

Sumario

Variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en España, 1993-2003	277
Clasificación de los casos sospechosos de sarampión	279
Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria	280
Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica	282
Índice por materias. Año 2002	284

Variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en España, 1993-2003

Grupo Español de Estudio y Vigilancia de Encefalopatías Espongiformes.*

Desde 1996 la pregunta más frecuentemente formulada al personal del Registro Español de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas se refiere a la posible presencia en España de variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ). La sospecha de vECJ y otras Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) está sujeta a declaración obligatoria en nuestro país desde Febrero de 2001. Siendo un quehacer habitual de los epidemiólogos el análisis y la interpretación de los datos de frecuencia de enfermedades en las poblaciones, el mayor dilema con el que el personal del Registro Español de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas se enfrenta en este tema es el del análisis e interpretación de datos escasos o incompletos.

El grado de certeza diagnóstica de los casos de vECJ se clasifica en tres niveles: 1) vECJ confirmada, por estudio histopatológico del encéfalo tras autopsia o biopsia cerebral; 2) vECJ probable, con certeza próxima al 80%, ante un determinado perfil clínico acompañado de un patrón específico (hiperintensidad en pulvinar talámico) en la resonancia magnética cerebral o, con certeza cercana al 100%, cuando se descubre proteína priónica anómala (PrP^{Sc}) en tejido linfoide de biopsia de amígdala faríngea; y 3) vECJ posible, con probabilidad baja, aunque no establecida, pero posiblemente próxima al 50% en el Reino Unido¹ y mucho menor en países con escasa presencia de vECJ. Este último diagnóstico se establece en base al cuadro clínico, curso de la enfermedad, y ausencia de estudios complementarios o negatividad de resultados antes referidos en la resonancia magnética o biopsia de amígdala faríngea. La afectación del tejido linfoide en vECJ puede preceder al menos en meses a

la aparición de síntomas psiquiátricos y neurológicos, como sugiere la presencia de PrP^{Sc} en tejido linfoide del apéndice cecal en dos pacientes estudiados en el Reino Unido a quienes se había practicado una apendicectomía antes del comienzo de los síntomas de vECJ².

La asistencia neurológica española ha alcanzado en los últimos años una calidad equiparable a de países de nuestro entorno, a juzgar por indicadores como el número de neurólogos por 100.000 habitantes y el número y calidad de las reuniones y publicaciones científicas en ese campo. La preocupación y el interés de los clínicos españoles en el diagnóstico de vECJ y otras EETH ha aumentado en los últimos años. Desde 1997 hasta 2001 la frecuencia de los diagnósticos de EETH es similar a la encontrada en los países Europeos más desarrollados, como muestran las incidencias por edades de la ECJ esporádica; esta parece aumentar solo en el grupo de edad más avanzada debido, probablemente, a la progresivamente mejor diferenciación entre la ECJ y otras demencias (Figura 1). Algunas encefalopatías espongiformes menos frecuentes, como la ECJ familiar o el insomnio familiar letal (IFL), que no fue descrito en nuestro país hasta épocas muy recientes, muestran a partir de 1997 frecuencias muy superiores a las observadas en años previos, cuando la utilización de los estudios genéticos era poco habitual y la concienciación y conocimiento de los clínicos acerca de estas enfermedades eran seguramente menores (Figura 2).

En la página web del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III (<http://193.146.50.130/ecj/entrada.htm>) se pone de manifiesto el incremento en la realización de pruebas con resonancia magnética en el estudio de las EETH, lo que hubiera sido determinante en la

* Miembros el Grupo para el Estudio y Vigilancia de las EETH del Consejo Interterritorial.

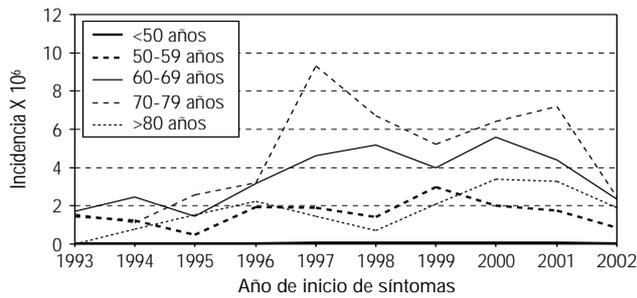
J. de Pedro Cuesta, J. Almazán, F. Avellanal, M. Calero**, P. Martínez Martín, A. Tobías, y O. Tello. Registro Español de Encefalopatías Espongiformes en Humanos. Centro Nacional de Epidemiología y Unidad de Encefalopatías Espongiformes, Centro Nacional de Microbiología.** Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

A. Rábano. Fundación Hospital de Alcorcón, Alcorcón.

Coordinadores epidemiológicos y clínicos de las CCAA. Andalucía: A. Varo, A. Heras; Aragón: O. Ladrero, L.J López del Val; Asturias: M. Margolles, A. Asensi; Baleares: A. Nicolau, B. Sureda; Canarias: A. Izquierdo, C. Muñoz; Cantabria: F. Martínez Sampedro, I.M Polo; Castilla-La Mancha: G. Gutiérrez, C. Cabeza; Castilla-León: H. Marcos, M. Goñi; Cataluña: A. Domínguez, C. Nos; Comunidad Valenciana: S. Guiral, J. Escudero; Extremadura: J.F Sánchez Cancho, I. Casado; Galicia: A. Malvar, A. Robles, C. Navarro; Madrid: R. Ramírez, T. Del Ser; Murcia: Y. Castán, M^a A. Contreras; Navarra: A. Barriarte, T. Tuñón; País Vasco: J.M Arteagoitia, J.J Zarranz; La Rioja: M. Perucha, A. Gil; Ceuta: FJ Carrillo; Melilla: G. Duque.

Figura 1

Incidencia anual de ECJ esporádica confirmada y probable por grupos de edad durante el periodo 1993-2002



identificación de casos de *vECJ probable*. En algunos pacientes con enfermedades neurológicas insuficientemente diagnosticadas, en los que no sea posible descartar una *vECJ*, la biopsia amigdalilar estaría justificada dado que podría evitar una biopsia cerebral. La biopsia de amígdala ha comenzado a practicarse también en España, aunque todavía con frecuencia moderada, lo que posiblemente traduce una correcta indicación de esta exploración. Los resultados, siempre incluyendo una consulta con los expertos de la Unidad de Edimburgo que acumula la mayor y casi única experiencia mundial en este terreno, fueron siempre negativos y sistemáticamente refrendados por los citados expertos internacionales. Estos hallazgos han excluido razonablemente el diagnóstico de la *vECJ* en los pocos pacientes españoles en los que se ha practicado este examen. Independientemente del resultado del seguimiento, a veces incompatible con *vECJ* por regresión de los síntomas, o de que se haya llegado a otros diagnósticos, dicha exclusión resulta convincente, ya que en todos los casos estudiados de esta forma en Reino Unido y posteriormente confirmados en el estudio histopatológico post-mortem, la biopsia de amígdala resultó positiva. Hasta el momento, ningún caso comunicado al registro español ha cumplido criterios de *vECJ probable* ni confirmada. Por ello, y por la escasa frecuencia de los casos de ECJ iatrogénicos, no existen en la actualidad motivos de preocupación especial a la vista de las características epidemiológicas de las EETH en España.

La recogida e intercambio de datos de *vECJ probable* y *vECJ confirmada* es fundamental en salud pública, interpretándose como habitual y no alarmante la presencia de casos bien estudiados de *vECJ posible*. Fuera del Reino Unido en general, y por lo tanto en nuestro país, los casos de *vECJ posible* corresponden a otras enfermedades neurológicas. La interpretación de los datos de casos de EETH que cumplen criterios de *vECJ posible* es compleja y requiere la consideración del funcionamiento del proceso diagnóstico y del sistema de vigilancia a lo largo de distintos periodos. El diagnóstico de *vECJ* es con seguridad uno de los más tenidos en cuenta por los neurólogos españoles ante un paciente joven con una enfermedad cerebral progresiva. El sistema de vigilancia de EETH en España tiene como característica diferencial la existencia de una red de especialistas con conocimientos precisos de las EETH al alcance de los servicios sanitarios, hospitalarios y de atención primaria, y a disposición de los familiares de los pacientes que sufren algunas de estas enfermedades. Estos son un coordinador clínico (neurólogo-neuropatólogo) y otro epidemiológico nominados oficialmente en cada comunidad autónoma. Es decir, los clínicos con menos experiencia puedan consultar a un especialista entrenado que ejerce en proximidad. El funcionamiento de esta red de vigilancia, aun con diferencias por comunidad autónoma en los primeros años (datos en la página web anteriormente citada), ha alcanzado recientemente una cierta homogeneidad. Sin embargo, a diferencia de otros países, la notificación de sospecha de EETH en España se reali-

za cuando el proceso diagnóstico ha avanzado considerablemente lo que explica la baja proporción de notificaciones que resultan en diagnósticos finales diferentes de EETH: aproximadamente el 10% frente a un 50% en otros países europeos y cifras mayores en Francia y Eslovaquia.

Las notificaciones a registros nacionales de EETH que cumplen criterios de *vECJ posible* no son infrecuentes en países con poblaciones grandes como Francia o Alemania. Desde 1993, bajo sospecha de otros diagnósticos, se han notificado al Registro Español de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas cuatro pacientes que cumplen criterios de *vECJ posible*. Solamente dos de estos fueron notificados desde la publicación de los primeros criterios diagnósticos para *vECJ*, en el 2000¹. Los resultados de sus biopsias de amígdala fueron negativos. Ninguno de estos dos pacientes, por lo demás lógicamente, ha sido objeto de referencia en prensa no especializada ni constituido motivo de alarma social. Uno falleció recientemente confirmándose el diagnóstico de ECJ esporádica. Otro, una mujer, vive, incumpliendo ya criterios de *ECJ esporádica posible* por larga duración de enfermedad con EEG atípico. La negatividad de su biopsia amigdalilar descarta, en la práctica, la *vECJ* en este único paciente vivo que cumple criterios de *vECJ posible* en España.

Podemos preguntarnos acerca de la posible presencia de *vECJ* en España antes de 1996, año en el que se describió la *vECJ* en Reino Unido. La respuesta a esa pregunta requiere la consideración de datos retrospectivos centrados en los grupos de edad más afectados por la *vECJ* y en el examen cuidadoso de la calidad de sus estudios clínicos cuando esta enfermedad era todavía desconocida. Afortunadamente esto es en parte posible en nuestro país dada la antigüedad del Registro Español de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas. La presencia de valina en el codon 129, no detectada en ninguno de los más de cien casos de *vECJ* estudiados genéticamente en el Reino Unido, aunque no forma parte de los criterios diagnósticos, sugiere que la enfermedad subyacente será distinta a la *vECJ*; algunos de estos estudios han podido de forma excepcional ser realizados en material conservado en bancos de tejidos. El Registro Español de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas alberga datos de notificaciones de pacientes con inicio de síntomas desde 1993 a 2003; sesenta y ocho de ellos, señalados en la Figura 3, tenían menos de 56 años en el momento del diagnóstico. Es entre estos casos donde se encuentran los cuatro pacientes anteriormente citados que cumplían criterios de *vECJ posible*; solo dos de ellos habían sido notificados antes de la descripción de los criterios de *vECJ*. En el primero de estos dos casos, un diagnóstico alternativo excluyó la sospecha de *vECJ*. El segundo, cuyos síntomas se iniciaron en 1995 no disponía de estudio genético ni, naturalmente, de amígdala aunque sí de resonancia magnética sugestiva de ECJ y cumplía criterios de *ECJ esporádica probable*. La ECJ esporádica es el diagnóstico alternativo más frecuente en casos de *vECJ posible* cuando no se confirma la sospecha y, aunque nunca se realizó estudio post-mortem,

Figura 2

Número de casos de Insomnio Familiar Letal y ECJ familiar por año de diagnóstico, 1993-2002

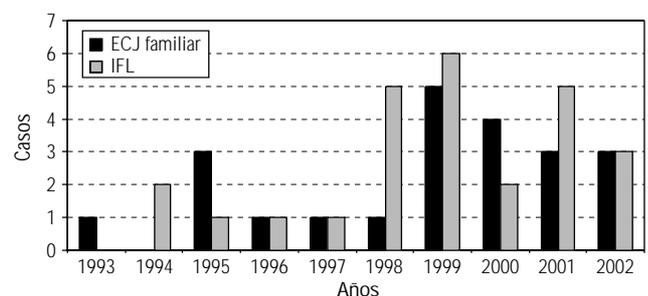
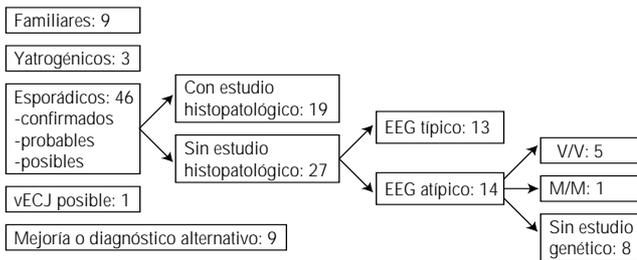


Figura 3

Número, disponibilidad y resultados del estudio diagnóstico y diagnóstico establecido de casos con sospecha de ECJ declarados al registro español, con diagnóstico a edad menor de o igual a 55 años



EEG = electroencefalograma
V = valina
M = metionina

es el diagnóstico más probable en esa paciente, formulado ya en su hospital tras un estudio clínico adecuado. Esta impresión se apoya estadísticamente también en el hecho de que en esa época la epidemia de vECJ en el Reino Unido no había apenas comenzado y la presencia de la vECJ en nuestro país era sumamente improbable, dada la gran diferencia en exposición entre las poblaciones del Reino Unido y España a tejidos de ganado vacuno presumiblemente afectados por la encefalopatía espongiforme bovina. Esta epidemia estaba todavía en auge en el Reino Unido y probablemente —faltan datos antiguos y convincentes de vigilancia de encefalopatía espongiforme bovina en España— su presencia en nuestro país a comienzo de la pasada década, época en la que mas probablemente hubiera de haberse adquirido de tratarse de vECJ, era modesta o nula.

La incertidumbre ha caracterizado la predicción de frecuencias de vECJ en cualquier país. Sin embargo, a pesar de las dificultades para estimar el riesgo de vECJ en España a partir de la cuantificación de la exposición de la población española a causas de vECJ, problemática nunca seriamente abordada, las expectativas de aparición de casos españoles de vECJ en el futuro son cada vez menos inciertas. Dada la gran diferencia en exposición acumulada a materiales de riesgo entre la población del Reino Unido y la nuestra, y los escasos visitantes españoles en el Reino Unido antes de 1989 —año del inicio de la exclusión de cerebro y médula

bovinos de la cadena alimentaria— la posibilidad de aparición de algunos casos de vECJ en España en los próximos años parece baja, aunque no se puede excluir totalmente. Italia, un país de circunstancias históricas de exposición probablemente similares a las nuestras, ha notificado recientemente un caso de vECJ. Alemania, que nos supera en tamaño de población, proporción de vacuno importado del Reino Unido en su dieta a finales de los 1980 y en dos años en la antigüedad de su sistema de vigilancia de EETH, no ha notificado casos de vECJ probable o confirmada. Por otra parte, la ausencia de casos de vECJ de comienzo en 2002 y el reciente descenso de las defunciones por esta causa en Reino Unido³ sugiere que, aun teniendo en cuenta el retraso en la notificación, la epidemia del Reino Unido está en regresión. En tal caso, un ascenso de la incidencia de vECJ en los próximos años en España, es decir la aparición de los primeros casos, sería poco probable.

Nuestro país ha dispuesto y dispone de servicios de diagnóstico y vigilancia epidemiológica que aseguran razonablemente la identificación de vECJ. Es cierto que algunas de las EETH “clásicas” (y quizás formas nuevas relacionadas con la encefalopatía espongiforme bovina) pueden manifestarse como formas de difícil clasificación y diagnóstico etiológico^{4,5}. A pesar de ello, y probablemente en relación con limitaciones diagnósticas en pacientes vivos, las noticias en prensa no especializada que esporádicamente suscitan la pregunta mencionada al principio de este artículo contradicen las evidencias de que disponemos para afirmar que la vECJ no ha estado ni está presente en España.

Bibliografía

1. Will RG, Zeidler M, Stewart GE, Macleod MA, Ironside JW et al. Diagnosis of new variant Creutzfeldt-Jakob disease. *Ann Neurol* 2000;47:575-82.
2. Hilton DA, Fathers E, Edwards P, Ironside JW, Zajicek J et al. Prion immunoreactivity in appendix before clinical onset of variant Creutzfeldt-Jakob disease. *Lancet* 1998; 352: 703-704.
3. Andrews NJ, Farrington CP, Ward HJ T, Cousens S N, Smith P G, Molesworth A M, Knight R S G, Ironside J W, Will R G. Incidence of Variant Creutzfeldt-Jakob disease onsets and deaths in the UK. *Lancet* 2003; 361:751-52.
4. Zerr I, Schulz-Schaeffer WJ, Giese A, Bodemer M, Schroter A, et al. Current clinical diagnosis in Creutzfeldt-Jakob disease: identification of uncommon variants. *Ann Neurol*. 2000;48:323-9.
5. Asante EA, Linehan JM, Desbruslais M, Joiner S, Gowland I, Andrew L, Wood AL et al. BSE prions propagate as either variant CJD-like or sporadic CJD-like prion strains in transgenic mice expressing human prion protein. *EMBO J*, 2002; 21:6358-6366.

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN. Casos acumulados hasta la semana 52 de 2002

CC.AA.	Casos notificados (1)		Casos Confirmados		Casos descartados (5)			Casos confirmados Importados (4). Total	
	Total	En invest.	Compatibles (2)	Laboratorio (3)	Total	Rubéola	Otros		
Andalucía	10	-	3	-	3	1	1	6	1
Aragón	5	-	-	1	1	-	-	4	-
Asturias	4	-	-	-	-	-	-	4	-
Baleares	12	-	1	11	12	-	-	-	-
Canarias	11	-	1	-	1	-	-	8	2
Cantabria	1	-	-	-	-	-	-	1	-
Castilla - La Mancha	5	-	5	-	5	-	-	-	-
Castilla y León	2	-	-	1	1	-	-	1	-
Cataluña	22	-	-	11	11	-	4	8	3
Com. Valenciana	66	-	1	17	18	-	-	46	2
Extremadura	9	-	-	-	-	-	-	6	3
Galicia	5	-	1	-	1	-	-	4	-
Madrid	52	-	4	8	12	8	7	39	1
Murcia	3	-	-	1	1	-	-	2	-
Navarra	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rioja	-	-	-	-	-	-	-	-	-
País Vasco	3	-	-	1	1	1	-	2	-
Ceuta	2	-	-	-	-	-	1	2	-
Melilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	212	-	16	51	67	10	13	133	12

(1) **Caso notificado sospechoso:** Todo caso que cursa con exantema máculo-papular, fiebre alta y alguno de los siguientes síntomas: tos, coriza o conjuntivitis.

(2) **Caso confirmado compatible:** Caso notificado sin muestras biológicas para diagnóstico y sin vínculo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.

(3) **Caso confirmado por laboratorio:** Caso notificado confirmado por laboratorio o caso vinculado en espacio y tiempo con un caso confirmado por laboratorio.

(4) **Caso confirmado importado:** Caso notificado confirmado por laboratorio con fuente de infección fuera de España.

(5) **Caso descartado:** Caso notificado con muestras de laboratorio negativas al virus del sarampión.

Más información (BES 2000:8:169-172)

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 28 DE DICIEMBRE DE 2002

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 52		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 1997-2001		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		2002	2001	2002	2001	Sem. 52	Acum. casos	Sem. 52	Acum. casos
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0	0	4	13				
Cólera	001	0	0	0	1				
Disentería	004	0	5	158	97	1	97	0,00	1,63
F. tifoidea y paratifoidea	002	0	0	165	174	1	208	0,00	0,79
Triquinosis	124	0	0	26	44				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	20	26	1.083	908	26	1.317	0,77	0,82
Gripe	487	23.209	44.088	1.573.920	847.975	45.863	2.509.773	0,51	0,63
Legionelosis	482.8	12	7	1.374	1.404				
Meningitis tuberculosa	013.0.320.4	0	2	58	74				
Tuberculosis respiratoria	011	46	104	6.517	7.441	111	8.400	0,41	0,78
Varicela	052	1.674	1.746	193.830	196.631	1.823	196.631	0,92	0,99
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0.098.1	8	10	816	805	14	1.467	0,57	0,56
Sífilis	091	7	11	698	700	11	706	0,64	0,99
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	14	34	4.460	7.767	37	6.984	0,38	0,64
Poliomielitis	045	0	0	0	1*				
Rubéola	056	0	1	137	179	1	534	0,00	0,26
Sarampión	055	1	0	90	87	0	246	0,00	0,37
Tétanos	037	0	0	20	23				
Tos Ferina	033	0	2	342	379	3	416	0,00	0,82
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0.070.1	5	8	593	899				
Hepatitis B	070.2.070.3	4	10	788	780				
Otras hepatitis víricas	070	8	15	1.199	1.231				
Zoonosis									
Brucelosis	023	4	7	861	924	10	1.545	0,40	0,56
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	4	40	387	466				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Leprosia	030	0	0	18	12				
Rubéola congénita	771.0	0	0	0	0				
Sífilis congénita	090	0	0	10	8				
Tétanos neonatal	771.3	0	0	0	0				

* Caso de poliomielitis asociado a vacuna.

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 (0,00). Gripe (0,51). Tuberculosis respiratoria (0,41). Infección gonocócica (0,57). Sífilis (0,64). Parotiditis (0,38). Rubéola (0,00). Sarampión (0,00). Tos Ferina (0,00). Brucelosis (0,40).

* 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 52 DE 2002

ENFERMEDADES	ANDALUCIA	ARAGON	ASTURIAS	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	C-MANCHA	C-LEON	CATALUÑA	C.VALEN.	EXTREMAD.	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	P. VASCO	RIOJA	CEUTA	MELILLA
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos
Bolulismo	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enferm. Meningocócica	4	0	1	0	0	0	0	1	5	3	0	1	1	0	0	4	0	0	0
Gripe	16	1.621	384	987	1.751	86	997	960	2.813	5.799	143	1.069	3.069	1.148	418	1.593	114	104	137
Legionelosis	1	1	0	0	0	0	1	0	2	2	1	1	2	0	0	1	0	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	4	3	4	1	2	0	4	6	4	9	2	0	0	2	2	3	0	0	0
Varicela	88	102	48	26	44	9	78	147	193	324	19	53	278	41	80	107	3	0	34
Infección gonocócica	1	0	1	1	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sifilis	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	0	1	1	0	4	0	0	3	0	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Hepatitis B	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Otras hepatitis víricas	1	0	2	0	2	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sifilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES BACTERIANAS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 52 QUE TERMINÓ EL 28 DE DICIEMBRE DE 2002

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 52		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 52	
	2002	2001	2002	2001
Bacteriemias	71	70	3655	3479
-A.anitratus	0	0	4	1
-A.baumannii	3	1	33	55
-A.hydrophila	0	0	4	0
-Aeromonas sp.	0	0	0	1
-B.catarrhalis	0	0	0	1
-B.fragilis	1	0	31	18
-C.perfringens	1	0	14	10
-E.cloacae	0	1	57	59
-E.coli	19	14	858	774
-E.faecalis	3	0	113	103
-E.faecium	0	2	33	25
-H.influenzae	1	2	38	37
-H.influenzae b	0	0	2	2
-K.pneumoniae	1	0	77	85
-L.monocytogenes	2	0	29	44
-Listeria sp.	0	0	1	0
-Paeruginosa	3	3	144	123
-Pmirabilis	0	2	32	53
-S.agalactiae	1	0	72	72
-S.aureus	13	13	475	442
-S.epidermidis	2	3	289	279
-S.marcescens	0	1	25	28
-S.pneumoniae	8	8	379	313
-S.pyogenes	0	1	25	21
-Staphylococcus coag-Multiple	4	11	252	355
-Yenterocolitica	0	0	0	3
-Multiple	2	0	140	87
-Otras	7	8	528	488
Brucelosis	0	0	46	52
-B.abortus	0	0	1	0
-B.melitensis	0	0	18	10
-Brucella sp.	0	0	27	42
E.T.S.: Gonococia	1	1	89	89
-N.gonorrhoeae	0	1	87	86
-Multiple	1	0	2	3
E.T.S.: Sífilis	3	3	224	151
-T.pallidum	3	3	224	151
E.T.S.: otras	2	1	97	87
-C.trachomatis	2	1	97	87
Enfermedad de Lyme	0	0	5	5
-B.burgdorferi	0	0	5	5
Filifloidea y paratifoidea	1	0	15	10
-S.paratyphi A	0	0	1	1
-S.paratyphi B	1	0	3	1
-S.typhi	0	0	11	8
Fiebre Q	0	3	139	105
-C.burnetii	0	3	139	105
Fiebre botonosa	1	0	78	40
-R.conorii	1	0	78	38
-Otras	0	0	0	2
G.E.A.: Salmonelosis	89	53	8107	7976
-S.enteritidis	39	24	4183	4297
-S.typhimurium	13	3	615	652
-S.virchow	0	0	5	6
-Salmonella gr.B	6	9	428	373
-Salmonella gr.C	0	0	49	78
-Salmonella gr.C1	2	1	101	87
-Salmonella gr.C2	1	0	76	80
-Salmonella gr.D	9	3	636	475
-Salmonella gr.D1	7	2	229	239
-Salmonella gr.E	0	0	7	5
-Salmonella sp.	8	8	1526	1428
-Multiple	3	1	181	166
-Otras	1	2	71	90
G.E.A.: Shigelosis	0	0	148	97
-S.boydii	0	0	6	6
-S.disenteriae	0	0	0	1
-S.flexneri	0	0	51	46
-S.sonnei	0	0	90	39
-Shigella sp.	0	0	1	3
-Multiple	0	0	0	2
G.E.A.: Vibrio	0	0	10	4
-V.alginolyticus	0	0	1	0
-V.cholerae NAG	0	0	2	2
-V.cholerae O1	0	0	1	0
-V.fluviatilis	0	0	5	1
-V.parahaemolyticus	0	0	1	0
-Multiple	0	0	0	1
G.E.A.: otras bacterias	91	86	7134	7371
-A.caviae	1	6	343	355
-A.hydrophila	2	3	129	132
-A.sobria	0	0	50	49
-Aeromonas sp.	0	0	15	22
-C.coli	7	0	182	115
-C.difficile	3	2	124	55
-C.jejuni	61	54	4773	4972
-C.perfringens	0	0	1	0
-Campylobacter sp.	10	11	802	949
-E.cloacae	0	0	1	0
-E.coli	0	0	5	5

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 52		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 52	
	2002	2001	2002	2001
-E.coli EH	0	0	2	0
-E.coli EP	0	0	0	2
-E.coli O157	0	0	9	13
-E.faecium	0	0	1	0
-Paeruginosa	0	1	1	9
-S.aureus	0	1	14	18
-S.pyogenes	0	0	1	0
-Yenterocolitica	2	6	361	347
-Yenterocolitica ser.03	4	2	157	159
-Multiple	1	0	122	120
-Otras	0	0	41	49
Infecciones respiratorias	52	44	2037	1678
-A.baumannii	0	1	5	9
-B.catarrhalis	1	0	2	2
-C.perfringens	0	0	0	1
-C.pneumoniae	0	2	92	119
-Chlamydia sp.	0	0	25	36
-E.cloacae	0	1	1	3
-E.coli	0	0	9	8
-E.faecalis	0	0	3	2
-H.influenzae	3	0	72	45
-H.influenzae b	0	0	5	1
-K.pneumoniae	0	1	4	6
-M.pneumoniae	0	4	181	202
-Mycoplasma sp.	0	0	7	21
-N.asteroides	0	0	3	3
-Nocardia sp.	0	0	4	0
-Paeruginosa	0	0	17	8
-Pmirabilis	0	0	1	1
-S.aureus	1	1	36	29
-S.epidermidis	0	0	6	3
-S.marcescens	0	0	6	2
-S.pneumoniae	31	22	995	636
-S.pyogenes	12	12	467	469
-Staphylococcus coag-Multiple	0	0	0	1
-Multiple	1	0	21	20
-Otras	3	0	75	51
Infección meningocócica	11	3	179	115
-N.meningitidis	1	0	36	16
-N.meningitidis gr.A	1	0	1	1
-N.meningitidis gr.B	4	3	101	79
-N.meningitidis gr.C	5	0	35	16
-Multiple	0	0	1	0
-Otras	0	0	5	3
Legionelosis	3	4	310	211
-L.pneumophila	3	4	310	209
-Multiple	0	0	0	2
Leptospirosis	0	0	6	8
-L.canicola	0	0	2	1
-L.icterohaemorrhagiae	0	0	2	4
-Leptospira sp.	0	0	2	3
Mening. no meningocócicas	1	3	114	109
-C.perfringens	0	0	1	0
-E.coli	0	0	3	1
-E.faecalis	0	0	1	0
-E.faecium	0	0	0	1
-H.influenzae	0	0	2	8
-H.influenzae b	0	0	6	2
-K.pneumoniae	0	0	0	1
-L.monocytogenes	0	0	18	12
-Paeruginosa	0	0	2	0
-S.agalactiae	0	0	5	5
-S.aureus	1	0	2	2
-S.epidermidis	0	0	3	0
-S.marcescens	0	0	1	1
-S.pneumoniae	0	3	68	67
-S.pyogenes	0	0	0	2
-Staphylococcus coag-Multiple	0	0	0	1
-Multiple	0	0	1	0
-Otras	0	0	1	6
Micobacterias	30	18	2016	1858
-M.bovis	0	0	2	3
-M.tuberculosis	30	18	2014	1854
-Multiple	0	0	0	1
Micobacterias atípicas	1	1	260	211
-M.avium/intracellulare	0	0	61	47
-M.fortuitum	0	0	9	6
-M.gordonae	0	0	22	19
-M.kansasii	1	1	136	105
-M.marinum	0	0	5	4
-M.xenopi	0	0	12	22
-Multiple	0	0	1	0
-Otras	0	0	14	8
Micobacterias sp	0	0	2	4
-Mycobacterium sp.	0	0	2	4
Psitacosis	0	0	4	5
-C.psittaci	0	0	4	5
Tos ferina	1	1	46	10
-B.pertussis	1	1	45	10
-Otras	0	0	1	0
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	30	31	42	42

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 52 QUE TERMINÓ EL 28 DE DICIEMBRE DE 2002

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 52		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 52	
	2002	2001	2002	2001
Adenovirus	10	14	435	399
Adenovirus 40/41	0	2	10	12
Agente Delta	0	1	1	6
Astrovirus	1	1	32	7
Citomegalovirus	15	11	739	869
Coxsackie	0	0	1	0
Coxsackie B	0	0	13	13
Echovirus	12	4	149	452
Echovirus 30	0	0	0	3
Echovirus 6	0	0	12	1
Enterovirus	6	2	245	251
Epstein-Barr	13	23	1117	1303
Gripe A	0	24	756	184
Gripe B	19	5	543	73
Hepatitis A	0	0	146	179
Hepatitis B	4	0	122	121
Hepatitis C	10	14	746	664
Herpes simple	0	1	39	68
Herpes simple tipo 1	3	4	132	122
Herpes simple tipo 2	0	0	38	38
Herpesvirus humano 6	0	1	2	8
Herpesvirus humano 8	0	0	0	4
Papilomavirus	0	0	268	282
Parainfluenza	0	0	9	17
Parainfluenza 1	0	1	15	42
Parainfluenza 2	0	0	10	11
Parainfluenza 3	0	2	55	87
Parotiditis	0	0	10	115
Parvovirus B 19	0	1	63	66
Polio tipo II	0	0	0	1
Reovirus	0	0	0	1
Respiratorio Sincitial	184	174	2698	1754
Rinovirus	0	0	64	58
Rotavirus	90	78	1933	2565
Rubeola	0	0	16	15
Sarampión	0	0	8	6
Varicela Zoster	1	1	71	62
Virus JC	0	0	0	1
Virus ORF	0	0	1	0
—Otros	0	0	18	3
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	26	28	40	41

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 52		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 52	
	2002	2001	2002	2001
Anisakis	0	0	3	5
Ascaris lumbricoides	1	0	64	37
Blastocystis hominis	6	1	409	380
Cisticercus sp.	0	0	3	0
Cryptosporidium sp	0	0	121	88
Echinococcus granulosus	0	0	30	10
Echinococcus sp.	0	0	5	7
Entamoeba coli	0	0	20	38
Entamoeba histolytica	0	2	33	15
Entamoeba sp	1	0	5	2
Enterobius vermicularis	5	1	262	197
Fasciola hepatica	0	0	0	2
Giardia lamblia	9	4	729	561
Leishmania donovani	0	0	2	3
Leishmania sp	0	0	24	26
Plasmodium falciparum	3	3	120	112
Plasmodium malariae	0	0	2	8
Plasmodium ovale	1	0	8	7
Plasmodium sp	1	0	9	10
Plasmodium vivax	0	0	23	38
Schistosoma haematobium	0	0	2	1
Schistosoma mansoni	0	0	0	2
Taenia saginata	0	0	39	29
Taenia solium	0	0	1	1
Taenia sp.	1	0	37	39
Toxoplasma gondii	0	0	76	58
Trichomonas vaginalis	4	2	198	169
Trichuris trichiura	1	0	86	72
—Otros	0	1	146	117
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	13	7	35	35

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 52		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 52	
	2002	2001	2002	2001
Cutáneas y Subcutáneas	7	10	852	706
-Aspergillus fumigatus	0	0	0	1
-Aspergillus niger	0	0	5	1
-Aspergillus sp.	0	0	5	3
-Candida albicans	0	2	114	108
-Candida glabrata	0	2	5	9
-Candida guilliermondii	0	0	9	9
-Candida magnoliae	0	0	0	2
-Candida parapsilosis	0	3	97	158
-Candida pelliculosa	0	0	2	0
-Candida sp.	2	0	14	14
-Cryptococcus laurentii	0	0	1	1
-Epidermophyton floccosum	0	0	5	11
-Malassezia furfur	0	0	25	23
-Microsporium canis	1	0	90	47
-Microsporium gypseum	0	0	4	3
-Rhodotorula pilimanae	0	0	0	1
-Rhodotorula rubra	0	0	6	8
-Trichophyt.mentagrophytes	2	0	131	84
-Trichophyton rubrum	2	1	225	118
-Trichosporon sp.	0	0	1	0
.Múltiple	0	0	20	10
.Otras	0	2	93	95
Mucosas	2	19	298	248
-Aspergillus fumigatus	0	1	8	12
-Aspergillus glaucus	0	0	1	1
-Aspergillus niger	0	2	29	35
-Aspergillus sp.	0	0	11	2
-Candida albicans	0	5	32	44
-Candida glabrata	0	0	3	2
-Candida guilliermondii	0	0	1	2
-Candida parapsilosis	1	4	77	61
-Candida sp.	0	0	11	9
.Múltiple	0	0	13	1
.Otras	1	7	112	79
Sistémicas	4	0	215	191
-Aspergillus fumigatus	0	0	12	10
-Aspergillus niger	0	0	1	0
-Candida albicans	2	0	80	69
-Candida glabrata	0	0	12	9
-Candida parapsilosis	0	0	33	41
-Candida sp.	0	0	5	6
-Cryptococcus neoformans	0	0	6	16
-Cryptococcus sp.	0	0	0	1
-Pneumocystis carinii	1	0	39	23
.Múltiple	0	0	0	2
.Otras	1	0	27	14
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	5	4	20	25

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. 33888

ÍNDICE POR MATERIAS AÑO 2002			
	NÚM.	PG	SEMANAS
BRUCELOSIS			
- Evaluación de la Vigilancia Epidemiológica de la brucelosis en Extremadura durante el año 2000	24	257	49-50
CÁNCER			
- Incidencia y mortalidad por cáncer de riñón en España	2	9	2
CARBUNCO			
- Protocolo de actuación ante una emisión deliberada de esporas de <i>Bacillus anthracis</i> . Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica	10	97	19
CONFERENCIAS			
- Presente y futuro de la Vigilancia Epidemiológica en Europa: Acciones y necesidades	7	61	11-12
- TEPHINET-2002. Segunda Conferencia Internacional de la red de Programas de Adiestramiento en Epidemiología e Intervenciones en Salud Pública. Madrid 2-7 de junio de 2002	10	103	19
ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS			
- Variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en España, 1993-2003	26	277	52
ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA			
- Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España. Año 2001	6	49	10
- Incidencia de las enfermedades transmisibles de declaración obligatoria. Casos y tasas por 100.000 habitantes a nivel provincial/CC.AA. España, 2001	6	55	10
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN			
- Certificación de la erradicación de la poliomielitis. Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. Año 2001	16	161	29-30
- La Región Europea de la OMS es declarada libre de polio	8	73	13-14-15-16
- Plan de eliminación del sarampión. Evaluación del año 2001 y primer semestre del año 2002	18	185	33-34
GRIPE			
- Actividad de la gripe en la temporada 2002-2003 (1 de octubre-25 de enero) en España. Actualización	23	245	45-46-47-48
- Sistemas de vigilancia de la gripe en España. Temporadas 2000/2001 y 2001/2002	17	173	31-32
- Vigilancia centinela de la gripe en España. Temporada 2001-2002	15	149	25-26-27-28
INFECCIONES E INTOXICACIONES DE ORIGEN ALIMENTARIO			
- Estudio epidemiológico de una asociación de casos de enfermedad de sintomatología neurológica relacionados con el consumo de un producto carminativo en el año 2001	5	37	8-9
- Toxicidad por ingesta de calabacines	21	221	39-40-41-42
LEGIONELOSIS			
- Legionelosis relacionada con viajes a España. Procedimientos y resultados de la Red de Vigilancia de Infecciones por <i>Legionella</i> (EWGLINET)	20	209	37-38
MICOSIS			
- Coccidioidomicosis asociada al Campeonato Mundial de Aerodelismo celebrado en Kern County, California, Octubre 2001.	4	25	4-5-6-7
NORMAS DE PUBLICACIÓN			
- Boletín Epidemiológico Semanal. Normas de publicación	17	175	31-32
RABIA			
- Rabia en España. ¿Qué ocurre con la rabia en quirópteros?	11	109	20-21
SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/VIH			
- Prevalencia de VIH, HTLV-I y HTLV-II en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, 2000-2001. Estudio anónimo y no relacionado	22	233	43-44
- Vigilancia Epidemiológica del Sida en España. Situación a 31 de diciembre de 2001.	1	1	1
- Vigilancia Epidemiológica del Sida en España. Situación a 30 de junio de 2002	12	121	22
- Vigilancia Epidemiológica del Sida en España. Situación a 31 de diciembre de 2002.	25	269	51
SISTEMAS DE DEVOLUCIÓN DE INFORMACIÓN			
- Evaluación de los Sistemas de Devolución de Información al nivel de Área de Salud. (La experiencia en el Área 2 de la Comunidad de Madrid)	9	85	17-18
TUBERCULOSIS			
- Aislamientos de <i>M.tuberculosis</i> notificados al Sistema de Información Microbiológica (SIM) en los años 2000 y 2001	19	197	35-36
- Evaluación de la Vigilancia Epidemiológica de la tuberculosis pulmonar en la provincia de Zaragoza durante el año 1999	3	17	3
VIRUELA			
- Recomendaciones de actuación y respuesta ante la aparición de un caso o de un brote de viruela (I)	13	129	23
- Recomendaciones de actuación y respuesta ante la aparición de un caso o de un brote de viruela (II)	14	137	24