

Sumario

Recomendaciones de actuación y respuesta ante la aparición de un caso o de un brote de viruela 129

Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria 133

Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica 135

Recomendaciones de actuación y respuesta ante la aparición de un caso o de un brote de viruela (I)

Resumen del Documento aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su sesión del 15 de Abril de 2002.

1. Antecedentes

La viruela, antes de la vacunación, era una enfermedad grave y endémica que afectaba tanto a adultos como a niños.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó una campaña mundial de vacunación en 1967, mediante la cual consiguió la erradicación de la viruela en 1977. En 1980, después de 3 años sin que se declararan nuevos casos, la OMS declaró la erradicación mundial de la viruela y a partir de ese momento, recomendó a todos los países que dejaran de vacunar. La vacuna frente a la viruela no se administra a población general desde el inicio de los años 80. Actualmente, su administración sólo está recomendada para proteger a personas que trabajan con otros ortopoxvirus (vaccinia y monkeypox).

A pesar de que la OMS recomendó la destrucción del virus de la viruela, dos lugares en el mundo siguen almacenándolo: los Centros para el Control de las Enfermedades de Atlanta (Estados Unidos) y el Instituto de Preparaciones Virales de Moscú (Rusia).

La liberación deliberada del virus de la viruela se considera un peligro por las siguientes razones:

- Es una infección que se transmite por vía aérea.
- La enfermedad tiene una mortalidad elevada.
- Los efectos secundarios son graves, a destacar: cicatrices desfigurantes que pueden afectar a la cara y cicatrices en la cornea que pueden producir ceguera.

La estabilidad del virus en aerosol, junto con la escasa dosis infectiva requerida favorece la aparición de brotes de grandes proporciones. Dado que la población española al igual que la mundial, es mayoritariamente susceptible a la viruela, la aparición de una persona infectada podría provocar numerosos casos secundarios, aunque se tomaran medidas de control adecuadas e inmediatas.

En España el último brote de viruela ocurrió en 1961. Una niña y un familiar, recién llegados de la India fueron los casos índices; ambas presentaban certificados de haber sido vacunadas en febrero de 1959. En el primer caso el inicio de los síntomas se produjo el 6 de febrero, y la niña fue ingresada en el Hospital del Rey con sospecha de viruela el 14 de Febrero. Tras este caso se notifican 16 más, y el último caso se diagnostica el 22 de Marzo. En 12 de los 17 casos la transmisión tuvo lugar en el Centro Hospitalario donde fue ingresado el caso índice. Según consta en informes de la época, desde el momento en que se recibió la denuncia, la Jefatura Provincial de Sanidad de Madrid inició la investigación epidemiológica y se procedió a la vacunación de los contactos y de la población madrileña; en total se utilizaron más de 1.500.000 dosis, es decir, fue vacunada más del noventa y tantos por ciento de la población.

Tras estas consideraciones preliminares y dada la situación actual se ha procedido a la elaboración de este documento con el objetivo de aportar información de utilidad para los profesionales sanitarios y de laboratorio que puedan encontrarse con un caso sospechoso de viruela. La información recogida es complementaria a las recomendaciones de la Red Europea para el diagnóstico de Enfermedades Virales Importadas (ENIVD)¹.

2. La viruela

2.1. El agente infeccioso

El virus de la viruela es un virus ADN, envuelto, perteneciente al Género de los *orthopoxvirus*. Este Género incluye, además, a otros virus que también pueden infectar a humanos causando lesiones cutáneas: monkeypox, cowpox, tanapox y vaccinia, el virus utilizado para obtener la vacuna antivariólica.

Como el resto de los ortopoxvirus, el virus de la viruela tiene un genoma complejo con un número de

genes elevado. El virión tiene una forma característica de ladrillo, con un diámetro de aproximadamente 200 nm. Aunque se trata de un virus muy estable que puede ser almacenado durante largos periodos, en su entorno natural no es viable más allá de 48 horas.

2.2. Patogénesis y cuadro clínico

La infección comienza cuando el virus se implanta en la orofaringe o en la mucosa respiratoria. Aunque no se conoce con precisión, la dosis infectiva mínima parece estar entre 10 y 100 viriones. Después, el virus se multiplica en los ganglios linfáticos y hacia el tercer o cuarto día se desarrolla una primera viremia asintomática, a la que sigue la multiplicación del virus en bazo, médula ósea y ganglios linfáticos. Aproximadamente en el octavo día comienza una segunda viremia que precede a la aparición de la fiebre y la toxemia.

La mortalidad ha dependido clásicamente de las cepas implicadas, siendo más virulentas las definidas como viruela mayor (15-50%) de mortalidad y menos las denominadas viruela menor (alrededor del 1% de mortalidad). La mortalidad depende también del nivel de inmunización de los afectados y alcanza entre el 50 y 90% en poblaciones que no han sido nunca vacunadas o que no habían tenido contacto con la viruela. La mayor letalidad se produce en menores de un año y en ancianos.

La viruela puede aparecer con diferentes cuadros clínicos, de mayor o menor gravedad.

2.2.1. Viruela maligna

- Comienzo abrupto con fiebre (hasta 39°C), postración extrema, cefalea, dolor intenso que suele señalar el enfermo en espalda, pecho o costados y ansiedad extrema. La fiebre puede disminuir ligeramente en el segundo o tercer día.
- En el segundo o tercer día, aparece un intenso exantema eritematoso similar al del sarampión o la rubéola, en cara, palmas de las manos, pecho y espalda. El exantema puede ser hemorrágico, apareciendo lesiones purpúricas en la piel eritematosa.
- El exantema maculopapular no aparece hasta el cuarto o sexto día (si el paciente aún vive). Afecta primero a la cara y es diminuto y superficial, caliente y sensible, dando la sensación de tratarse de una quemadura por rayos solares.
- Entre el octavo y el decimotercero o decimocuarto día, evoluciona lentamente a exantema vesicular. Aparecen nuevas vesículas en los primeros días, que se pueden unir formando vesículas blandas y flácidas cubiertas por piel macerada, que enrojece con facilidad. El colapso en el centro de la vesícula le da apariencia umbilicada.
- Durante el curso de la viruela las lesiones, en cualquier momento y en cualquier área, están todas en el mismo estado de evolución.
- En el decimotercero o decimocuarto día de la enfermedad, la piel se exfolia, dejando amplias áreas desnudas y dolorosas.
- En algunos casos fulminantes y antes de que aparezcan los signos sugestivos de viruela, la muerte puede ocurrir en las primeras 48 horas. La mayor parte de los casos fulminantes mueren en el día cuarto o quinto. Otros casos de viruela maligna mueren en la segunda semana de evolución.

2.2.2. Viruela benigna

Las presentaciones benignas son las más frecuentes en individuos previamente vacunados o en poblaciones que padecieron viruela. Se diferencian de la viruela maligna en diferentes aspectos:

- El comienzo es abrupto, con cefalea, dolor en la nuca, malestar y frecuentemente vómitos, pero la fiebre es generalmente más alta, entre 39,5 y 40,5°C. La fiebre puede ceder durante el tercer día, pero vuelve a aumentar a niveles moderados durante la evolución del exantema.
- El exantema eritematoso es menos marcado y no suele aparecer en cara y manos.
- El exantema maculopapular empieza antes, normalmente en el tercer o cuarto día con aparición de pequeñas máculas en lugares típicos: primero en cuero cabelludo y cara, frecuentemente en nariz, después en la parte superior de la espalda, luego en cuello, sobre la tráquea y los músculos esternocleidomastoideos, después sobre las cabezas del cúbito y el radio y en los pliegues de las muñecas y finalmente en los tobillos, sobre las cabezas de los maleolos.
- Las vesículas comienzan a aparecer en el quinto día. Se agrandan (7-10 mm), se redondean y se tensan, semejando perlas. Para el octavo día están completamente desarrolladas y, después, empiezan a convertirse en pústulas, se umbilican progresivamente y empiezan a secarse, formando costras que no son cálidas ni dolorosas.
- En el decimotercero o decimocuarto día de la enfermedad, la piel se exfolia, dejando áreas amplias desnudas y dolorosas.
- Las lesiones, en cualquier momento y en cualquier área, están en el mismo estado de evolución.
- La mayor parte de las costras habrán desaparecido en el decimocuarto o decimoquinto día; las lesiones profundas, que generalmente habrán avanzado entre los folículos pilosos y las glándulas sebáceas, pueden dejar cicatrices.

2.2.3. Presentaciones leves y abortivas de viruela

Se ven principalmente en individuos que tienen inmunidad parcial por vacunación, ya sea antes de la exposición o en los primeros días del periodo de incubación. Aunque haya un comienzo abrupto con fiebre elevada, ésta persiste durante tres o cuatro días y el exantema maculopapular que le sigue no desarrolla más allá de 100 lesiones, un número variable de las cuales permanece como máculas o pápulas, sin desarrollar vesículas. Algunos pacientes no desarrollan exantema, aunque son virémicos durante el periodo febril.

Es importante identificar estos casos, ya que además de ser infecciosos, pueden pasar desapercibidos.

2.3. Transmisión

La infección se suele transmitir por vía respiratoria, aunque también puede adquirirse por contacto directo con el líquido vesicular, con las excreciones y secreciones del paciente enfermo e incluso por ropa contaminada.

Los pacientes excretan virus por la garganta desde el comienzo del periodo febril, son más infecciosos en el

segundo y tercer día de fiebre, y permanecen así hasta la muerte o hasta que las costras se desprendan. El líquido de las vesículas y las costras contiene virus viable. Las ropas contaminadas han causado nuevos brotes de infección.

Se ha demostrado la transmisión eficiente entre contactos próximos. La mayor tasa de ataque secundario se observa entre convivientes, aunque los contactos en salas abiertas también han ocasionado brotes. La transmisión entre contactos esporádicos, como los producidos por haber coincidido en el mismo edificio, es menos probable, aunque se ha descrito la transmisión del virus a través del aire acondicionado y en ambientes secos.

En África y Asia, las tasas de infección secundaria intra-familiares oscilaban entre el 37% y el 96%, dependiendo de las condiciones sanitarias, de la cantidad de personas que convivían con el enfermo y de las propias características del virus.

La viruela se transmite con facilidad y así el número reproductivo básico, que mide cuántos casos secundarios es capaz de producir un caso infectivo, en una población de densidad media y totalmente susceptible, se estima que es de 5.

El periodo de incubación, definido como el tiempo transcurrido entre la exposición y el inicio de los primeros síntomas, tiene una duración de 7 a 14 días, con una media de 12 días. Sin embargo, podría ser incluso tan corto como tres días para cepas de viruela modificadas para su uso como arma biológica. El tiempo transcurrido entre la exposición y la fiebre es de 10 a 14 días.

Los pacientes son infecciosos desde el inicio de la fiebre.

La infectividad aumenta en el segundo y tercer día tras el inicio de la fiebre, coincidiendo con el periodo en el que las lesiones en boca y faringe empiezan a liberar virus. La capacidad de contagio disminuye progresivamente durante la evolución del exantema, disminuyendo rápidamente cuando aparecen las costras. El periodo de mayor infectividad abarca los 10 primeros días tras el comienzo de la enfermedad clínica, aunque la liberación de virus en la faringe puede persistir hasta tres semanas después del inicio de la fiebre.

2.4. Diagnóstico

El hemograma muestra linfocitosis o, al menos, una predominancia de linfocitos, con abundantes células atípicas y mononucleares activadas. En los casos graves, pueden aparecer abundantes células inmaduras, semejando una reacción leucemoide. Existe trombopenia en relación con las hemorragias.

El diagnóstico virológico inicial se puede realizar por detección del virus en líquido vesicular, pústulas o costras, por microscopía electrónica. Sin embargo, es necesario confirmar la presencia del virus mediante técnicas más precisas, basadas en la amplificación del genoma del virus y su caracterización por secuenciación o digestión con endonucleasas de restricción.

2.5. Tratamiento

Actualmente, el tratamiento de la viruela se basa en la terapia de soporte y el uso de antibióticos para las posibles infecciones bacterianas secundarias. Los supervivientes pueden tener graves secuelas como queratitis, cicatrices en la cara y crisis depresivas.

Aún no se ha comprobado que existan antivirales eficaces para el tratamiento de la viruela. Aunque hay algún trabajo que demuestra la acción antiviral del cidofovir y del adefovir en cultivos celulares de ortopoxvirus, se trata de fármacos tóxicos y difíciles de administrar. La administración de cidofovir requiere tratamiento concomitante con probenecid como protector renal y una hidratación intensa durante su administración.

La vacunación, si se administra durante los primeros cuatro días del periodo de incubación, puede modificar la gravedad de la enfermedad, reduciendo su mortalidad en un 50%.

3. La vacuna

La mayor parte de la vacuna que se utilizó en la campaña de erradicación de la viruela procedía de virus vacunal crecido sobre la piel de terneros vivos. En diferentes regiones del mundo se utilizaron distintas cepas de virus como componente de la vacuna, siendo la cepa «Lister» y la cepa «New York City Board of Health» las más ampliamente utilizadas en Europa y en Estados Unidos. En algunos países se utilizó virus crecido en embriones de pollo. También se descubrió la producción de virus vacunal en cultivo de tejidos. A pesar de que esta vacuna resultó eficaz en ensayos de campo, no llegó a usarse masivamente dado que se describió cuando se estaba finalizando el programa de erradicación de la viruela.

La vacuna generalmente se administraba intradérmicamente con una aguja bifurcada, que se clavaba 10-15 veces en la piel del brazo hasta que aparecía un poco de sangre. Usualmente en el punto de inoculación se desarrollaba una pústula que desaparecía a los 14-21 días dejando una cicatriz característica.

La vacuna contra la viruela es muy estable, y puede mantenerse indefinidamente congelada a -20°C . De hecho, se ha comprobado que la vacuna liofilizada no pierde potencia tras ser mantenida durante dos años a 37°C , aunque esta elevada termoestabilidad varía en función de la cepa usada. La vacuna es más inestable una vez reconstituida, si bien se puede mantener sin pérdida de título durante una semana a 4°C .

3.1. Vacunación preventiva antes de la exposición

En España y desde 1805 se impuso a los cirujanos la obligación de vacunar gratuitamente «a cuantos se les presenten». En España la vacunación antivariólica fue obligatoria desde 1903 hasta 1979. Sin embargo, dado que los últimos casos autóctonos ocurrieron en 1954, que sólo ha habido un brote a partir de un caso importado en 1961, y que la vacuna tiene una elevada tasa de reacciones adversas, desde comienzos de los años 70 la cobertura de vacunación fue disminuyendo progresiva y rápidamente hasta desaparecer.

3.2. Respuesta inmunitaria

Los anticuerpos neutralizantes suelen aparecer a los 10 días de la primo-vacunación y están presentes en todos los vacunados a los 15 días. La respuesta inmunitaria a la vacunación se desarrolla de 4 a 8 días más tarde que la que se produce tras la infección natural. La respuesta de anticuerpos después de la revacunación es más rápida y los títulos son generalmente más elevados.

3.3. Eficacia de la vacuna

La vacuna antivariólica fue utilizada sin haber pasado por ensayos clínicos controlados. El impacto epidemiológico de la vacunación conseguido tras su introducción en el Siglo XIX y el haber conseguido la erradicación de la infección, representan la mejor prueba de su eficacia.

En la India se realizaron estudios comparando las tasas de ataque secundarias de los contactos en función de su antecedente de vacunación y se estimó una eficacia del 91% al 97%. En estos estudios, el antecedente de vacunación se midió por la presencia de cicatriz, sin poder determinar el tiempo transcurrido desde la misma. Tampoco se ha podido establecer la calidad de las cepas utilizadas. Es probable que estos estudios infravaloren la protección conferida por una vacunación reciente con una cepa de buena calidad. La experiencia adquirida con la erradicación establece que las personas vacunadas correctamente están completamente protegidas durante al menos 3 años.

3.4. Duración de la respuesta inmune

La duración de la inmunidad natural no se ha medido nunca de forma satisfactoria. Los anticuerpos neutralizantes, descritos como protectores, disminuyen en un periodo de 5 a 10 años. En un estudio realizado tras la administración de 3 dosis (0 meses, 8 y 18 años) los anticuerpos neutralizantes permanecieron estables durante 30 años.

Dado que la administración de tres dosis de vacuna no fue práctica habitual, se puede asumir que la mayoría de la población es susceptible a la infección.

3.5. Complicaciones de la vacuna

Infecciones cutáneas

Eczema vacunal

Puede presentarse en personas vacunadas tanto como en sus contactos no vacunados que padecen o han padecido un eczema. Inmediatamente después de la vacunación, o en los 5 días que siguen al contacto, aparece una erupción vacunal en lugares que son o fueron eczematosos. Estos lugares son muy inflamatorios, y la erupción puede extenderse a la piel sana. Generalmente se acompañan de signos generales graves, fiebre elevada y linfadenopatías generalizadas. El tratamiento con inmunoglobulinas parece reducir la mortalidad.

Vacuna progresiva

Se presenta en personas inmunodeprimidas. En éstas, la lesión vacunal no cura y aparecen lesiones secundarias en cualquier lugar del cuerpo. El tratamiento con metisazona puede ser parcialmente eficaz, aunque la letalidad sigue siendo elevada.

Vacuna generalizada

Es la aparición de erupción secundaria tras un periodo de viremia. Suele aparecer entre el sexto y el noveno día tras la vacunación, con algunas o abundantes lesiones. Todas las lesiones tienen la misma evolución que la lesión vacunal normal. La enfermedad puede cursar con fiebre y malestar general. Generalmente es una complicación autolimitada. En casos graves se puede administrar suero hiperinmune.

Inoculación accidental

Es la transmisión a contactos o la autoinoculación en otros lugares del cuerpo, como consecuencia del rascado. Las lesiones más frecuentes aparecen en párpados, vulva y perineo. Las lesiones curan a la vez que la lesión vacunal. Es la complicación más frecuente de la vacunación.

Encefalopatías y encefalitis

Son las complicaciones más graves.

La encefalopatía se presenta, sobre todo, en niños menores de dos años. El cuadro comienza 6 ó 10 días después de la vacunación, con fiebre y convulsiones seguidas de hemiplejía y afasia. La curación completa es rara y los niños que sobreviven presentan secuelas mentales y paralíticas.

La encefalitis afecta sobre todo a niños de más de dos años. El cuadro comienza de 11 a 15 días después de la vacunación. La muerte ocurre en el 10-35% de los casos y en el resto puede persistir parálisis residual o retraso mental. Puede haber curación con desaparición de los síntomas en dos semanas. La tasa de secuelas permanentes entre personas que hayan sobrevivido a una encefalitis vacunal se estima en el 25%.

La incidencia de ambas varía mucho en los diferentes estudios y depende de la cepa vacunal utilizada.

Históricamente la tasa de complicaciones era mayor en Europa que en Estados Unidos, que utilizaba la cepa New York City Board of Health (NYCB). A partir de 1960, en Europa se utiliza la cepa Lister, que presentaba menos complicaciones que las detectadas con las cepas anteriormente utilizadas.

3.6. Contraindicaciones de la vacunación

- Déficit inmunitarios: riesgo de vacuna progresiva, frecuentemente mortal.
- Pacientes con infección por VIH.
- Eczema: riesgo de eczema vacunal en las personas con eczema activo o antecedentes del mismo; es una complicación grave, a veces mortal. En caso de vacunar a una persona con un familiar con eczema, la persona vacunada debe estar aislada de la persona con eczema durante toda la evolución de la lesión vacunal.
- Embarazo: las mujeres embarazadas no deben recibir vacunas con virus vivos atenuados.
- Enfermedades del Sistema Nervioso Central: no es evidente que esta restricción esté justificada; en cualquier caso, se deberá considerar para disminuir el riesgo de encefalitis post-vacunal.

3.7. Tratamiento de las complicaciones

La inmunoglobulina obtenida frente al virus vacunal es válida para tratar pacientes con vacuna progresiva, eczema vacunal, vacuna generalizada severa e infección periocular por inoculación accidental. Se administra intramuscularmente en una dosis de 0,6 ml/kg de peso. Como es una cantidad importante, el producto puede dividirse en varias dosis y darse cada 24-36 horas. Dado que la disponibilidad del producto es muy limitada, siempre que haya existencias deben usarse para los casos más graves.

Nota: Continúa en el boletín siguiente 2002/Vol.10/ N.º 24/Pág. 137

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 08 DE JUNIO DE 2002

| ENFERMEDADES | CÓDIGO OMS 9 REV 1975 | CASOS DECLARADOS Sem. 23 | | ACUMULACIÓN DE CASOS | | MEDIANA 1997-2001 | | ÍNDICE EPIDÉMICO (1) | |
|--|--------------------------|-----------------------------|-------|-------------------------|---------|----------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| | | 2002 | 2001 | 2002 | 2001 | Sem. 23 | Acum. casos | Sem. 23 | Acum. casos |
| Enfermedades de transmisión alimentaria | | | | | | | | | |
| Botulismo | 005.1 | 0 | 1 | 1 | 3 | | | | |
| Cólera | 001 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Disentería | 004 | 0 | 1 | 54 | 25 | 1 | 28 | 0,00 | 1,93 |
| F. tifoidea y paratifoidea | 002 | 3 | 4 | 55 | 67 | 6 | 95 | 0,50 | 0,58 |
| Triquinosis | 124 | 0 | 0 | 28 | 44 | | | | |
| Enfermedades de transmisión respiratoria | | | | | | | | | |
| Enfermedad Meningocócica | 036 | 12 | 16 | 667 | 457 | 20 | 738 | 0,60 | 0,90 |
| Gripe | 487 | 5.536 | 7.251 | 1.295.817 | 507.627 | 8.285 | 1.898.486 | 0,67 | 0,68 |
| Legionelosis | 482.8 | 10 | 9 | 249 | 223 | | | | |
| Meningitis tuberculosa | 013.0,320.4 | 0 | 2 | 18 | 34 | | | | |
| Tuberculosis respiratoria | 011 | 133 | 163 | 2.853 | 3.556 | 186 | 4.144 | 0,72 | 0,69 |
| Varicela | 052 | 9.621 | 8.845 | 110.161 | 135.056 | 9.759 | 135.056 | 0,99 | 0,82 |
| Enfermedades de transmisión sexual | | | | | | | | | |
| Infección gonocócica | 098.0,098.1 | 15 | 12 | 350 | 344 | 34 | 686 | 0,44 | 0,51 |
| Sífilis | 091 | 18 | 19 | 286 | 303 | 17 | 369 | 1,06 | 0,78 |
| Enfermedades prevenibles por inmunización | | | | | | | | | |
| Difteria | 032 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Parotiditis | 072 | 110 | 241 | 2.981 | 5.330 | 241 | 4.643 | 0,46 | 0,64 |
| Poliomielitis | 045 | 0 | 0 | 0 | 1 | | | | |
| Rubéola | 056 | 4 | 6 | 72 | 107 | 25 | 365 | 0,16 | 0,20 |
| Sarampión | 055 | 1 | 1 | 42 | 59 | 9 | 166 | 0,11 | 0,25 |
| Tétanos | 037 | 0 | 0 | 5 | 10 | | | | |
| Tos Ferina | 033 | 6 | 26 | 99 | 222 | 16 | 222 | 0,38 | 0,45 |
| Hepatitis víricas | | | | | | | | | |
| Hepatitis A | 070.0,070.1 | 15 | 16 | 244 | 471 | | | | |
| Hepatitis B | 070.2,070.3 | 14 | 11 | 341 | 305 | | | | |
| Otras hepatitis víricas | 070 | 29 | 24 | 543 | 570 | | | | |
| Zoonosis | | | | | | | | | |
| Brucelosis | 023 | 21 | 17 | 400 | 424 | 42 | 772 | 0,50 | 0,52 |
| Rabia | 071 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Enfermedades importadas | | | | | | | | | |
| Fiebre amarilla | 060 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Paludismo | 084 | 4 | 12 | 111 | 182 | | | | |
| Peste | 020 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Tifus exantemático | 080 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Enfermedades declaradas sistemas especiales | | | | | | | | | |
| Lepra | 030 | 0 | 0 | 5 | 4 | | | | |
| Rubéola congénita | 771.0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Sífilis congénita | 090 | 2 | 0 | 7 | 3 | | | | |
| 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 (0,00). F. tifoidea y paratifoidea (0,50). Enfermedad Meningocócica (0,60). Gripe (0,67). Tuberculosis respiratoria (0,72). Infección gonocócica (0,44). Parotiditis (0,46). Rubéola (0,16). Sarampión (0,11). Tos Ferina (0,38). Brucelosis (0,50).

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal

Hay que destacar 4 caso(s) de paludismo importado(s)

(1) Índice epidémico para una enfermedad dada es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata de I.E. acumulado) y los casos que se esperan o preven (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75 incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en dicho índice.

| ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA SEMANA 23 DE 2002 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|--------|----------|----------|----------|-----------|----------|--------|----------|----------|-----------|---------|--------|--------|---------|----------|-------|-------|---------|
| | ANDALUCÍA | ARAGÓN | ASTURIAS | BALEARES | CANARIAS | CANTABRIA | C-MANCHA | C-LEON | CATALUÑA | C.VALEN. | EXTREMAD. | GALICIA | MADRID | MURCIA | NAVARRA | P. VASCO | RIOJA | CEUTA | MELILLA |
| ENFERMEDADES | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos | Casos |
| Botulismo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cólera | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Disentería | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| F. tifoidea y paratifoidea | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Triquinosis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Enferm. Meningocócica | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Gripe | 58 | 53 | 130 | 84 | 2.342 | 16 | 54 | 203 | 333 | 709 | 11 | 727 | 488 | 111 | 33 | 142 | 5 | 26 | 11 |
| Legionelosis | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Meningitis tuberculosa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tuberculosis respiratoria | 28 | 9 | 5 | 0 | 3 | 0 | 2 | 16 | 13 | 20 | 3 | 17 | 0 | 2 | 4 | 9 | 0 | 1 | 1 |
| Varicela | 1.160 | 314 | 136 | 228 | 303 | 17 | 576 | 515 | 672 | 1.297 | 246 | 629 | 2.321 | 591 | 199 | 313 | 42 | 6 | 56 |
| Infección gonocócica | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Sífilis | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Difteria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Parotiditis | 5 | 0 | 33 | 2 | 4 | 0 | 2 | 7 | 1 | 3 | 0 | 30 | 15 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Poliomielitis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rubéola | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sarampión | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tétanos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tos Ferina | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hepatitis A | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| Hepatitis B | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Otras hepatitis víricas | 8 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 6 | 0 | 1 | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Brucelosis | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Rabia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fiebre amarilla | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Paludismo | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Peste | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tifus exantemático | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lepra | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rubéola congénita | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sífilis congénita | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tétanos neonatal | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES BACTERIANAS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 23 QUE TERMINÓ EL 08 DE JUNIO DE 2002

| ENFERMEDAD/AGENTE | IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 23 | | ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 23 | |
|---------------------------------|---|------|----------------------------------|------|
| | 2002 | 2001 | 2002 | 2001 |
| Bacteriemias | 69 | 70 | 1702 | 1430 |
| -A.anitratus | 0 | 0 | 4 | 0 |
| -A.baumannii | 0 | 1 | 11 | 13 |
| -B.fragilis | 0 | 1 | 12 | 13 |
| -C.perfringens | 2 | 1 | 6 | 5 |
| -E.cloacae | 0 | 0 | 21 | 20 |
| -E.coli | 16 | 16 | 345 | 300 |
| -E.faecalis | 5 | 3 | 51 | 41 |
| -E.faecium | 1 | 1 | 17 | 12 |
| -H.influenzae | 1 | 0 | 23 | 18 |
| -H.influenzae b | 0 | 0 | 1 | 1 |
| -K.pneumoniae | 1 | 4 | 25 | 26 |
| -L.monocytogenes | 1 | 0 | 11 | 22 |
| -Paeruginosa | 3 | 1 | 66 | 44 |
| -P.mirabilis | 0 | 1 | 13 | 23 |
| -S.agalactiae | 1 | 1 | 21 | 19 |
| -S.aureus | 6 | 8 | 231 | 194 |
| -S.epidermidis | 3 | 5 | 137 | 105 |
| -S.marcescens | 1 | 1 | 7 | 12 |
| -S.pneumoniae | 4 | 8 | 220 | 174 |
| -S.pyogenes | 2 | 0 | 15 | 11 |
| -Staphylococcus coag- | 4 | 6 | 158 | 159 |
| -Y.terocolitica | 0 | 0 | 0 | 3 |
| .Múltiple | 5 | 2 | 53 | 26 |
| .Otras | 13 | 10 | 254 | 189 |
| Brucelosis | 2 | 0 | 21 | 22 |
| -B.melitensis | 1 | 0 | 11 | 3 |
| -Brucella sp. | 1 | 0 | 10 | 19 |
| E.T.S.: Gonococia | 2 | 1 | 37 | 32 |
| -N.gonorrhoeae | 2 | 1 | 36 | 32 |
| .Múltiple | 0 | 0 | 1 | 0 |
| E.T.S.: Sífilis | 1 | 5 | 92 | 65 |
| -T.pallidum | 1 | 5 | 92 | 65 |
| E.T.S.: otras | 4 | 3 | 39 | 41 |
| -C.trachomatis | 4 | 3 | 39 | 41 |
| Enfermedad de Lyme | 0 | 0 | 2 | 1 |
| -B.burgdorferi | 0 | 0 | 2 | 1 |
| F.tifoidea y paratifoidea | 0 | 0 | 7 | 1 |
| -S.paratyphi A | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -S.paratyphi B | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -S.typhi | 0 | 0 | 5 | 1 |
| Fiebre Q | 9 | 2 | 83 | 57 |
| -C.burnetii | 9 | 2 | 83 | 57 |
| Fiebre botonosa | 1 | 2 | 30 | 5 |
| -R.conorii | 1 | 1 | 30 | 4 |
| .Otras | 0 | 1 | 0 | 1 |
| G.E.A.: Salmonelosis | 153 | 233 | 2277 | 2412 |
| -S.enteritidis | 84 | 148 | 1217 | 1292 |
| -S.typhimurium | 7 | 11 | 166 | 209 |
| -S.virchow | 0 | 1 | 0 | 3 |
| -Salmonella gr.B | 9 | 4 | 152 | 115 |
| -Salmonella gr.C | 0 | 3 | 13 | 24 |
| -Salmonella gr.C1 | 2 | 4 | 25 | 22 |
| -Salmonella gr.C2 | 1 | 2 | 23 | 26 |
| -Salmonella gr.D | 9 | 15 | 140 | 195 |
| -Salmonella gr.D1 | 1 | 12 | 49 | 30 |
| -Salmonella gr.E | 0 | 1 | 2 | 2 |
| -Salmonella sp. | 38 | 28 | 419 | 412 |
| .Múltiple | 2 | 3 | 48 | 57 |
| .Otras | 0 | 1 | 23 | 25 |
| G.E.A.: Shigelosis | 0 | 0 | 32 | 23 |
| -S.boydii | 0 | 0 | 2 | 1 |
| -S.flexneri | 0 | 0 | 21 | 14 |
| -S.sonnei | 0 | 0 | 9 | 7 |
| -Shigella sp. | 0 | 0 | 0 | 1 |
| G.E.A.: Vibrio | 0 | 0 | 1 | 1 |
| -V.fluviialis | 0 | 0 | 1 | 1 |
| G.E.A.: otras bacterias | 134 | 155 | 2811 | 3109 |
| -A.baumannii | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -A.caviae | 8 | 9 | 152 | 112 |
| -A.hydrophila | 0 | 3 | 26 | 35 |
| -A.sobria | 2 | 1 | 19 | 10 |
| -Aeromonas sp. | 0 | 0 | 3 | 8 |
| -C.coli | 2 | 7 | 86 | 50 |
| -C.difficile | 5 | 0 | 63 | 18 |
| -C.jejuni | 90 | 105 | 1859 | 2144 |
| -Campylobacter sp. | 20 | 15 | 313 | 439 |
| -E.coli | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -E.coli EP | 0 | 0 | 0 | 2 |
| -E.coli O157 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| -K.pneumoniae | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -Paeruginosa | 0 | 1 | 0 | 1 |
| -S.aureus | 0 | 0 | 10 | 8 |
| -Y.terocolitica | 3 | 6 | 152 | 141 |
| -Y.terocolitica ser.O3 | 1 | 5 | 72 | 68 |
| .Múltiple | 3 | 3 | 34 | 53 |
| .Otras | 0 | 0 | 18 | 16 |
| Infecciones respiratorias | 32 | 35 | 993 | 862 |
| -A.baumannii | 0 | 0 | 1 | 5 |
| -C.pneumoniae | 0 | 1 | 45 | 64 |
| -Chlamydia sp. | 1 | 0 | 10 | 18 |
| -E.coli | 0 | 0 | 4 | 3 |
| -E.faecalis | 0 | 0 | 3 | 0 |
| -H.influenzae | 2 | 1 | 32 | 19 |
| -K.pneumoniae | 0 | 0 | 2 | 0 |
| -M.catarrhalis | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -M.pneumoniae | 2 | 10 | 65 | 125 |
| -M.xenopi | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -Mycoplasma sp. | 0 | 0 | 1 | 11 |
| -N.asteroides | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -Nocardia sp. | 0 | 0 | 2 | 0 |
| -Paeruginosa | 0 | 0 | 5 | 1 |
| -S.aureus | 0 | 1 | 15 | 14 |
| -S.epidermidis | 0 | 0 | 5 | 3 |
| -S.marcescens | 0 | 0 | 5 | 1 |
| -S.pneumoniae | 11 | 9 | 530 | 324 |
| -S.pyogenes | 14 | 12 | 230 | 239 |
| -Staphylococcus coag- | 0 | 0 | 0 | 1 |
| .Múltiple | 1 | 0 | 11 | 10 |
| .Otras | 1 | 1 | 25 | 23 |
| Infección meningocócica | 2 | 0 | 103 | 60 |
| -N.meningitidis | 1 | 0 | 20 | 12 |
| -N.meningitidis gr.A | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -N.meningitidis gr.B | 0 | 0 | 63 | 39 |
| -N.meningitidis gr.C | 1 | 0 | 15 | 7 |
| .Múltiple | 0 | 0 | 1 | 0 |
| .Otras | 0 | 0 | 4 | 1 |
| Legionelosis | 7 | 0 | 66 | 72 |
| -L.pneumophila | 7 | 0 | 66 | 70 |
| .Múltiple | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Leptospirosis | 0 | 0 | 2 | 3 |
| -L.icterohaemorrhagiae | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -Leptospira sp. | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Mening.no meningocócicas | 0 | 1 | 60 | 55 |
| -C.perfringens | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -E.faecalis | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -E.faecium | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -H.influenzae | 0 | 0 | 1 | 4 |
| -H.influenzae b | 0 | 0 | 2 | 0 |
| -K.pneumoniae | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -L.monocytogenes | 0 | 0 | 8 | 5 |
| -Paeruginosa | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -S.agalactiae | 0 | 0 | 3 | 2 |
| -S.aureus | 0 | 0 | 1 | 1 |
| -S.pneumoniae | 0 | 1 | 42 | 36 |
| -S.pyogenes | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -Staphylococcus coag- | 0 | 0 | 0 | 1 |
| .Otras | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Micobacterias | 68 | 33 | 1030 | 852 |
| -M.bovis | 0 | 0 | 0 | 2 |
| -M.tuberculosis | 68 | 33 | 1030 | 850 |
| Micobacterias atípicas | 4 | 2 | 130 | 109 |
| -M.avium/intracellulare | 1 | 1 | 30 | 19 |
| -M.fortuitum | 0 | 0 | 4 | 3 |
| -M.gordonae | 0 | 0 | 12 | 6 |
| -M.kansasii | 2 | 1 | 74 | 59 |
| -M.marinum | 0 | 0 | 0 | 3 |
| -M.xenopi | 0 | 0 | 3 | 14 |
| .Múltiple | 0 | 0 | 1 | 0 |
| .Otras | 1 | 0 | 6 | 5 |
| Micobacterias sp | 0 | 0 | 1 | 2 |
| -Mycobacterium sp. | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Psitacosis | 0 | 0 | 1 | 5 |
| -C.psittaci | 0 | 0 | 1 | 5 |
| Tos ferina | 0 | 0 | 16 | 2 |
| -B.pertussis | 0 | 0 | 16 | 2 |
| N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES | 34 | 35 | 40 | 40 |

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 23 QUE TERMINÓ EL 08 DE JUNIO DE 2002

| VIRUS | IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 23 | | ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 23 | |
|---------------------------------|---|------|----------------------------------|------|
| | 2002 | 2001 | 2002 | 2001 |
| Adenovirus | 8 | 8 | 187 | 193 |
| Adenovirus 40/41 | 1 | 0 | 3 | 1 |
| Agente Delta | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Astrovirus | 0 | 0 | 14 | 4 |
| Citomegalovirus | 8 | 23 | 327 | 409 |
| Coxsackie | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Coxsackie B | 0 | 1 | 4 | 8 |
| Echovirus | 1 | 11 | 44 | 138 |
| Echovirus 30 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Echovirus 6 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Enterovirus | 3 | 8 | 92 | 148 |
| Epstein-Barr | 12 | 44 | 497 | 599 |
| Gripe A | 0 | 3 | 744 | 129 |
| Gripe B | 2 | 0 | 372 | 56 |
| Hepatitis A | 3 | 2 | 71 | 99 |
| Hepatitis B | 4 | 1 | 59 | 67 |
| Hepatitis C | 3 | 10 | 278 | 330 |
| Herpes simple | 0 | 0 | 20 | 34 |
| Herpes simple tipo 1 | 2 | 0 | 59 | 62 |
| Herpes simple tipo 2 | 2 | 0 | 16 | 21 |
| Herpesvirus humano 6 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Herpesvirus humano 8 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Papilomavirus | 0 | 16 | 121 | 130 |
| Parainfluenza | 0 | 0 | 4 | 6 |
| Parainfluenza 1 | 0 | 0 | 5 | 19 |
| Parainfluenza 2 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Parainfluenza 3 | 2 | 0 | 11 | 20 |
| Parotiditis | 0 | 0 | 5 | 72 |
| Parvovirus B 19 | 0 | 1 | 34 | 29 |
| Reovirus | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Respiratorio Sincitial | 2 | 1 | 1359 | 1075 |
| Rinovirus | 1 | 1 | 38 | 13 |
| Rotavirus | 9 | 38 | 1057 | 1368 |
| Rubéola | 0 | 0 | 9 | 10 |
| Sarampión | 1 | 0 | 3 | 4 |
| Varicela Zoster | 5 | 2 | 32 | 29 |
| Virus ORF | 0 | 0 | 1 | 0 |
| —Otros | 0 | 0 | 18 | 0 |
| N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES | 17 | 17 | 38 | 39 |

| PARÁSITOS | IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 23 | | ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 23 | |
|---------------------------------|---|------|----------------------------------|------|
| | 2002 | 2001 | 2002 | 2001 |
| Anisakis | 0 | 0 | 2 | 1 |
| Ascaris lumbricoides | 4 | 3 | 29 | 19 |
| Blastocystis hominis | 9 | 9 | 203 | 175 |
| Cryptosporidium sp | 0 | 0 | 35 | 16 |
| Echinococcus granulosus | 0 | 1 | 21 | 6 |
| Echinococcus sp. | 0 | 1 | 2 | 2 |
| Entamoeba coli | 2 | 0 | 7 | 10 |
| Entamoeba histolytica | 0 | 0 | 11 | 2 |
| Entamoeba sp | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Enterobius vermicularis | 4 | 2 | 116 | 89 |
| Fasciola hepatica | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Giardia lamblia | 12 | 12 | 289 | 255 |
| Leishmania donovani | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Leishmania sp | 1 | 0 | 14 | 7 |
| Plasmodium falciparum | 3 | 3 | 33 | 31 |
| Plasmodium malariae | 0 | 0 | 0 | 7 |
| Plasmodium ovale | 0 | 0 | 2 | 4 |
| Plasmodium sp | 0 | 0 | 2 | 6 |
| Plasmodium vivax | 0 | 0 | 12 | 18 |
| Schistosoma haematobium | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Taenia saginata | 0 | 1 | 16 | 19 |
| Taenia solium | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Taenia sp. | 0 | 0 | 16 | 13 |
| Toxoplasma gondii | 0 | 1 | 32 | 28 |
| Trichomonas vaginalis | 0 | 3 | 81 | 88 |
| Trichuris trichiura | 2 | 0 | 36 | 38 |
| —Otros | 2 | 1 | 47 | 37 |
| N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES | 10 | 11 | 30 | 32 |

| MICOSIS | IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 23 | | ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 23 | |
|---------------------------------|---|------|----------------------------------|------|
| | 2002 | 2001 | 2002 | 2001 |
| Cutáneas y Subcutáneas | 13 | 19 | 383 | 292 |
| -Aspergillus fumigatus | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -Aspergillus niger | 1 | 0 | 2 | 0 |
| -Aspergillus sp. | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -Candida albicans | 1 | 5 | 53 | 54 |
| -Candida glabrata | 1 | 0 | 2 | 1 |
| -Candida guilliermondii | 0 | 1 | 5 | 4 |
| -Candida parapsilosis | 2 | 4 | 59 | 70 |
| -Candida sp. | 0 | 0 | 6 | 2 |
| -Cryptococcus laurentii | 0 | 1 | 1 | 1 |
| -Epidermophyton floccosum | 0 | 0 | 2 | 5 |
| -Malassezia furfur | 1 | 0 | 14 | 7 |
| -Microsporium canis | 0 | 1 | 36 | 7 |
| -Microsporium gypseum | 0 | 0 | 2 | 0 |
| -Rhodotorula pilimanae | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -Rhodotorula rubra | 1 | 0 | 5 | 2 |
| -Trichophyt.mentagrophytes | 0 | 4 | 53 | 39 |
| -Trichophyton rubrum | 2 | 0 | 93 | 47 |
| -Trichosporon sp. | 0 | 0 | 1 | 0 |
| .Múltiple | 1 | 1 | 12 | 3 |
| .Otras | 3 | 2 | 37 | 47 |
| Mucosas | 6 | 2 | 149 | 91 |
| -Aspergillus fumigatus | 0 | 1 | 3 | 9 |
| -Aspergillus glaucus | 0 | 0 | 1 | 1 |
| -Aspergillus niger | 0 | 0 | 9 | 16 |
| -Aspergillus sp. | 0 | 0 | 6 | 2 |
| -Candida albicans | 2 | 0 | 22 | 13 |
| -Candida glabrata | 0 | 0 | 3 | 0 |
| -Candida parapsilosis | 1 | 0 | 44 | 18 |
| -Candida sp. | 1 | 0 | 3 | 7 |
| .Múltiple | 1 | 0 | 6 | 0 |
| .Otras | 1 | 1 | 52 | 25 |
| Sistémicas | 4 | 1 | 104 | 69 |
| -Aspergillus fumigatus | 0 | 0 | 3 | 6 |
| -Aspergillus niger | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -Candida albicans | 0 | 0 | 45 | 26 |
| -Candida glabrata | 0 | 0 | 3 | 3 |
| -Candida parapsilosis | 0 | 1 | 13 | 9 |
| -Candida sp. | 1 | 0 | 3 | 5 |
| -Cryptococcus neoformans | 2 | 0 | 3 | 5 |
| -Pneumocystis carinii | 1 | 0 | 20 | 9 |
| .Otras | 0 | 0 | 13 | 6 |
| N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES | 9 | 5 | 16 | 17 |

Dirección del BES: Odorina Tello Anchuela

Redacción: M.ª Elena Rodríguez Valín

Coordinación y Producción: Ana Isabel Muñoz Alcañiz

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

La suscripción del Boletín Epidemiológico Semanal es gratuita.
Solicitudes: Centro Nacional de Epidemiología.

Instituto de Salud Carlos III.

C/. Sinesio Delgado, 6 • 28029 Madrid - España

NIPO: 354-02-003-3

Depósito Legal: M-41502-1978

Imprime: Rumagraf, S.A.

O.T. 32272