



SEMANA 40

1998/Vol. 6/nº 25/241-248

Del 4 al 10 de octubre de 1998 (Impreso el 25 de febrero de 1999)

ISSN: 1135-6286

SUMARIO

1. Enter-Net: Red europea de vigilancia de enfermedades entérica, *Salmonella* y *Echerichia coli* O157.
2. Casos de difteria en Dinamarca.
3. Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
4. Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica.

1. ENTER-NET: RED EUROPEA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES ENTÉRICAS, *SALMONELLA* Y *ESCHERICHIA COLI* O157

P. Soler Crespo*, R. Cano Portero*, G. Hernández Pezzi*, S. de Mateo Ontañón*, M.A. Usera Gonzalez**.

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

** Laboratorio Nacional de Referencia de *Salmonella*. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III.

INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de los años 80 se ha observado un importante incremento de los brotes alimentarios por *Salmonella* spp, tanto en nuestro país como en otros de nuestro entorno. A lo anterior hay que añadir el crecimiento del comercio internacional y del tráfico de mercancías, así como el aumento de los desplazamientos de personas entre distintos países.

A los alimentos considerados tradicionalmente como posibles vehículos de infección como la carne, huevos y marisco cocinados de forma insuficiente, se añaden ahora otros que llegan al consumidor después de largos procesos de producción, durante los que pueden contaminarse.

Los cambios experimentados en la producción y distribución de los alimentos son la causa de que los brotes adopten nuevas formas de presentación en la comunidad. Debido a la baja contaminación que presentan los alimentos y a su extensa distribución comercial, cada vez son más los brotes que afectan a amplias zonas geográficas y aparecen, en su mayor parte, como casos esporádicos de enfermedad distribuidos en distintas regiones o países. Estos brotes sólo se detectan si, de forma fortuita, se produce una concentración de casos, o si

el agente o serotipo causal es raro o si existe un laboratorio que realice el tipado de cepas provenientes de amplias zonas geográficas, lo que permite detectar el aumento en un serotipo determinado. De esta forma, el conocimiento del serotipo o fagotipo que, en general, tiene poca relevancia en el tratamiento del paciente, es de una gran importancia en salud pública.

En la literatura existen algunos ejemplos de brotes que han afectado a más de un país. Entre ellos está el brote por *S. napoli* en Italia y UK debido al consumo de tabletas de chocolate italiano (1); el de *S. enteritidis* PT4 por consumo de gelatina en vuelos intercontinentales de una gran compañía (2); el debido al consumo de barras de salami producidas en Baviera, contaminadas por *S. typhimurium* y distribuidas por toda la UE (3).

Todas estas circunstancias, que hacen necesaria la colaboración internacional para la vigilancia epidemiológica de la salmonelosis humana, condujeron a la acción concertada "Salm-Net" en el año 1994. Esta acción fue, en parte, financiada por fondos del programa BIOMED 1 de la Dirección General XII de la Comisión Europea. Sus objetivos son la detección y prevención de brotes de salmonelosis humana en el marco de la Unión Europea (UE).

La colaboración iniciada con Salm-Net ha continuado con el nombre de Enter-Net mediante una nueva acción concertada desde 1997. La aportación de Salm-Net/Enter-Net a la vigilancia de la salmonelosis humana ha quedado demostrada y la ampliación a la vigilancia de la resistencia antimicrobiana en salmonelas y a la vigilancia de *Escherichia coli* O157 u otras futuras acciones representa un gran reto para el futuro.

ENTER-NET: ¿QUÉ ES Y CÓMO FUNCIONA?

El Laboratorio de Salud Pública de Inglaterra y Gales es el responsable de la coordinación de la acción concertada. En ella participan los responsables de los laboratorios nacionales de referencia para enterobacterias y los epidemiólogos responsables de la vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos de 14 países de la Unión Europea. El principal objetivo del proyecto es detectar brotes. Para ello se acordó utilizar un esquema único de fagotipia de *S. enteritidis*, *S. typhimurium*, *S. virchow* y *S. hadar* para la UE. La información sobre los serotipos y fagotipos identificados en los laboratorios se envía mensualmente al centro coordinador, dónde se ha creado una base de datos común, accesible a todos los participantes.

Mediante los modelos matemáticos adecuados se han establecido umbrales de alerta para los distintos serotipos y fagotipos, que permiten la detección de aumentos inusuales de una cepa determinada en uno o varios países. Si esto sucediera, se comunicaría como alerta, a través de la red, a todos los participantes, para que realizaran la investigación correspondiente en sus territorios. Además se producen análisis cuatrimestrales de la tendencia y del patrón de presentación de los principales serotipos y fagotipos.

Este sistema ha permitido identificar brotes transmitidos por alimentos que habían sido distribuidos en varios países, así como brotes locales. También facilita el análisis de la situación, tendencia y evolución de los serotipos y fagotipos de *Salmonella* spp más frecuentemente aislados en los países participantes.

Enter-Net contempla la ampliación de la vigilancia iniciada en Salm-Net en dos nuevos aspectos. El primero es la vigilancia internacional de cepas de *Salmonella*

spp. multirresistente y el segundo la vigilancia de los casos de enfermedad por *Escherichia coli* verotoxigénico que permitan conocer su distribución geográfica y factores de riesgo.

En nuestro país dos centros del Instituto de Salud Carlos III participan en Enter-Net. El Laboratorio de Referencia de Enterobacterias del Centro Nacional de Microbiología realiza el serotipado y fagotipado de las cepas de *Salmonella* y el Centro Nacional de Epidemiología presta apoyo epidemiológico y de coordinación con las comunidades autónomas en caso de que se produzca un alerta que requiera investigación.

ALGUNOS RESULTADOS RELEVANTES

A) En el ámbito internacional

El valor de la colaboración internacional se ha demostrado por el éxito obtenido en la detección y control de distintos brotes causados por alimentos contaminados con *Salmonella*, que fueron distribuidos en distintos países (4-10).

En la tabla 1 se recogen los brotes que afectaron a varios países y en los que la investigación condujo a la identificación de un alimento como vehículo de la infección.

Desde el comienzo del proyecto se han recibido en España 71 alertas, 27 de las cuales se refirieron a casos y/o brotes que afectaron a turistas mientras visitaron nuestro país y que fueron diagnosticados a su regreso al país de origen.

B) En el ámbito nacional

La participación en Enter-Net ha favorecido la colaboración entre el Laboratorio Nacional de Referencia de Enterobacterias y el Centro Nacional de Epidemiología y se ha reforzado la vigilancia a nivel nacional de salmonelosis. La explotación de la base de datos de dicho laboratorio, con registros desde 1988, ha permitido estudiar la frecuencia y tendencias de los serotipos más frecuentes de *Salmonella* spp a nivel nacional (tabla 2).

El serotipo que se aísla con mayor frecuencia en 1997 sigue siendo, en primer lugar, *S. enteritidis* (42,6%) cuya tendencia se ha mantenido constante a lo largo de los últi-

Tabla 1. Brotes de salmonelosis en los que se identificó un alimento distribuido en distintos países como vehículo de la infección

Año	Agente	Nº de casos	Alimento	Países con casos
1995	<i>S. agona</i>	>2000	Bocadillo kosher*	Canadá, Inglaterra y Gales, Israel y EEUU.
1995	<i>S. dublin</i>	>30	Queso	Francia, Suiza
1995	<i>S. tosamanga</i>	28	Desconocido	Eire, Inglaterra y Gales, Alemania, Francia, Suecia, Suiza
1995	<i>Shigella sonnei</i>	>100	Lechuga iceberg	Inglaterra y Gales, Alemania, Noruega, Escocia, Suecia
1996	<i>S. stanley</i>	>100	Alfalfa	Finlandia, EEUU
1997	<i>S. anatum</i>	19	Leche infantil	Inglaterra y Gales, Francia, Escocia
1997	<i>E. coli</i> O157	12	Leche infantil	Dinamarca, Inglaterra y Gales, Finlandia, Suecia
1998	<i>Shigella sonnei</i>	39	Maíz	Dinamarca

* Alimento consumido por población de origen judío.

Tabla 2. Principales serotipos identificados en el Laboratorio Nacional de Referencia. Aislamientos correspondientes a 1997 y mediana del quinquenio anterior

Serotipo	N.º cepas	Mediana	N.º orden	
	1997	(1992-1996)	1997	Mediana
<i>S. enteritidis</i>	1.938	1.707	1	1
<i>S. typhimurium</i>	1.552	843	2	2
<i>S. hadar</i>	271	130	3	4
<i>S. brandenburg</i>	82	34	4	6
<i>S. virchow</i>	65	204	5	3
<i>S. muenchen</i>	43	19	6	8
<i>S. newport</i>	37	15	7	10
<i>S. heidelberg</i>	36	19	8	9
<i>S. ohio</i>	35	29	9	7
<i>S. infantis</i>	29	37	10	5
Resto*	457	297		
Total	4.545	3.334		

* 75 serotipos diferentes

mos 10 años, y en segundo lugar continúa *S. typhimurium* (34,2%) con tendencia claramente ascendente ($y=0,9701x + 17,75$, $R^2=0,5967$). *S. virchow* (1,5%) ha sido desplazada del tercer lugar en los últimos 3 años por *S. hadar* (6%).

El serotipado de las cepas recibidas en el laboratorio de referencia ha permitido detectar agrupaciones de casos que afectaron a más de una comunidad autónoma (CCAA):

- Brote por *S. virchow* fermentadora de lactosa: En mayo de 1994, se detectó un brote de *S. virchow* fermentadora de lactosa que afectó a un total de 53 casos, todos ellos lactantes, distribuidos en varias CCAA y se asoció al consumo de una leche maternizada de continuación (11).
- Brote por *S. grumpensis*: En 1995 el Laboratorio Nacional de Referencia de Enterobacterias detectó un incremento en los aislamientos de *S. grumpensis*, serotipo del que sólo se había detectado un caso desde 1988. Durante 1995 se notificaron un total de 59 casos. Algunos de estos casos se asociaron a brotes en los que se implicó el pollo como alimento causante. Se aisló *S. grumpensis* en muestras de pollo sin relación con otros brotes. En las investigaciones realizadas se implicó al pollo como probable vehículo de infección de este brote pero no se llegó a disponer de la suficiente información para verificar esta hipótesis.
- Brote por *Salmonella oraniemburg*: Se detectó un brote causado por *S. oraniemburg*, que afectó a niños, con antecedentes de enfermedad de base, en el que se implicó un tipo de leche maternizada de continuación.
- Brote por *Salmonella ohio*: Durante 1998 se notifican un total de 76 casos, en diferentes CCAA, correspondiendo el 43,5% de los casos en los que se disponía de ese dato. Las investigaciones realizadas orientan a la leche maternizada como probable vehículo de infección de este brote pero esta hipótesis no se pudo confirmar.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

El estudio de la sensibilidad de las cepas de *Salmonella* spp permitirá detectar la aparición de cepas resistentes y su evolución. Para poder recoger datos comparables es todavía necesario acordar las técnicas que se van a utilizar, así como comprobar la equivalencia entre los resultados obtenidos con diferentes técnicas.

Para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica de las infecciones por *Escherichia coli* verotoxigénica (ECVT) se debería llegar a un acuerdo en las técnicas de subtipaje apropiadas a utilizar por los laboratorios de referencia así como desarrollar una base de datos con variables microbiológicas y epidemiológicas acordadas entre todos los países participantes.

Paso previo a la vigilancia de este microorganismo, fue conocer la situación actual de su diagnóstico en los laboratorios de microbiología en nuestro país. Para ello se realizó una encuesta sobre las técnicas diagnósticas empleadas y frecuencia y circunstancias de su utilización. A pesar del bajo porcentaje de laboratorios que utilizan técnicas de diagnóstico rutinario de ECVT, cuando se tiene en cuenta la disponibilidad de esta técnica ante la sospecha clínica de enfermedad, el 56,33% de los laboratorios podría llegar a establecer el diagnóstico. Esto, junto al elevado porcentaje de laboratorios (75,8%) que ven factible la introducción de esta técnica como método diagnóstico de cribado, nos hace pensar en la posible mejora en la detección y diagnóstico de los cuadros producidos por estos microorganismos en nuestro país a partir del Sistema de Información Microbiológica (12).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gill ON, Bartlett CLR, Sockett PN, Vaile MSB, Rowe B, Gilbert RJ, et al. Outbreak of *Salmonella* napoli infection caused by contaminated chocolate bars. *Lancet* 1983;336:574-77.
2. Burslem CD, Kelly MJ, Preston FS. Food poisoning - a major threat to airline operations. *J Soc Occup Med* 1990;40:97-100.
3. Cowden JM, O'Mahony M, Bartlett CLR, Rana B, Smyth B, Lynch D, et al. A national outbreak of *Salmonella typhimurium* DT 124 caused by contaminated salami sticks. *Epidemiol Inf* 1989;103:219-225.
4. Killalea D, Ward LR, Roberts D, Louvois Jde, Sufi F, Stuart JM et al. International epidemiological and microbiological study of outbreak of *Salmonella agona* infection from a ready to eat savoury snack, England and Wales and the United States. *BMJ* 1996;313:1105-07.
5. Vaillant V, Haeghebaert S, Desenclos JC, Bouvet P, Grimont F, Grimont P et al. Outbreak of *Salmonella dublin* infection in France, November-December 1995. *Eurosurveillance* 1996;1:9-10.
6. Hastings L, Burnens AP, de Jong B, Ward LR, Fisher IST, Stuart J et al. Salm-Net facilitates collaborative investigation of an outbreak of *Salmonella tosamanga* infection in Europe. *Communicable Disease Report* 1996;6: R100-102.
7. Frost JA, McEvoy MB, Bentley CA, Andersson Y, Rowe B. An outbreak of *Shigella sonnei* infection associated with consumption of Iceberg lettuce. *Emerging Infectious Diseases* 1995; 1: 26-29.
8. Mahon BE, Ponka A, Hall W, Komatsu K, Beuchet L, Shiflett S et al. An international outbreak of *Salmonella* infections caused by alfalfa sprouts grown from contaminated seed. Abstracts of the Annual meeting of the Epidemic Intelligence Service Conference, Atlanta, 1996, p 37.
9. Preliminary report of an outbreak of *Salmonella anatum* infection linked to infant formula milk. *Eurosurveillance* 1997;2:22-24.
10. European collaboration identifies an outbreak of *Escherichia coli* O157 infection in visitors to Fuerteventura, Canary Islands. *Communicable Disease Report* 1997;7:127.
11. Brote por *Salmonella* ser. *Virchow* fermentadora de lactosa. *Bol Epidemiol Semanal* 1994;12:209-212.
12. Soler P, Cano R, Usera MA, Mateo S. Especificidad de los sistemas de vigilancia de la Salud Pública: diagnóstico de *Escherichia coli* verotoxigénico en España. *Bol Epidemiol Semanal* 1998;4:37-48.

2. CASOS DE DIFTERIA EN DINAMARCA

La O.M.S., a través de su oficina regional para Europa ⁽¹⁻³⁾, informa acerca de dos casos de difteria detectados en Dinamarca en diciembre de 1998 en miembros de una misma familia: una mujer de 23 años que murió y su hermano de 18 años. Ambos vivían en Copenhague y no tenían antecedentes de viajes previos. La mujer había presentado dos semanas antes dolor de garganta y fue tratada con antibióticos después de detectarse un estreptococo A β hemolítico. Fue admitida en el hospital el 6 de diciembre y falleció al día siguiente por fracaso generalizado, incluyendo fracaso cardíaco debido a miocarditis. El 7 de diciembre se tomó una muestra de suero detectándose un alto nivel de antitoxina diftérica. Según refirió la madre, nunca había recibido vacunación frente a difteria ya que a los 3 meses de edad presentaba daño cerebral como consecuencia de una meningitis. El hermano de la mujer fue admitido en el hospital el 23 de diciembre con antecedentes de dolor de garganta los 3 días anteriores y un cuadro de edema severo de cuello, amigdalitis necrotizante y membrana grisácea en faringe y laringe. Se pensó tanto en difteria como en faringitis necrotizante debida estreptococo hemolítico, por lo que se le administró antitoxina diftérica y antibióticos. Su madre refiere que ha seguido el programa de vacunación infantil, que incluye 3 dosis de vacuna Di-Te-Pol, pero no disponía de documentación que lo acreditara.

El 28 y 29 de diciembre se tomaron las siguientes medidas: informar de los síntomas a los contactos familiares y a los contactos más próximos; ninguno de ellos tenía antecedentes de viajes al extranjero. A todos ellos se les tomó una muestra de exudado de garganta, se les administró antibióticos y fueron vacunados frente a difteria si no habían sido revacunados el año anterior. Así mismo, fueron informados todos los departamentos de microbiología y de enfermedades infecciosas del país, pero no se tomó ninguna medida general.

Es muy probable que la causa de la muerte de la hermana fuera la difteria, que cursó con un cuadro muy grave ya que nunca había sido vacunada. El hermano, aunque estaba parcialmente protegido por su vacunación infantil, presumiblemente sufrió una exposición masiva. Es llamativo que ningún contacto familiar o próximo haya viajado al extranjero recientemente. No se conoce cual fue la fuente de infección de la hermana ni tampoco como se introdujo la infección en Dinamarca. El tiempo transcurrido de 3 semanas entre los dos

cuadros clínicos es más largo que el período de incubación habitual pero podría ser debido a la protección parcial por la vacunación o porque la vía de transmisión fue a través de una tercera persona.

Hay que señalar que el último caso de difteria en Dinamarca ocurrió en 1985 en una niña de 8 años vacunada de forma incompleta y que murió. Nunca se supo como fue infectada la niña. En 1984 había ocurrido un importante brote en Suecia que se había iniciado en Gothenburg, con 17 casos de difteria clínica, 3 defunciones y en el que se detectaron 65 portadores en un total de 10.000 personas.

La vacunación de la difteria fue introducida en Dinamarca en los años 40 e incluida en el programa de vacunación infantil en 1950. En 1996 como consecuencia de los brotes de difteria ocurridos en la antigua Unión Soviética se implantaron en Dinamarca las siguientes medidas:

- * revacunación con DT a los niños de 5 años.
- * utilizar la vacuna combinada Td en el tratamiento de heridas.
- * revacunar con vacuna Td en los viajes al extranjero.

En los últimos años, un estudio realizado en población danesa muestra un nivel de inmunidad relativamente bajo, especialmente en mujeres de edad media. En otros países occidentales también se han detectado bajos niveles de anticuerpos en personas mayores, sin embargo esto no ha dado lugar a un aumento en el número de brotes registrándose solo casos aislados.

Estos dos casos de difteria ilustran la importancia de seguir las actuales recomendaciones de vacunación, así como la importancia de realizar un rápido diagnóstico y tratamiento de cualquier nuevo caso de infección.

La Organización Mundial de la Salud tiene editado un Manual para el tratamiento y control de la difteria ⁽⁴⁾.

BIBLIOGRAFÍA:

1. CD UPDATE. WHO Regional Office for Europe. 12 January 1999.
2. Diphtheria in Copenhagen. EPI-NEWS, No.1, 1999, Denmark.
3. Cases of diphtheria in Denmark. Eurosurveillance weekly. 20 January 1999.
4. The Expanded Programme on Immunization in the European Region of WHO. *Diphtheria: manual for the management and control of diphtheria in the European Union*. Copenhagen. WHO. 1994.

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 10 DE OCTUBRE DE 1998

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 40		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 1993-1997		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)		
		1998	1997	1998	1997	Sem.40	Acum. casos	Sem.40	Acum. C.	
Enfermedades de transmisión alimentaria										
Botulismo	005.1	0	0	11	4					
Cólera	001	0	0	0	0					
Disentería	004	3	10	116	115	5	115	0,60	1,01	
F. tifoidea y paratifoidea	002	7	10	203	264	13	470	0,54	0,43	
Triquinosis	124	0	0	6	11					
Enfermedades de transmisión respiratoria										
Enfermedad Meningocócica	036	17	18	832	1.873	14	863	1,21	0,96	
Gripe	487	25.924	16.867	2.069.811	2.045.771	42.136	2.045.771	0,62	1,01	
Legionelosis	482.8	19	2	226	136					
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	2	2	39	62					
Tuberculosis respiratoria	011	158	150	6.503	7.333	152	7.333	1,04	0,89	
Varicela	052	527	625	173.861	211.908	972	222.756	0,54	0,78	
Enfermedades de transmisión sexual										
Infección gonocócica	098.0,098.1	26	37	1.913	1.873	89	3.645	0,29	0,52	
Sífilis	091	4	10	630	591	16	838	0,25	0,75	
Enfermedades prevenibles por inmunización										
Difteria	032	0	0	0	0					
Parotiditis	072	47	36	2.342	6.360	87	6.360	0,54	0,37	
Poliomielitis	045	0	0	0	0					
Rubeola	056	8	10	805	3.671	46	5.519	0,17	0,15	
Sarampión	055	8	9	393	1.721	34	6.065	0,24	0,06	
Tétanos	037	0	0	32	32					
Tos Ferina	033	10	9	258	1.001	82	3.120	0,12	0,08	
Hepatitis víricas										
Hepatitis A	070.0,070.1	31	50	1.748	1.319					
Hepatitis B	070.2,070.3	19	25	925	889					
Otras hepatitis víricas	070	35	27	1.897	2.361					
Zoonosis										
Brucelosis	023	24	29	1.310	1.57	39	2.304	0,62	0,57	
Rabia	071	0	0	0	0					
Enfermedades importadas										
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0					
Paludismo	084	12	3	242	211					
Peste	020	0	0	0	0					
Tifus exantemático	080	0	0	0	0					
Enfermedades declaradas sistemas especiales										
Lepra	030	0	1	5	14					
Rubéola congénita	771.0	0	0	0	1					
Sífilis congénita	090	0	0	4	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:

Disentería (0,60). F. tifoidea y paratifoidea (0,54). Gripe (0,62). Varicela (0,54). Infección gonocócica (0,29). Sífilis (0,25). Parotiditis (0,54). Rubéola (0,17). Sarampión (0,24). Tos Ferina (0,12). Brucelosis (0,62).

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal.

Hay que destacar 12 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 40 QUE TERMINÓ EL 10 DE OCTUBRE DE 1998

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 40		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 40	
	1998	1997	1998	1997
Bacteriemias	53	63	2.300	2.018
-A.anitratus	0	1	15	20
-A.baumannii	2	0	40	15
-A.hydrophila	0	0	0	1
-A.sobria	0	0	1	1
-B.fragilis	0	0	9	20
-C.perfringens	1	0	5	5
-E.cloacae	2	1	60	29
-E.coli	9	20	467	430
-E.faecalis	2	4	87	85
-E.faecium	0	0	14	12
-H.influenzae	0	0	11	15
-H.influenzae b	0	0	5	2
-K.pneumoniae	0	0	53	46
-L.monocytogenes	0	0	7	10
-Listeria sp.	0	0	1	1
-P.aeruginosa	2	2	77	84
-P.mirabilis	1	0	41	33
-S.agalactiae	2	0	47	46
-S.aureus	7	13	370	325
-S.epidermidis	5	5	197	124
-S.marcescens	0	1	26	24
-S.pneumoniae	6	0	102	108
-S.pyogenes	0	1	19	11
-Staphylococcus coag-	2	7	217	171
-Y. enterocolitica	0	0	1	1
.Múltiple	4	2	101	97
.Otras	8	6	327	302
Brucelosis	2	2	90	97
-B.melitensis	0	1	39	49
-Brucella sp.	2	1	51	48
Carbunco	0	0	1	0
-B.anthraxis	0	0	1	0
E.T.S.: Gonococia	1	1	39	38
-N.gonorrhoeae	1	1	36	34
.Múltiple	0	0	3	4
E.T.S.: Sífilis	0	3	119	99
-T.pallidum	0	3	119	99
E.T.S.: otras	2	1	79	89
-C.trachomatis	2	1	79	89
Enfermedad de Lyme	0	0	3	1
-B.burgdorferi	0	0	3	1
F.tifoidea y paratifoidea	1	0	13	20
-S.paratyphi A	1	0	2	2
-S.paratyphi B	0	0	1	0
-S.typhi	0	0	10	18
Fiebre Q	2	4	175	143
-C.burnetii	2	4	175	143
Fiebre botonosa	1	3	32	39
-R.conorii	1	3	32	39
G.E.A.: Salmonelosis	155	144	5.431	3.859
-S.enteritidis	44	54	2.119	1.486
-S.hadar	1	1	20	13
-S.ohio	0	0	8	2
-S.typhimurium	19	21	743	631
-S.virchow	0	0	19	4
-Salmonella gr.B	13	21	352	290
-Salmonella gr.C	2	4	77	50
-Salmonella gr.C1	2	0	74	40
-Salmonella gr.C2	5	4	80	65
-Salmonella gr.D	10	5	416	336
-Salmonella gr.E	0	0	9	9
-Salmonella sp.	51	29	1.341	826
.Múltiple	5	3	112	75
.Otras	3	2	61	32
G.E.A.: Shigelosis	4	2	129	94
-S.boydii	0	0	11	3
-S.disenteriae	0	0	3	5
-S.flexneri	0	0	29	29
-S.sonnei	4	2	81	52
-Shigella sp.	0	0	3	4
.Múltiple	0	0	2	1
G.E.A.: Vibrio	0	0	9	7
-V.alginolyticus	0	0	1	0
-V.cholerae NAG	0	0	2	2
-V.fluvialis	0	0	3	0
-V.parahaemoliticus	0	0	3	4
.Múltiple	0	0	0	1
G.E.A.: otras bacterias	118	106	4.030	3.517
-A.caviae	13	8	195	158
-A.hydrophila	1	1	64	54
-A.sobria	3	0	32	29
-Aeromonas sp.	0	0	3	18
-C.coli	1	5	151	157
-C.difficile	0	0	20	23
-C.jejuni	74	58	2.509	2.022
-C.perfringens	0	0	1	0
-Campylobacter sp.	13	13	580	589
-E.coli	0	1	2	3

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 40		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 40	
	1998	1997	1998	1997
-E. coli EP	0	0	3	0
-E. coli 0157	0	0	5	4
-P. aeruginosa	0	0	1	1
-P. mirabilis	0	0	1	0
-S. aureus	0	0	20	2
-Y. enterocolitica	8	8	198	217
-Y. enterocolitica ser.03	3	3	94	57
.Múltiple	1	3	77	63
.Otras	1	6	74	120
Infecciones respiratorias	24	12	827	971
-A.anitratus	0	0	3	14
-A.baumannii	0	0	9	5
-B.catarrhalis	0	0	2	0
-C.pneumoniae	4	0	77	74
-Chlamydia sp.	0	0	2	5
-E.cloae	0	0	0	2
-E.coli	0	0	15	9
-E.faecalis	0	0	4	1
-E.faecium	0	0	1	0
-H.influenzae	2	1	65	77
-H.influenzae b	1	0	8	7
-K.pneumoniae	0	0	2	3
-L.monocytogenes	0	0	0	1
-M.pneumoniae	4	2	114	214
-P.aeruginosa	0	0	18	17
-P.mirabilis	0	0	1	4
-S.agalactiae	1	0	3	0
-S.aureus	0	0	29	32
-S.epidermidis	0	0	1	2
-S.marcescens	0	0	1	1
-S.pneumoniae	10	6	333	365
-S.pyogenes	0	1	62	66
-Staphylococcus coag-	0	0	2	2
.Múltiple	2	1	32	45
.Otras	0	1	43	25
Infección meningocócica	2	2	116	219
-N.meningitidis	0	0	10	9
-N.meningitidis gr.A	0	0	0	3
-N.meningitidis gr.B	1	1	64	81
-N.meningitidis gr.C	1	1	37	117
.Otras	0	0	5	9
Legionelosis	5	8	88	96
-L.pneumophila	5	8	87	96
.Múltiple	0	0	1	0
Leptospirosis	0	0	6	2
-Leptospira sp.	0	0	6	2
Mening.no meningocócicas	3	4	106	116
-A.anitratus	0	0	0	2
-A.baumannii	0	0	6	1
-C.coli	0	0	1	0
-E.cloae	0	0	1	0
-E.coli	0	0	6	2
-E.faecalis	0	0	1	2
-H.influenzae	1	0	6	7
-H.influenzae b	0	0	1	6
-K.pneumoniae	0	0	0	1
-L.monocytogenes	0	0	4	4
-M.pneumoniae	0	0	0	1
-P.aeruginosa	0	0	0	2
-S.agalactiae	1	0	5	6
-S.aureus	0	0	4	6
-S.epidermidis	0	0	0	1
-S.marcescens	0	1	0	1
-S.pneumoniae	1	2	54	55
-S.pyogenes	0	0	2	1
-Staphylococcus coag-	0	0	8	6
.Múltiple	0	0	3	4
.Otras	0	1	4	8
Micobacterias	21	31	1.737	2.008
-M.africanum	0	0	1	0
-M.bovis	0	0	2	5
-M.tuberculosis	21	31	1.734	2.002
.Múltiple	0	0	0	1
Micobacterias atípicas	2	3	182	199
-M.avium/intracelulare	1	1	49	79
-M.fortuitum	0	0	9	8
-M.gordonae	0	0	8	5
-M.kansasii	1	1	94	74
-M.marinum	0	0	6	5
-M.xenopi	0	1	10	22
.Múltiple	0	0	1	0
.Otras	0	0	5	6
Micobacterias sp.	1	0	7	17
-Mycobacterium sp.	1	0	7	17
Psitacosis	0	0	3	8
-C.psittaci	0	0	3	8
Tos ferina	0	0	9	18
-B.pertussis	0	0	9	18
Tularemia	0	0	39	0
-F.Tularensis	0	0	39	0
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	37	38	46	47

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 40 QUE TERMINÓ EL 10 DE OCTUBRE DE 1998

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 40		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 40	
	1998	1997	1998	1997
Adenovirus	7	6	307	247
Adenovirus 40/41	2	1	13	8
Agente Delta	0	0	3	1
Astrovirus	0	0	23	0
Citomegalovirus	8	2	212	122
Coxsackie	0	0	1	0
Coxsackie B	0	0	2	1
Coxsackie B 1	0	0	1	0
ECHO	0	0	6	61
Enterovirus	7	2	173	167
Epstein-Barr	26	8	779	550
Gripe A	8	0	558	78
Gripe B	0	0	12	123
Gripe sp	0	0	2	2
Hepatitis A	2	4	193	124
Hepatitis B	4	0	61	66
Hepatitis C	19	22	908	462
Herpes simple	0	0	58	19
Herpes simple tipo 1	1	1	31	42
Herpes simple tipo 2	0	0	19	19
Papilomavirus	0	0	66	58
Parainfluenza	0	0	12	21
Parainfluenza 1	1	0	5	1
Parainfluenza 2	1	0	7	12
Parainfluenza 3	5	0	30	19
Paroditis	0	0	1	5
Parvovirus B 19	1	0	116	7
Reovirus	0	0	2	0
Respiratorio Sincitial	5	1	1.297	904
Rinovirus	0	0	3	3
Rotavirus	6	2	1.537	1.589
Rubéola	0	0	18	109
Sarampión	0	0	1	2
Varicela Zoster	1	0	33	32
-Otros	0	0	0	1
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	14	16	42	40

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 40		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 40	
	1998	1997	1998	1997
Cutáneas y Subcutáneas	19	9	443	333
-Aspergillus fumigatus	0	0	2	1
-Aspergillus niger	0	0	0	1
-Aspergillus sp.	0	0	0	1
-Candida albicans	1	1	60	54
-Candida glabrata	1	0	5	5
-Candida guilliermondii	0	0	8	9
-Candida parapsilosis	7	3	89	44
-Candida sp	0	0	6	5
-Cryptococcus laurentii	0	0	1	3
-Epidermophyton floccosum	0	0	5	7
-Malassezia furfur	0	0	20	24
-Microsporum canis	2	1	58	33
-Microsporum gypseum	0	0	0	3
-Rhodotorula rubra	0	0	3	5
-Trichophit.mentagrophytes	1	1	53	27
-Trichophyton rubrum	4	3	67	58
.Múltiple	0	0	16	6
.Otras	3	0	50	47
Mucosas	2	10	145	139
-Aspergillus fumigatus	0	0	14	6
-Aspergillus glaucus	0	0	6	0
-Aspergillus niger	0	4	26	21
-Aspergillus sp.	0	2	13	11
-Candida albicans	0	1	14	14
-Candida glabrata	0	0	2	0
-Candida guilliermondii	0	0	2	1
-Candida parapsilosis	1	2	30	25
-Candida sp	0	0	0	2
.Múltiple	0	0	9	4
.Otras	1	1	29	55
Sistémicas	3	3	144	161
-Aspergillus fumigatus	0	0	7	10
-Aspergillus niger	0	0	2	0
-Aspergillus sp	0	0	1	0
-Candida albicans	3	1	62	56
-Candida glabrata	0	0	4	5
-Candida guilliermondii	0	0	2	2
-Candida parapsilosis	0	0	12	16
-Candida sp.	0	0	9	2
-Cryptococcus laurentii	0	0	0	1
-Cryptococcus neoformans	0	0	15	11
-Cryptococcus sp.	0	0	1	0
-M.circinelloides	0	0	1	1
-P.variotii	0	0	0	1
-Pneumocystis carinii	0	2	21	43
-Scedosporium sp.	0	0	1	0
.Múltiple	0	0	1	3
.Otras	0	0	5	10
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	5	7	23	20

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 40		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 40	
	1998	1997	1998	1997
Anisakis	0	0	1	3
Ascaris lumbricoides	0	0	6	14
Blantidium coli	0	0	0	1
Blastocystis hominis	5	1	103	87
Cryptosporidium sp	1	7	57	81
Echinococcus granulosus	0	1	10	16
Entamoeba coli	1	0	15	18
Entamoeba histolytica	0	0	8	9
Entamoeba sp	0	0	5	0
Enterobius vermicularis	8	8	221	207
Fasciola hepática	0	0	1	0
Giardia lamblia	12	20	349	388
Heterophyes heterophyes	0	0	1	0
Leishmania donovani	0	0	0	2
Leishmania sp	0	1	9	14
Plasmodium falciparum	2	2	52	40
Plasmodium malariae	0	0	1	1
Plasmodium ovale	0	0	0	2
Plasmodium sp	0	0	8	10
Plasmodium vivax	0	3	18	25
Schistosoma haematobium	0	0	1	1
Schistosoma mansoni	0	0	0	5
Taenia saginata	0	0	13	13
Taenia sp.	2	0	21	19
Toxoplasma gondii	0	0	59	34
Trichomonas vaginalis	2	4	188	204
Trichuris trichiura	0	0	9	4
Otros	3	0	42	76
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	10	10	36	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.

|

|