179				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Lepra	030	0	0	5	13				
Rubéola congénita	771.0	0	0	0	1				
Sífilis congénita	090	0	0	3	4				
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:

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

F. tifoidea y paratifoidea (0,38). Gripe (0,54). Varicela (0,47). Infección gonocócica (0,38). Sífilis (0,50). Parotiditis (0,36). Rubéola (0,08). Sarampión (0,05). Tos Ferina (0,09). Brucelosis (0,72).

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal.

Hay que destacar 6 caso(s) de paludismo importado(s).

(1) Índice epidémico para una enfermedad dada es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata de I.E. acumulado) y los casos que se esperan o 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 DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 26 QUE TERMINÓ EL 5 DE SEPTIEMBRE DE 1998

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 35		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 35	
	1998	1997	1998	1997
Adenovirus	3	5	284	218
Adenovirus 40/41	0	0	8	5
Agente Delta	0	0	2	1
Astrovirus	1	0	22	0
Citomegalovirus	9	3	185	112
Coxsackie	0	0	1	0
Coxsackie B	0	0	2	1
Coxsackie B 1	0	0	1	0
ECHO	0	0	6	61
Enterovirus	4	1	146	163
Epstein-Barr	30	10	658	497
Gripe A	1	0	533	77
Gripe B	0	0	12	123
Gripe sp	0	0	2	2
Hepatitis A	12	0	169	106
Hepatitis B	2	1	46	57
Hepatitis C	11	16	786	401
Herpes simple	0	0	56	15
Herpes simple tipo 1	0	2	26	36
Herpes simple tipo 2	1	0	17	19
Papilomavirus	0	0	66	51
Parainfluenza	0	1	11	20
Parainfluenza 1	0	0	4	1
Parainfluenza 2	0	0	5	12
Parainfluenza 3	1	0	22	19
Paroditis	0	0	1	5
Parvovirus B 19	3	2	104	7
Reovirus	1	0	2	0
Respiratorio Sincitial	0	0	1.285	903
Rinovirus	1	0	3	3
Rotavirus	18	7	1.481	1.543
Rubéola	0	0	17	109
Sarampión	0	0	1	1
Varicela Zoster	0	2	27	29
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	16	14	41	40

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 35		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 35	
	1998	1997	1998	1997
Cutáneas y Subcutáneas	7	5	365	291
-Aspergillus fumigatus	0	0	1	1
-Aspergillus niger	0	0	0	1
-Candida albicans	2	2	49	47
-Candida glabrata	1	0	4	4
-Candida guilliermondii	0	0	7	8
-Candida parapsilosis	3	0	69	37
-Candida sp	0	0	5	5
-Cryptococcus laurentii	0	0	1	3
-Epidermophyton floccosum	0	0	5	6
-Malassezia furfur	1	3	20	20
-Microsporium canis	0	0	48	28
-Microsporium gypseum	0	0	0	3
-Rhodotorula rubra	0	0	3	4
-Trichophit.mentagrophytes	0	0	42	26
-Trichophyton rubrum	0	0	54	48
.Múltiple	0	0	13	6
.Otras	0	0	44	44
Mucosas	5	5	110	118
-Aspergillus fumigatus	0	0	12	5
-Aspergillus glaucus	0	0	2	0
-Aspergillus niger	1	1	21	16
-Aspergillus sp.	0	0	6	8
-Candida albicans	1	1	11	13
-Candida glabrata	1	0	2	0
-Candida guilliermondii	1	0	2	1
-Candida parapsilosis	1	1	22	21
-Candida sp	0	0	0	2
.Múltiple	0	0	7	4
.Otras	0	2	25	48
Sistémicas	1	3	121	137
-Aspergillus fumigatus	0	0	3	10
-Aspergillus niger	0	0	2	0
-Aspergillus sp	0	0	1	0
-Candida albicans	0	1	50	51
-Candida glabrata	0	0	3	4
-Candida guilliermondii	0	0	0	2
-Candida parapsilosis	0	1	11	11
-Candida sp.	0	0	8	2
-Cryptococcus laurentii	0	0	0	1
-Cryptococcus neoformans	0	0	15	9
-Cryptococcus sp.	0	0	1	0
-M.circinelloides	0	0	1	1
-P.variotii	0	0	0	1
-Pneumocystis carinii	1	1	19	33
-Scedosporium sp.	0	0	1	0
.Múltiple	0	0	1	3
.Otras	0	0	5	9
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	4	3	23	20

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 35		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 35	
	1998	1997	1998	1997
Anisakis	0	0	1	2
Ascaris lumbricoides	0	0	6	14
Blastocystis hominis	1	2	93	75
Cryptosporidium sp	0	6	50	59
Echinococcus granulosus	0	0	10	15
Entamoeba coli	0	1	14	18
Entamoeba histolytica	0	0	7	8
Entamoeba sp	0	0	5	0
Enterobius vermicularis	2	2	187	183
Fasciola hepática	0	0	1	0
Giardia lamblia	9	6	295	340
Heterophyes heterophyes	0	0	1	0
Leishmania donovani	0	0	0	2
Leishmania sp	1	0	9	13
Plasmodium falciparum	3	4	39	25
Plasmodium malariae	0	0	1	1
Plasmodium ovale	0	0	0	2
Plasmodium sp	3	0	5	7
Plasmodium vivax	1	0	15	20
Schistosoma haematobium	0	0	1	1
Schistosoma mansoni	0	0	0	5
Taenia saginata	0	1	13	11
Taenia sp.	1	1	16	15
Toxoplasma gondii	3	2	51	33
Trichomonas vaginalis	1	1	163	179
Trichuris trichiura	0	1	9	4
Otros	0	1	37	74
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	11	13	35	34

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.