



Epidemiológico

Semanal

RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ESPAÑA
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

SEMANA 20

1997/Vol. 5/n.º 13/125-132

Del 11 al 17 de mayo de 1997 (Impreso el 19 de enero de 1998)

ISSN: 1135-6286

SUMARIO

1. Plan de actuaciones necesarias para la consecución del certificado de erradicación de la poliomielitis.
2. Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
3. Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica.

1. PLAN DE ACTUACIONES NECESARIAS PARA LA CONSECUCCIÓN DEL CERTIFICADO DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS

ANTECEDENTES

El objetivo 5 de la Estrategia Salud Para Todos en el año 2000 señalaba la erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000.

En la Segunda Conferencia sobre Políticas de Inmunización celebrada en Karlovy Vary en 1984, se señalaba: «Para 1990 la poliomielitis indígena deberá haber sido erradicada de todos los países de la Región».

En 1988, la 41ª Asamblea Mundial de la Salud tomó el acuerdo de erradicar la poliomielitis en el mundo para el año 2000.

En mayo de 1989, la 42ª Asamblea Mundial de la Salud elaboró un Plan de Acción para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis para el año 2000.

En 1990, en la Tercera Reunión del Grupo Consultivo de Erradicación de la Poliomielitis se fijaron los Criterios para declarar a un país libre de poliomielitis indígena.

En 1993, en la Séptima Reunión del Grupo Europeo del Programa Ampliado de Inmunización y en la Quinta Reunión de Directores Nacionales del Programa Ampliado de Inmunización, se revisó los objetivos generales y específicos del referido programa y, por lo que se refiere a la poliomielitis definió:

«Para el año 2000, o tan pronto como sea posible, la poliomielitis indígena debida a poliovirus salvaje deberá ser erradicada de la Región.»

En marzo de 1996 se celebró en París la Primera Reunión de la Comisión Europea para la Certificación de Erradicación de la Poliomielitis. Los principales objetivos de la reunión fueron:

1. Discutir y acordar los términos de referencia de la Comisión Regional para la Certificación.
2. Discutir y proponer el proceso de certificación para los Estados Miembros de la Región Europea de la OMS.
3. Formular las principales actividades que deberán incluirse en el plan de acción de la Comisión Regional para la Certificación.

Requisitos de la OMS para la obtención del Certificado de Erradicación

Las estrategias recomendadas por la OMS para la erradicación de la poliomielitis en la región europea son:

- implantar un sistema eficaz de vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA);
- alcanzar y mantener una alta cobertura de inmunización, y
- un sistema de vigilancia medioambiental, que demuestre que el virus salvaje no puede ser detectado ni en muestras humanas ni en muestras medioambientales.

Los criterios de calidad que deben cumplir los Programas de Vigilancia de Parálisis Flácidas Agudas (PFAs) y los Laboratorios y que deben mantenerse durante al menos 12 meses para conseguir el Certificado son:

1º Al menos el 80% de los informes de vigilancia de PFAs rutinarios deben recibirse a tiempo.

2º El sistema de vigilancia de PFAs debe detectar una tasa de PFA $\geq 1/100.000$ habitantes menores de 15 años.

3º Al menos el 80% de los casos de PFA informados deben investigarse en las primeras 48 h hasta un nivel suficiente para dirigir su investigación.

4º Todos los ensayos de cultivo de virus, incluidos los negativos, deben ser realizados por laboratorios certificados.

Comentario: Todas las muestras de heces de PFA y otras muestras diagnósticas deben procesarse por un laboratorio que esté certificado como parte de la red mundial de laboratorios para la erradicación de polio. El aislamiento de virus por laboratorios ajenos a la red debe confirmarse por un laboratorio de la red.

5º Al menos el 80% de las muestras de PFA deben ser adecuadas para su análisis a la llegada al laboratorio.

6º Todos los casos de PFAs deben tener un estudio completo, tanto clínico como de laboratorio, con investigación del seguimiento de parálisis residual durante un periodo de seguimiento de 60 días.

Comentario: Una investigación completa clínica y de laboratorio incluye la toma de 2 muestras de heces separadas 24-48 horas tomadas en los primeros 14 días tras el comienzo de la parálisis. Los casos deberían tener también un examen de seguimiento clínico a los 60 días, tras el comienzo de la parálisis para determinar si tienen parálisis residual. Finalmente, un panel de expertos debería reunirse al menos una vez al año para clasificar definitivamente los casos de PFA como poliomieltitis confirmados, poliomieltitis descartado, o poliomieltitis compatible.

Otros indicadores de vigilancia que refuerzan la Certificación son:

- Un sistema obligatorio de declaración de poliomieltitis que se haya demostrado capaz de detectar casos importados.
- Un sistema de vigilancia de reacciones adversas a la vacuna que se haya demostrado capaz de detectar poliomieltitis asociada a vacunación en receptores o en sus contactos.
- Inmunización adecuada con muy alta cobertura de administración de al menos tres dosis, tanto en la población general como en poblaciones de riesgo.
- Estudios serológicos que demuestren un nivel inmunitario frente a poliovirus muy elevado.

Respecto a la **vigilancia medioambiental**, aunque la OMS estimula su implantación, es consciente de las dificultades que se presentan tanto desde el punto de vista metodológico como respecto a su interpretación.

SITUACIÓN EN ESPAÑA

Los casos notificados de poliomieltitis en España han descendido de forma espectacular desde la introducción de la vacuna antipoliomielítica en el año 1963. Los últimos dos casos notificados fueron en 1989, uno un caso importado de Mauritania y otro un caso de polio postvacunal.

La cobertura vacunal frente a la poliomieltitis es elevada, situándose por encima del 80% desde los años 80 y alcanzando un 91% en 1996, si bien se considera infraestimada esta cobertura al quedar excluidas en su estimación las vacunaciones administradas fuera del sistema público.

Tras la recepción del informe de la 1ª Reunión de la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomieltitis (WHO/EPI7/GEN/95.6), el Ministerio de Sanidad y Consumo envió copia del documento a las Comunidades Autónomas y a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, a la vez que les consultó respecto a la viabilidad de la puesta en marcha de un Plan de Erradicación de Poliomieltitis en España.

Posteriormente, se publicaron las conclusiones de la 1ª Reunión de la Comisión Regional Europea para la Certificación de la Erradicación de la Poliomieltitis, que impulsan de manera decidida la puesta en marcha de la Vigilancia de PFA como el método de elección para demostrar la ausencia de circulación de poliovirus salvajes.

Con el fin de tener una primera estimación de las tasas de PFA de las que tiene conocimiento el Sistema Nacional de Salud, se ha realizado una consulta a la base de datos CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) respecto al número de casos registrados en el epígrafe de la CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación clínica) «357.0 Polineuritis infecciosa aguda (Polineuritis post-infecciosa. Síndrome de Guillain-Barré)», la principal causa de PFA en menores de 15 años compatible con diagnóstico de polio.

Según los datos recogidos, el número de casos registrados por el CMBD en el Estado en menores de 15 años es de 66 casos en el año 1995. Estimando que en el año 1994 el CMBD registró el 86% de las altas registradas en los hospitales públicos y el 61% de las registradas en hospitales públicos y privados, el número de casos que podría esperarse se situaría entre rango de 77 y 108 casos anuales, lo que supondría una tasa de entre 1,2 y 1,6 casos por cada 100.000 habitantes menores de 15 años.

En noviembre de 1996 se constituyó el Grupo de Trabajo del Plan de Erradicación de la Poliomieltitis (GT-PEP) que actualmente está constituido por representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Salud Pública, Instituto de Salud Carlos III e Instituto Nacional de la Salud) y de Sociedades Científicas (Epidemiología, Neurología, Pediatría y Virología).

De forma paralela e interrelacionada con el GT-PEP se crea el grupo de los Coordinadores Autonómicos del Plan de Erradicación de la Poliomieltitis, cuya primera reunión se celebró en el mes de julio de 1997.

En octubre de 1997 fue nombrado por el Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo el Comité Nacional de Expertos para la obtención del Certificado de Erradicación de la Poliomieltitis.

PROPUESTA DE ACTUACIONES NECESARIAS PARA LA CONSECUCCIÓN DEL CERTIFICADO DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN ESPAÑA

La propuesta incluye las siguientes actuaciones:

- **implantar un sistema eficaz de vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA);**
- **alcanzar y mantener altas coberturas de vacunación;**
- **puesta en marcha un sistema de vigilancia medioambiental;**
- **estudio seroepidemiológico que valore el estado inmunitario de la población frente a poliovirus.**

1. Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda

Definición de la entidad y su importancia

El síndrome de Parálisis Flácida Aguda (PFA) se caracteriza por un inicio rápido de debilidad muscular en las extremidades, afectando en ocasiones a los músculos de la respiración y/o a las estructuras anatómicas dependientes del tronco del encéfalo (bulbares, etc.), que suele alcanzar una intensidad máxima entre los días 1 y 10 a partir de su comienzo. El término «flácida» (hipotónica) indica la ausencia de espasticidad o de otros signos de trastorno motor dependiente de la primera motoneurona (neurona motora cortical y vía piramidal), tales como hiperreflexia, clonus o respuesta plantar extensora. Aunque puede afectar a individuos de cualquier edad, es fundamentalmente una enfermedad de la infancia, de ahí su importancia en la vigilancia de la poliomieltitis. Se estima que la PFA afecta a 1/100.000 niños menores de 15 años.

Entidades clínicas que es necesario incluir

Aunque la PFA representa un síndrome con múltiples causas, las más importantes, excluyendo las causas musculares primarias y las pseudoparálisis, son las que se especifican a continuación:

- Enfermedad paralítica aguda por lesión de motoneuronas de asta anterior, causada por poliovirus u otros enterovirus (coxsackievirus, echovirus y enterovirus 70 y 71).
- Mielopatía aguda (mielitis trasversa).
- Neuropatía periférica, fundamentalmente el Síndrome de Guillain Barré (polirradículo-neuritis aguda).

Definición clínica del caso

Inicio agudo (no recurrente) de parálisis flácida (hipotónica) en una o más extremidades con ausencia o disminución de reflejos miotáticos en los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva, y que acontece en niño menor de 15 años de edad.

Criterio diagnóstico de laboratorio

Aislamiento e identificación de poliovirus en heces, en laboratorio especializado que utilice técnicas virológicas de cultivo celular.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: Todo caso de parálisis flácida aguda (PFA), incluyendo el Síndrome de Guillain Barré y la mielopatía aguda, en un niño menor de 15 años en el que ninguna otra causa puede ser identificada.

Caso compatible: Todo caso de PFA con parálisis residual después de 60 días del inicio o bien pérdida del seguimiento o muerte, en el que no pudieron recogerse dos muestras de heces en las dos primeras semanas de iniciados los síntomas para ser examinadas por laboratorio especializado en virología.

Caso confirmado: Todo caso de PFA en el cual se aísla poliovirus en alguna de las muestras de heces del paciente o de muestras de un contacto. Una vez confirmado el caso, y de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, éste se clasificará en:

- Caso autóctono de poliovirus salvaje.
- Caso importado de poliovirus salvaje.
- Caso asociado a la vacunación: Todo caso de PFA en el que el virus aislado es virus

vacunal (atenuado) y no se pudo identificar otro agente causal de la enfermedad. Debe haber una historia previa de administración de VOP (Vacuna Oral de la Poliomiélitis) dentro de un plazo de 7-30 días antes de la aparición de síntomas, o haber tenido contacto con un individuo recientemente inmunizado, dentro de un plazo de 7-60 días antes de la aparición de los síntomas.

Caso no-poliomiélitis (descartado): Todo caso de parálisis flácida aguda en el que al menos se han recogido dos muestras adecuadas de heces en las dos semanas siguientes al inicio de los síntomas, siendo los resultados negativos para poliovirus.

Secuencia diagnóstica y de actuación

a) Todo niño con edad inferior a 15 años que presente una PFA será investigado de forma inmediata con recogida detallada de su historia clínica, información demográfica y epidemiológica, examen físico, exploraciones complementarias oportunas y recogida de muestra de heces para el laboratorio. Es de gran importancia la obtención de 2 muestras de heces con un intervalo de 24-48 horas, dentro de las dos primeras semanas del inicio de la parálisis, ya que la probabilidad de aislar el poliovirus salvaje disminuye mucho a partir de este periodo. Es recomendable valorar la respuesta de anticuerpos frente a los poliovirus, recogiendo muestras de suero al inicio del cuadro clínico y de 2 a 4 semanas más tarde. Con la primera muestra de suero es conveniente enviar una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) recogida simultáneamente.

b) Se obtendrá una muestra de heces de cinco contactos del caso índice menores de 15 años, que no hayan recibido la vacuna oral contra la poliomiélitis en los 30 días precedentes.

c) Si el caso sospechoso fallece se intentará obtener muestras del contenido intestinal, de heces ya formadas o de otros tejidos (bulbo raquídeo, médula espinal) y de suero, lo más pronto posible tras el fallecimiento, con el fin de poder llegar al diagnóstico etiológico definitivo.

d) Las muestras obtenidas deberán enviarse lo antes posible al laboratorio virológico correspondiente. Las cantidades de muestra a remitir para estos estudios son:

Heces: Tamaño de una nuez.

Suero: Como mínimo 3 ml.

LCR: Como mínimo 2 ml.

Conviene que las muestras lleguen refrigeradas (no utilizar hielo) en envases apropiados para el transporte de muestras biológicas y en régimen de envío urgente. Se recomienda que antes de realizar otro tipo de pruebas, separen previamente las alícuotas destinadas a estudios virológicos en los laboratorios designados, con el objeto de evitar contaminaciones.

e) Una vez recogida toda la información y realizadas las pruebas de laboratorio se procederá a clasificar el caso, de acuerdo a la definición adoptada previamente, en descartado, compatible o confirmado. Es obligatorio cubrir todos los epígrafes del impreso de la Encuesta Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda y remitirlo con urgencia al epidemiólogo provincial.

Notificación del caso sospechoso

Todo caso sospechoso de PFA en menores de 15 años que ingrese en un hospital será notificado por el médico que realiza el diagnóstico o por el máximo responsable del Servicio correspondiente, de forma inmediata y urgente mediante Fax o teléfono. En paralelo, se recogerán y enviarán las muestras que procedan al laboratorio designado. En ambos casos se rellenará y enviará la encuesta epidemiológica con los datos que en cada momento se conozcan, remitiendo posteriormente la encuesta cuando se hayan completado todos los datos.

1. **A las autoridades de salud pública de nivel provincial** (Consejería de Sanidad- Servicio de Vigilancia Epidemiológica), que de forma inmediata iniciarán la recogida de la información epidemiológica, la búsqueda e investigación de los 5 contactos y envío de muestras de los mismos al laboratorio designado en cada CC.AA.

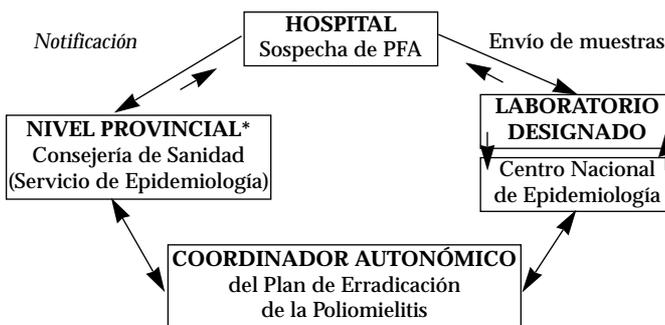
Las autoridades del nivel provincial comunicarán, de forma urgente, la sospecha del caso al coordinador del Plan de Erradicación de la Polio (PEP) de la Comunidad Autónoma correspondiente, el cual a su vez lo comunicará de forma urgente al Centro Nacional de Epidemiología (CNE) (Persona de contacto: Isabel Pachón; telef. 387 78 02; fax 387 78 16; e-mail: ipachon@isciii.es).

El coordinador autonómico del PEP coordinará, controlará y supervisará la correcta investigación del caso, fundamentalmente en lo referente a la investigación epidemiológica, contactos y toma y envío de muestras.

2. **Al laboratorio designado**, al cual enviará de forma urgente las muestras correspondientes junto con la información que en ese momento tenga respecto al caso.

El laboratorio lo comunicará de forma urgente al Centro Nacional de Epidemiología (CNE), que iniciará el seguimiento del caso hasta su diagnóstico definitivo, momento en el cual recibirá la ficha epidemiológica del caso así como la información referente al seguimiento de los contactos. A su vez el CNE se pondrá en contacto inmediato con el coordinador autonómico del PEP.

CIRCUITO DE NOTIFICACIÓN DE UN CASO SOSPECHOSO



* Responsable de notificación a determinar en cada CC.AA según las peculiaridades de sus hospitales.

Para evitar pérdida de información se establecerá un fluido constante y recíproco entre el CNE y el laboratorio y el coordinador autonómico

Los casos sospechosos que se notifiquen serán revisados de forma periódica por el Grupo de Trabajo del PEP y posteriormente serán comunicados al Comité Nacional de Expertos.

En el supuesto de que se confirme un caso de polio (importado, postvacunal o autóctono), éste será incluido en el sistema de notificación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

El CNE remitirá mensualmente a la Oficina Regional Europea de la OMS la información requerida sobre los casos de PFA investigados, su clasificación definitiva y los indicadores específicos. Una copia de dicha información será remitida a los coordinadores del PEP de las Comunidades Autónomas y al Comité Nacional.

De forma periódica, se difundirá información sobre la evolución del Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida a través de publicaciones de las sociedades científicas y boletines epidemiológicos.

El grupo de trabajo del Plan de Erradicación de la Polio deberá emitir un informe anual de la situación, evolución del sistema de vigilancia de Parálisis Flácida Aguda y evaluación del mismo.

Registro de Cero-Casos

En el informe mensual que habrá de remitirse a la OMS deberá notificarse Cero-Casos en el supuesto que durante ese mes no hubiera ninguna notificación de caso. Para ello, el coordinador autonómico del PEP remitirá al CNE todos los días 1 de mes antes de las 12 h, o el día siguiente laboral en el supuesto que fuera festivo, el registro de Cero-Casos correspondiente a cada una de las provincias de su comunidad si en alguna de ellas no se hubiera notificado ningún caso. Para ello rastreará los servicios de pediatría, neurología y unidad de cuidados intensivos de los correspondientes hospitales.

Sistema de vigilancia pasivo a través del CMBD

De forma paralela al Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda se establecerá la recopilación de información del Conjunto Mínimo Básico de Datos hospitalarios. Para ello, el coordinador autonómico del PEP revisará de forma periódica, que pudiera establecerse semestralmente, el CMBD de los hospitales correspondientes, con el fin de asegurar que no ha habido pérdidas en la notificación de los casos sospechosos de PFA en menores de 15 años.

Para facilitar esta labor podría establecerse un sistema de alerta con el codificador del CMBD de los hospitales de tal forma que al introducir alguno de los códigos incluidos en la sospecha de PFA anotara la información que permitiera identificar el caso de forma fácil.

2. Cobertura de vacunación

A nivel nacional deberá alcanzarse una cobertura de inmunización del 95% en la serie primaria, menores de 2 años. A nivel provincial se alcanzarán coberturas de inmunización primaria no inferiores al 90% en menores de 2 años. Este objetivo se alcanzará mediante:

a) **Servicios rutinarios de vacunación.** Incluyen las actividades que se realizan de forma continua, a través de los servicios de salud permanentes, para llevar a cabo el programa de vacunación infantil. El objetivo es garantizar que todas las cohortes nuevas que se incorporan a la población sean vacunadas correcta y adecuadamente.

b) **Oportunidades perdidas:** Cuando un niño que puede ser vacunado, y que no presenta ninguna contraindicación, acude a un centro asistencial y no recibe las vacunas necesarias, se trata de una oportunidad perdida. Este hecho puede ocurrir, y habrá que poner los medios necesarios para evitarlo, en dos ámbitos:

- en los centros de vacunación y otros servicios preventivos: asegurar que el personal de salud sea plenamente consciente de las pocas contraindicaciones que hay para la administración de las vacunas; las falsas contraindicaciones son una de las principales causas de oportunidades perdidas;
- en las consultas pediátricas asistenciales: aprovechar todo contacto que el niño hace con el sistema de salud, independientemente del motivo, para revisar su estado de vacunación y completarlo en caso de necesidad.

c) **Acciones de apoyo y mantenimiento:** Ya que las coberturas alcanzadas por los programas de inmunización infantil en nuestro país son bastante elevadas, no parece necesario implantar campañas de inmunización masiva y/o campañas de barrido, como en determinadas situaciones aconseja la OMS. Sin embargo, sería conveniente implantar acciones encaminadas a consolidar las coberturas alcanzadas por los programas de inmunización infantil y mantener dichas coberturas. Para ello se proponen las siguientes acciones:

- revisar el estado de vacunación, mediante documento acreditativo, al entrar en guarderías, colegios y centros de enseñanza secundaria, recomendando la vacunación en aquellos casos que no estuviera correcto;
- proponer acciones específicas necesarias para cubrir núcleos de población marginal que se conozca o sospeche de tener bajas coberturas de inmunización.

d) **Estimación de coberturas de vacunación,** de forma periódica y a distinto nivel: nacional, de comunidad y provincial. En esta primera fase se considera de gran interés que cada una de las Comunidades informen de si están realizando alguna acción específica en materia de vacunación dirigida a poblaciones marginales, la forma de abordaje y los resultados que se están obteniendo.

3. Vigilancia medioambiental

La certificación de la erradicación de la poliomielitis requiere demostrar que no existen casos producidos por poliovirus salvaje y además que el virus no puede ser detectado ni en humanos ni en el medio ambiente. De ahí, que la vigilancia medioambiental de la circulación de poliovirus salvaje sea una necesidad. Sin embargo, métodos prácticos, sensibles y específicos para realizar análisis a gran escala no están aún disponibles, particularmente por la dificultad de detectar poliovirus salvaje entre una gran cantidad de poliovirus vacunal, especialmente en países, como el nuestro, que utilizamos la VOP de forma rutinaria. Esto unido a la ausencia de notificación de casos de poliomielitis en nuestro país desde 1989, dificulta la realización de estudios medioambientales de circulación de poliovirus salvaje.

Sin embargo, es posible la implantación de algunas actividades, como refuerzo del Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácidas, tales como:

- análisis de muestras de heces en niños sanos que estén incluidos en «poblaciones de riesgo», definiendo como tales a poblaciones con baja cobertura de inmunización o minorías étnicas de riesgo debido a la escasa utilización de los servicios de salud;

- análisis de muestras mediambientales, aguas residuales, ríos, etc., en áreas en las que se encuentren estas «poblaciones a riesgo»;
- puesta en marcha de un Sistema de Vigilancia de Enterovirus mediante la creación de una Red complementaria de laboratorios de virología.

4. Estudios seroepidemiológicos

En España se ha iniciado en 1996 un estudio seroepidemiológico con representatividad nacional, que se llevará a cabo en 16 Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla y cuyo objetivo fundamental es determinar el perfil serológico de la población de 2 a 40 años de edad frente a determinados agentes infecciosos, entre ellos los poliovirus 1, 2 y 3.

Asimismo, se está realizando un estudio similar con representatividad para la Comunidad Autónoma de Andalucía y en el año 1993 se realizó un estudio en la Comunidad de Madrid en población de 2 a 10 años.

PAPEL DE LOS LABORATORIOS DE VIROLOGÍA EN EL PLAN DE ERRADICACIÓN DE POLIO

El Plan de Erradicación de Poliomielitis se apoyará en una Red de Laboratorios Españoles que estará constituida por laboratorios de virología «certificados a nivel nacional» propuestos por el Ministerio de Sanidad y Consumo y/o por las Comunidades Autónomas y por el Laboratorio Nacional de Referencia. Se propone como laboratorio de Referencia el Centro Nacional de Microbiología, por el único laboratorio español certificado por la OMS.

Cada uno de los laboratorios integrantes será certificado a su vez por el Laboratorio Nacional de Referencia mediante un previo control de calidad de sus resultados y será sometido a controles de calidad periódicos una vez iniciado el Plan de Erradicación.

Será responsabilidad de cada laboratorio la custodia de las muestras clínicas recibidas, su estudio virológico en los términos que se especifican en el siguiente apartado y el envío de muestras biológicas al Laboratorio Nacional de Referencia, que confirmará los resultados positivos para cualquier enterovirus y completará la caracterización del caso.

A su vez, el Laboratorio Nacional de Referencia seguirá siendo sometido a los controles de calidad periódicos que establece la OMS para los laboratorios de la Red Mundial y enviará los poliovirus detectados al Laboratorio Regional de Referencia (RIVM, Bilthoven, Holanda) para la confirmación de sus resultados.

La investigación virológica de las muestras clínicas se realizará siguiendo las recomendaciones de la OMS.

ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS

El Real Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica y que tiene carácter de norma básica, de acuerdo con lo establecido en el artículo 149.1.16ª de la Constitución, establece que son funciones de la Red (artículo 2, punto 1) la identificación de los problemas de salud de interés supracomunitario en términos de epidemia, endemia y riesgo. En su artículo 4, punto 3, establece que la Red Nacional de Vigilancia epidemiológica estará constituida por:

«*Aquellos otros sistemas de vigilancia que el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas, dentro de su ámbito competencial, de acuerdo con la normativa vigente y a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, crean necesario desarrollar en función de problemas específicos o como complemento de las intervenciones sanitarias para el control de las enfermedades.*»

Por otro lado, el artículo 6 dice que el Ministerio de Sanidad y Consumo:

«*2. Coordinará las acciones e intercambios de la información correspondiente a la vigilancia epidemiológica tanto a nivel nacional como a nivel de la Unión Europea, Organización Mundial de la Salud y demás organismos internacionales, y 3. Propiciará el cumplimiento de las obligaciones sanitarias internacionales, como son la notificación internacional de las enfermedades cuarentenables y la de aquellas que son objeto de vigilancia especial por la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea.*»

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 17 DE MAYO DE 1997									
ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 20		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 1992-1996		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		1997	1996	1997	1996	Sem. 20	Acum. casos	Sem. 20	Acum. C.
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0		2					
Cólera	001	0	0	0	0				
Disenteria	004	2	1	35	34	2	67	1,00	0,52
E tifoidea y paratifoidea	002	8	7	113	173	15	217	0,53	0,52
Triquinosis	124	0	0	10	15				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	46	32	1.140	776	32	581	1,44	1,96
Gripe	487	19.081	28.808	1.811.567	1.739.552	26.220	1.739.552	0,73	1,04
Legionelosis	482.8	2		20					
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	0		25					
Tuberculosis respiratoria	011	165	208	2.924	3.439	188	3.901	0,88	0,75
Varicela	052	8.751	8.816	99.165	109.577	11.271	127.106	0,78	0,78
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0,098.1	55	74	976	1.761	105	2.425	0,52	0,40
Sífilis	091	19	22	298	361	22	463	0,86	0,64
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	205	421	3.738	8.235	246	4.108	0,83	0,91
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubéola	056	152	907	2.566	11.268	392	3.918	0,39	0,65
Sarampión	055	62	217	1.016	2.850	348	5.355	0,18	0,19
Tétanos	037	0	0	10	15				
Tos Ferina	033	26	80	481	1.311	105	1.846	0,25	0,26
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0,070.1	27		522					
Hepatitis B	070.2,070.3	14		395					
Otras hepatitis víricas	070	63		1.424					
Zoonosis									
Brucelosis	023	45	54	800	927	71	1.230	0,63	0,65
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	3	1	61	58				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Lepra	030	0	0	2	5				
Rubéola congénita	771.0	1		1					
Sífilis congénita	090	0		3					
Tétanos neonatal	771.3	0		0					

COMENTARIO GENERAL

Durante la presente semana las siguientes rúbricas han presentado:

* Un I.E. superior o igual a 1,25:

Enfermedad Meningocócica (1,44).

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

E tifoidea y paratifoidea (0,53). Gripe (0,73). Infección gonocócica (0,52). Rubéola (0,39). Sarampión (0,18). Tos Ferina (0,25). Brucelosis (0,63).

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal.

Hay que destacar 3 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 20 QUE TERMINÓ EL 17 DE MAYO DE 1997**

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 20		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 20	
	1997	1996	1997	1996
Bacteriemias	42	71	1003	903
-A.anitratus	0	1	2	14
-A.baumannii	0	0	8	12
-A.hydrophila	0	0	1	0
-A.sobria	0	0	1	0
-B.fragilis	0	0	12	7
-C.perfringens	0	0	3	3
-E.cloacae	1	0	10	14
-E.coli	6	14	212	184
-E.faecalis	1	3	52	41
-E.faecium	1	0	5	7
-H.influenzae	2	0	9	9
-H.influenzae b	0	0	2	0
-K.pneumoniae	2	1	20	19
-L.monocytogenes	0	0	7	4
-Paeruginosa	1	2	40	27
-Pmirabilis	3	0	17	17
-S.agalactiae	1	6	21	26
-S.aureus	8	10	161	127
-S.epidermidis	2	4	60	48
-S.marcescens	0	0	9	9
-S.pneumoniae	0	3	75	61
-S.pyogenes	0	1	6	3
-Staphylococcus coag-	3	8	87	118
-Y.enterocolitica	0	0	1	0
.Múltiple	3	4	51	33
.Otras	8	14	131	120
Brucelosis	4	5	60	75
-B.melitensis	3	2	33	25
-Brucella sp.	1	3	27	50
E.T.S.: Gonococia	1	0	17	13
-N.gonorrhoeae	1	0	16	12
.Múltiple	0	0	1	1
E.T.S.: Sífilis	0	8	50	56
-Tpallidum	0	8	50	56
E.T.S.: otras	1	1	49	42
-C.trachomatis	1	1	49	42
Enfermedad de Lyme	0	0	0	4
-B.burgdorferi	0	0	0	4
Rtifoidea y paratifoidea	1	3	10	7
-S.paratyphi A	1	1	1	1
-S.typhi	0	2	9	6
Fiebre Q	6	13	84	72
-C.burnetii	6	13	84	72
Fiebre botanosa	0	0	8	5
-R.conorii	0	0	8	5
G.E.A.: Salmonelosis	132	73	1274	1129
-S.enteritidis	63	35	445	316
-S.hadar	0	0	2	3
-S.typhimurium	33	8	264	169
-S.virchow	0	0	2	7
-Salmonella gr.B	8	3	113	102
-Salmonella gr.C	1	2	7	16
-Salmonella gr.C1	2	2	11	8
-Salmonella gr.C2	0	1	19	12
-Salmonella gr.D	6	2	102	89
-Salmonella sp.	18	18	275	371
.Múltiple	0	2	28	19
.Otras	1	0	6	17
G.E.A.: Shigelosis	2	0	33	29
-S.boydii	0	0	2	1
-S.disenteriae	1	0	2	0
-S.flexneri	0	0	10	7
-S.sonnei	1	0	19	19
-Shigella sp.	0	0	0	1
.Múltiple	0	0	0	1
G.E.A.: Vibrio	0	0	1	0
-V.cholerae NAG	0	0	1	0
G.E.A.: otras bacterias	95	86	1504	1231
-A.caviae	6	2	58	15
-A.hydrophila	1	1	22	11
-A.sobria	0	0	2	2
-Aeromonas sp.	0	1	7	14
-C.coli	2	3	43	47
-C.difficile	1	1	18	9
-C.jejuni	47	52	905	701
-Campylobacter sp.	31	14	233	240
-E.coli	0	0	1	0
-E.coli EP	0	0	0	1

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 20		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 20	
	1997	1996	1997	1996
-E.coli O157	0	0	1	1
-Paeruginosa	0	0	1	0
-Y.enterocolitica	5	4	100	111
-Y.enterocolitica ser.03	1	0	28	12
.Múltiple	0	3	28	15
.Otras	1	5	57	52
Infecciones respiratorias	28	34	617	588
-A.anitratus	0	0	2	1
-A.baumannii	0	0	4	7
-B.fragilis	0	0	0	2
-C.pneumoniae	3	3	54	53
-C.trachomatis	0	0	0	1
-Chlamydia sp.	0	0	1	21
-E.coli	0	0	2	3
-E.faecalis	0	0	1	2
-H.influenzae	4	9	49	62
-H.influenzae b	1	0	2	19
-K.pneumoniae	0	0	2	4
-L.monocytogenes	0	0	1	0
-M.pneumoniae	0	6	130	84
-Mycoplasma sp.	0	0	0	4
-Paeruginosa	0	0	10	10
-Pmirabilis	1	0	4	0
-S.aureus	3	1	18	13
-S.marcescens	0	0	1	1
-S.pneumoniae	10	8	274	235
-S.pyogenes	3	4	29	36
-Staphylococcus coag-	0	0	1	1
.Múltiple	3	3	22	17
.Otras	0	0	10	12
Infección meningocócica	5	6	154	117
-N.meningitidis	0	1	9	22
-N.meningitidis gr.A	1	0	1	0
-N.meningitidis gr.B	0	1	54	51
-N.meningitidis gr.C	4	3	86	38
.Múltiple	0	0	0	1
.Otras	0	1	4	5
Legionelosis	0	3	36	41
-L.longbeachae	0	0	0	1
-L.pneumophila	0	3	36	36
-Legionella sp.	0	0	0	4
Leptospirosis	0	0	2	2
-Leptospira sp.	0	0	2	2
Mening.no meningocócicas	6	2	76	69
-A.anitratus	0	0	2	0
-A.baumannii	0	0	1	1
-E.cloacae	0	0	0	1
-E.coli	0	0	1	1
-E.faecalis	0	0	1	0
-H.influenzae	0	0	5	6
-H.influenzae b	1	0	5	4
-K.pneumoniae	0	0	1	0
-L.monocytogenes	0	0	2	3
-M.pneumoniae	0	0	1	0
-Paeruginosa	0	0	0	2
-S.agalactiae	0	1	1	6
-S.aureus	0	0	3	1
-S.epidermidis	0	0	1	0
-S.pneumoniae	4	1	41	34
-Staphylococcus coag-	0	0	2	9
.Múltiple	0	0	4	0
.Otras	1	0	5	1
Micobacterias	48	43	1046	1014
-M.bovis	0	0	3	2
-M.tuberculosis	48	43	1042	1009
.Múltiple	0	0	1	3
Micobacterias atípicas	1	3	109	158
-M.avium/intracellulare	1	1	50	91
-M.fortuitum	0	0	2	7
-M.gordonae	0	0	0	4
-M.kansasii	0	1	39	42
-M.marinum	0	0	3	2
-M.xenopi	0	1	15	7
.Otras	0	0	0	5
Micobacterias sp	0	1	11	78
-Mycobacterium sp.	0	1	11	78
Psitacosis	0	0	3	3
-C.psittaci	0	0	3	3
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	35	40	44	48

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 20 QUE TERMINÓ EL 17 DE MAYO DE 1997

	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 20		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 20	
	1997	1996	1997	1996
VIRUS				
Adenovirus	11	4	137	110
Adenovirus 40/41	1	0	2	1
Agente Delta	0	0	1	1
Citomegalovirus	4	0	60	98
Coxsackie B	0	0	1	1
Coxsackie B 1	0	0	0	3
ECHO	5	0	7	0
Enterovirus	6	3	103	55
Epstein-Barr	11	11	300	250
Gripe A	0	0	74	161
Gripe B	0	0	120	13
Gripe sp.	0	0	1	3
Hepatitis A	0	4	74	61
Hepatitis B	5	1	28	52
Hepatitis C	11	10	230	330
Herpes simple	1	2	12	34
Herpes simple tipo 1	1	0	24	16
Herpes simple tipo 2	2	2	12	6
Papilomavirus	3	0	41	2
Parainfluenza	1	0	16	9
Parainfluenza 1	0	0	1	2
Parainfluenza 2	0	0	12	2
Parainfluenza 3	0	0	7	4
Parotiditis	2	0	3	2
Parvovirus B 19	0	0	2	3
Picornavirus	0	0	0	2
Reovirus	0	1	0	1
Respiratorio Sincitial	1	0	893	838
Rinovirus	0	0	2	12
Rotavirus	45	22	1295	1212
Rubéola	1	38	49	260
Sarampión	0	0	1	3
Varicela Zoster	1	0	16	14
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	21	17	40	44

	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 20		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 20	
	1997	1996	1997	1996
PARÁSITOS				
Anisakis	0	0	1	0
Ascaris lumbricoides	4	0	13	5
Blastocystis hominis	3	1	56	26
Cryptosporidium sp	4	4	32	66
Echinococcus granulosus	0	0	11	17
Entamoeba coli	1	0	11	5
Entamoeba histolytica	0	0	5	2
Enterobius vermicularis	5	1	108	71
Fasciola hepática	0	0	0	2
Giardia lamblia	8	5	180	114
Leishmania donovani	0	0	2	0
Leishmania sp	0	0	10	3
Plasmodium falciparum	1	0	9	8
Plasmodium malariae	0	0	1	0
Plasmodium ovale	0	0	1	2
Plasmodium sp	0	1	3	3
Plasmodium vivax	1	1	8	10
Schistosoma haematobium	0	1	1	1
Schistosoma mansoni	0	0	4	0
Taenia saginata	3	1	6	13
Taenia sp.	1	0	7	2
Toxoplasma gondii	2	1	13	22
Trichomonas vaginalis	0	1	113	76
Trichuris trichiura	0	0	2	2
-Otros	1	0	36	10
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	14	8	33	32

	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 20		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 20	
	1997	1996	1997	1996
MICOSIS				
Cutáneas y Subcutáneas	3	6	184	183
-Aspergillus fumigatus	0	0	1	1
-Aspergillus niger	0	0	0	1
-Aspergillus sp.	0	0	0	1
-Candida albicans	0	0	29	22
-Candida glabrata	0	0	3	0
-Candida guilliermondii	0	0	4	3
-Candida parapsilosis	1	0	26	24
-Candida sp.	0	0	1	4
-Cryptococcus laurentii	0	0	2	0
-Epidermophyton floccosum	0	0	4	2
-Fusarium sp.	0	0	0	1
-Histoplasma capsulatum	0	0	1	0
-Malassezia furfur	0	0	7	12
-Microsporium canis	0	0	19	20
-Microsporium ferrugineum	0	0	0	1
-Microsporium gypseum	0	0	3	2
-Rhodotorula rubra	0	0	4	4
-Rhodotorula sp.	0	0	0	1
-Sporothrix schenckii	0	0	1	0
-Trichophyt. mentagrophyte	0	3	15	25
-Trichophyton rubrum	0	1	29	27
.Múltiple	0	0	4	16
.Otras	2	2	31	16
Mucosas	4	2	77	45
-Aspergillus fumigatus	0	1	4	3
-Aspergillus niger	0	0	6	9
-Aspergillus sp.	0	0	8	3
-Candida albicans	0	1	10	2
-Candida guilliermondii	0	0	1	1
-Candida parapsilosis	2	0	14	10
-Candida sp.	0	0	2	0
.Múltiple	0	0	3	1
.Otras	2	0	29	16
Sistémicas	6	6	86	114
-Allescheria boydii	0	0	1	0
-Aspergillus fumigatus	0	0	7	1
-Candida albicans	1	0	28	36
-Candida glabrata	0	1	2	2
-Candida guilliermondii	0	0	1	0
-Candida parapsilosis	1	0	5	6
-Candida sp.	0	0	1	5
-Cryptococcus neoformans	0	1	7	15
-Histoplasma capsulatum	0	0	1	0
-M.circinelloides	0	0	1	0
-P. variotii	0	0	1	0
-Pneumocystis carinii	4	4	23	37
.Múltiple	0	0	2	0
.Otras	0	0	6	12
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	6	8	20	21

Una copia del Boletín Epidemiológico Semanal está disponible en formato electrónico en la dirección <http://www.isciii.es>, conectando con el Centro Nacional de Epidemiología a través de la opción de Unidades del Instituto de Salud Carlos III.

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 - 97 - 006 - 0 - Depósito legal: M-41502-1978

Imprime: Impresos y Revistas, S. A.