



Boletín



Instituto de Salud Carlos III
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Epidemiológico Semanal

RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ESPAÑA
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

SEMANA 41

1997/Vol. 5/n.º 24/233-240

Del 5 al 11 de octubre de 1997 (Impreso el 13 de abril de 1998)

ISSN: 1135-6286

SUMARIO

1. Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del SIDA en la provincia de Huelva.
2. Calendario unificado de vacunaciones infantiles. España 1998.
3. Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
4. Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica.

1. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL SIDA EN LA PROVINCIA DE HUELVA

¹ML, Fajardo Rivas; ²JF, Martínez Navarro.

¹ Programa de Epidemiología Aplicada de Campo 1997-1999. ² Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

1. INTRODUCCIÓN

En los países de la **Unión Europea**, la incidencia de casos de Sida ha sido creciente hasta 1994, con una tasa global de 65 casos nuevos por millón de habitantes. En 1995 se produjo una estabilización de la epidemia con niveles similares a los de 1994.

La epidemia tuvo un inicio más tardío en los países del sur de Europa (España, Italia y Portugal); sin embargo, en pocos años estos países han alcanzado puestos a la cabeza de la Unión Europea. En el período 1994-95, **España** con 171 casos por millón, presenta la tasa más elevada de la Europa Comunitaria, seguida de Italia (100 casos por millón), Francia (88,7) y Portugal (76,9).

Desde que se produjo el primer caso de Sida en España en 1981, el número de casos ha ido aumentando año a año, hasta convertirse en un problema de salud pública de primera magnitud.

En el período 1994-1995 en España, la Comunidad de Madrid presentó las mayores tasas de incidencia, superando los 300 casos nuevos al año por millón de habitantes. Le siguieron Baleares, el País Vasco y Cataluña, todas ellas con

TABLA 1
CASOS DIAGNOSTICADOS DURANTE 1996 Y TASAS POR MILLÓN DE HABITANTES SEGÚN PROVINCIA DE RESIDENCIA
Registro Nacional de Sida. Fecha de actualización a 30 de junio de 1997

| PROVINCIA | CASOS | TASAS |
|-----------|-------|-------|
| Almería | 47 | 102,7 |
| Cádiz | 179 | 165,4 |
| Córdoba | 65 | 85,6 |
| Granada | 55 | 69,5 |
| Huelva | 53 | 118,8 |
| Jaén | 35 | 54,7 |
| Málaga | 219 | 186,9 |
| Sevilla | 168 | 102,9 |

más de 200 casos anuales por millón. Por el contrario, las tasas en Extremadura, Castilla-La Mancha y Castilla y León no alcanzaron la mitad de la tasa nacional. Las provincias más afectadas fueron Madrid, Barcelona, las tres provincias vascas, Baleares, Cádiz y Málaga.

En **Andalucía**, hasta el 31 de diciembre de 1996, han sido confirmados por el Registro Nacional de SIDA 5.995 casos pertenecientes a la Comunidad Autónoma.

La provincia de **Huelva** ha presentado en 1996 la tercera tasa de incidencia más elevada de Andalucía, tras Málaga y Cádiz (Tabla 1).

En la Tabla 2 podemos ver la evolución de las tasas de Sida a nivel nacional, autonómico y provincial.

Para esa misma fecha, el 78,9% de los casos declarados se concentran en el Distrito Sanitario Huelva, que comprende, con 226.948 habitantes, la capital e importantes municipios periurbanos. Dentro del Distrito el 65,5% de los casos residen en la capital.

En el período 1989-1994, según el Instituto Nacional de Estadística, han fallecido por Sida/VIH el 64,2% de los casos notificados a nivel nacional, el 77% de los casos de Andalucía y el 62,6% de casos residentes en la provincia de Huelva (Tabla 3).

Pero la importancia del Sida no debe valorarse sólo por estas cifras, sino teniendo además en cuenta que afecta preferentemente a adultos jóvenes y produce las muertes a edades tempranas, lo que revela la mayor trascendencia demográfica, social y sanitaria de estas defunciones.

Los años potenciales de vida perdidos (APVP) son un indicador que pondera las muertes en función de la edad a la que ocurren. Tomando como límites de edad 1 y 70 años, el Sida/VIH en 1994 alcanzó el primer lugar por su tasa de APVP entre los hombres y el segundo entre las mujeres .

En relación con la edad, en 1994, el Sida/VIH es la primera causa de defunción, para ambos sexos, en el grupo de 25-34 años, y la primera para hombres en el grupo de 35-44 años, situándose para las mujeres en ese grupo como segunda causa tras el cáncer de mama. La relación hombre/mujer en los fallecimientos por esta causa es de 6/1.

En **Huelva**, en 1994, las defunciones por Sida/VIH representan un 1% del total de fallecimientos. La relación hombre/mujer por esta causa es 6,5/1.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) del Sida comienza a nivel nacional en 1983 y se extiende a la Comunidad Autónoma Andaluza en 1993, que procede a grabar sus casos desde entonces en cada Delegación Provincial de Salud.

Los casos de Sida se declaran en el "Informe de caso", impreso autocalcable en tres copias, una para el declarante, otra para la Delegación que graba el caso y la tercera que es remitida al Registro Nacional. La edición se realizó desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Salud.

Los casos de Sida son de diagnóstico hospitalario, por tanto la declaración la realizan los médicos especialistas de

TABLA 2
TASAS DE SIDA POR MILLÓN DE HABITANTES SEGÚN RESIDENCIA Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
Registro Nacional de Sida. Situación a 30 de junio de 1997

| | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
|-----------|-------|-------|-------|-------|
| ESPAÑA | 137,9 | 180,2 | 169,2 | 144,8 |
| ANDALUCÍA | 109,1 | 143,7 | 141,3 | 113,7 |
| HUELVA | 111,0 | 171,2 | 164,3 | 122,6 |

TABLA 3
CASOS Y FALLECIMIENTOS POR SIDA
Período 1989-1994

| | CASOS (Registro Nal. de Sida) | FALLECIMIENTOS (Instituto Nal. de Estadística) | PORCENTAJE |
|-----------|-------------------------------------|--|------------|
| ESPAÑA | 28.729 | 18.453 | 64,2% |
| ANDALUCÍA | 3.653 | 2.813 | 77% |
| HUELVA | 238 | 149 | 62,6% |

Fuentes independientes.

los Servicios de Medicina Interna y Pediatría fundamentalmente. También declaran casos los médicos de Instituciones Penitenciarias, cuando un enfermo VIH pasa a ser caso de Sida durante su estancia en prisión.

La transferencia de información se realiza siguiendo la siguiente ruta: declarante - nivel provincial - registro autonómico - registro nacional - base de datos Europea (de carácter anónimo). En cada uno de los niveles se realizan informes de análisis de los datos, los cuales a su vez son distribuidos siguiendo el sentido contrario de la declaración. La información, una vez elaborada, no sólo permite conocer la situación de la enfermedad, sino que da pautas de actuación para los distintos niveles de la Administración Sanitaria.

2. OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es evaluar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Sida en la provincia de Huelva.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Metodológicamente, para la evaluación del SVE del Sida, hemos utilizado la "Guía de Evaluación de Sistemas de Vigilancia del CDC", que valora la vigilancia según los siguientes criterios:

1. Importancia en Salud Pública: magnitud del problema (incidencia, severidad, importancia económica) y fuentes de información existentes.
2. Objetivos y utilidad: existencia de objetivos definidos y programas de prevención, actuaciones derivadas de la vigilancia.
3. Funcionamiento del Sistema Operativo.
4. Atributos del Sistema: cualitativos (sencillez, flexibilidad y grado de aceptación) y cuantitativos (sensibilidad y valor predictivo positivo).

Como fuentes de datos hemos utilizado en la evaluación:

1. Base de datos de los casos notificados a nivel provincial, desde 1985 a 30 de junio de 1997. En total los casos declarados como residentes en Huelva han sido 403.
2. Casos ingresados, durante 1996, en los hospitales de la provincia que atienden esta enfermedad. Los registros hospitalarios consultados para la búsqueda activa de casos han sido los siguientes:

- a) **C.M.B.D.:** Conjunto Mínimo Básico de Datos, sistema de información implantado en los hospitales desde enero de 1994 que recoge toda la información relativa a cada uno de los ingresos de los pacientes desde esa fecha. Los procesos están clasificados por G.D.R., Grupo de Diagnóstico Relacionado, lo que facilita su búsqueda.
- b) **Archivo de Historias Clínicas:** el CMBD no facilita nombre y apellidos, sólo el número de historias, por ello se hace obligado consultarlas para poder cruzar las bases o revisar datos previos a 1994.
- c) **Registros de Medicina Interna:** los Servicios de Medicina Interna suelen tener registros, bien manuales o informatizados, de los casos de Sida que son ingresados en sus plantas y/o declarados.

4. RESULTADOS

Respecto a los Atributos del SVE del Sida la valoración ha sido la siguiente:

Atributos Cualitativos:

Sencillez: el SVE del Sida no enjendra en sí gran dificultad, su sencillez la podemos valorar en base a:

Definición de Caso bien delimitada a una serie de patologías y métodos diagnósticos que favorecen la inclusión en el sistema, declarándose sólo por confirmación.

Fuentes de información incluidas en la red del SVE, ya que el diagnóstico de Sida se hace desde el nivel especializado necesariamente, siendo los hospitales los principales declarantes.

Transmisión de datos ágil y accesible: la notificación de caso se hace a la Delegación de Salud de Huelva por mensajería en sobre confidencial, y desde allí al Registro Nacional por correo certificado y confidencial; una vez grabados los datos, los distintos niveles del sistema utilizan para el intercambio de información la vía telemática, asegurando siempre bajo encriptadores, la confidencialidad.

Existencia de personal adiestrado para recogida de datos, siendo generalmente un médico quien la realiza en el primer nivel. Análisis de datos informatizado, tanto a nivel provincial como autonómico.

Tiempo invertido en la gestión del sistema accesible, requiriendo en Huelva una dedicación de tres horas semanales aproximadamente.

Flexibilidad: el SVE ha demostrado su flexibilidad al adaptarse sin problemas a la ampliación en la definición de caso que se realizó en 1993 y entró en vigor en 1994.

Grado de aceptación: en comparación con otros procesos sometidos a vigilancia, podemos decir que el SVE del Sida ha tenido un alto grado de aceptación, más aún si consideramos su corto tiempo de implantación, aunque no conocamos la cobertura de notificación sobre casos reales al no realizarse captación sistemática a través de otras fuentes de datos que permitan realizar comparaciones. Según la institución declarante, el informe del Registro Autonómico de

Sida a 31 de marzo de 1997 recoge que el 89,13% de los casos ha sido notificado por hospitales de Andalucía, el 9,78% por Instituciones Penitenciarias y un 0,5% por una "casa de acogida" de enfermos de Sida de Málaga; en Huelva, la declaración se realiza desde los hospitales en un 91,2%.

Otro indicador de la aceptabilidad es el grado de cumplimiento de los formularios. En el Manual Metodológico del Registro de Sida se consideran variables de gran importancia para el análisis y que deberán constar en todos los casos el sexo, la edad al diagnóstico, la categoría de transmisión, la fecha de diagnóstico de Sida, las enfermedades indicativas y la provincia de residencia. En el Registro Provincial, a 31 de julio de 1997, sobre los 408 casos declarados, todas estas variables han sido cumplimentadas prácticamente en el 100% de los registros, sin diferencias entre los principales centros declarantes. Existe una variable de gran interés, el fallecimiento, que nos permite hacer una valoración objetiva del Sida en términos de mortalidad y estimar la prevalencia. Con frecuencia el fallecimiento se produce con posterioridad a la declaración del caso, por lo que ha de ser notificado a posteriori, y por este motivo existe subdeclaración de las muertes ocurridas.

Estudios realizados en España y en otros países indican que el porcentaje de fallecidos debe estar por encima del 60%. Según el Registro Nacional de Sida, a 31 de diciembre de 1996, en Andalucía, las muertes han sido notificadas en el 37,2% de los casos; a nivel Nacional, la cifra se eleva al 53,7%. En Huelva, en ese periodo, se había registrado un 41,42% de fallecidos.

Retraso en la notificación: hemos determinado el retraso producido entre el diagnóstico de la primera enfermedad indicativa y la notificación de caso al Registro Provincial hasta el 31 de julio de 1997. Sobre 403 casos, en el 56% la notificación se ha producido antes de los dos meses desde el diagnóstico de caso, en el 9,7% a los dos meses, en un 22,3% a los tres meses, en el 2,5% a los 4 meses, en el 1% a los cinco meses, y en un 8,4% después de los seis meses. De estos últimos, en 10 casos, la notificación fue realizada tras más de 18 meses desde el diagnóstico. Si hemos observado que a partir de 1994, año en el que se procede a informatizar datos regularmente en las provincias, ha disminuido mucho la demora en la notificación.

Atributos Cuantitativos:

Sensibilidad: utilizando los datos de la búsqueda activa en hospitales, hemos determinado una sensibilidad del 59,8%. En 1996, se declararon desde hospitales de Huelva 58 casos. Tras la búsqueda activa a través del CMBD, seleccionando como GDR los códigos correspondientes a Sida/VIH, comprobamos que todos los ingresos de 1996 con Sida/VIH por cualquier patología, correspondían a 153 personas distintas. De ellas, 21 (13,7%) eran seropositivas, pero no presentaban patología indicativa de Sida en ese año ni en anteriores por lo que pudimos consultar en las historias clínicas, siendo el motivo de ingreso por lo general traumatológico o quirúrgico. Otras 93 (60,8%) habían sido declaradas como caso de Sida en algún momento al Registro Provincial y los 39 casos restantes (25,5%), fueron ingresados en 1996 por

enfermedad indicativa de Sida y/o constaban en las historias como casos muy probables, pero no habían sido declarados nunca al Registro Provincial. Siete de estos casos fallecieron en 1996 durante su ingreso. Por último, se consultó con el Registro Nacional para descartar la posibilidad de que estuviesen ya notificados por otra Provincia, pero en sólo 1 caso, declarado desde Barcelona, se pudo confirmar esta sospecha.

Valor predictivo positivo: dada la especificidad del SV, el valor predictivo positivo es del 100%, en Huelva todos los casos notificados han sido confirmados por el Registro Nacional.

5. CONCLUSIONES

a) Existe subnotificación de esta enfermedad, por lo que sería necesario realizar periódicamente búsquedas activas de caso.

b) La introducción de modificaciones desde los niveles superiores del sistema es un elemento importante si se pretende que las distintas bases de datos sean coincidentes. Este aspecto, junto con la búsqueda activa, significaría un aumento considerable de tiempo en la gestión del SVE del SIDA.

c) La notificación de los fallecimientos es imprescindible para caracterizar el impacto de este problema de salud en la comunidad y para considerar el registro como un verdadero Sistema de Vigilancia Epidemiológica que aporte información veraz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Epidemiología del Sida en España: Situación en el contexto mundial, diciembre 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
2. Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Epidemiología del Sida en España, año 1996. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología. Manual Metodológico del Registro Nacional de Sida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, marzo 1989.
4. Centro Nacional de Epidemiología, Registro Nacional de Sida. Vigilancia del Sida en España, situación a 30 de junio de 1997. Madrid, 1997.
5. Consejería de Salud, Epidemiología, Registro de Sida de Andalucía. Informe del Sida en Andalucía a 31 de marzo de 1997. Sevilla, 1997.
6. F. Antoñanzas. Cálculo de los costes del Sida en España mediante técnicas de simulación. Medicina Clínica, vol. 104, núm. 15, 1995.
7. M. Mingot, T. Salas. Mejoras de las estadísticas de mortalidad por Sida en Cataluña. Gaceta Sanitaria, mayo-junio 1995, núm. 42, vol. 8.
8. Instituto de Estadística de Andalucía. Estadísticas de mortalidad de Andalucía, informe anual 1994, resultados provisionales. Sevilla: Instituto de Estadística de Andalucía, 1995.
9. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Dirección General de Salud Pública y Consumo. Programa Andaluz sobre Sida. Sevilla: Consejería de Salud, 1994.
10. Escuela Andaluza de Salud Pública. Plan de Salud de la ciudad de Huelva. Huelva: Excmo. Ayuntamiento de Huelva, 1996.
11. Organización Mundial de la Salud. Directrices para el establecimiento de un Programa de prevención contra el Sida. Ginebra: OMS, 1988.
12. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia de los Programas de lucha contra el Sida. Ginebra: OMS, 1990.

2. CALENDARIO UNIFICADO DE VACUNACIONES INFANTILES. ESPAÑA 1998

Información facilitada por la Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud de la Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el Pleno del 15 de diciembre de 1997 aprobó, a propuesta de la Comisión de Salud Pública, la modificación del calendario de vacunación recomendado. Dicho acuerdo consiste:

- Modificar el actual calendario vacunal recomendado, aprobado en su sesión de 24 de julio de 1995, introduciendo (cuadro 1) la vacunación del *Haemophilus influenzae* b,

mediante la siguiente pauta vacunal:

1ª dosis: 2-3 meses

2ª dosis: 4-5 meses

3ª dosis: 6-7 meses

dosis de recuerdo: 15-18 meses.

- La modificación aprobada, en el calendario de vacunación, se hará efectiva progresivamente a lo largo de 1998.

CUADRO 1

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. CALENDARIO DE VACUNACIONES RECOMENDADO (1998)

| VACUNAS | EDAD | 2-3 meses | 4-5 meses | 6-7 meses | 12 meses | 15 meses | 18 meses | 6 años | 7 años | 10 años | 11 años | 13 años | 14 años |
|--------------------------------|------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|--------|--------|---------|---------|-----------------|----------|
| Poliomielitis | | VPO1 | VPO2 | VPO3 | | VPO4 | | VPO5 | | | | | |
| Difteria-Tétanos-Pertussis | | DTP1 | DTP2 | DTP3 | | DTP4 | | DT | | | | | Td (***) |
| Haemophilus-influenzae b | | HiB1 | HiB2 | HiB3 | | HiB4 | | | | | | | |
| Sarampión-Rubéola-Parotidistis | | | | | TV1 (*) | | | | | | TV2 | | |
| Hepatitis B | | | | | | | | | | | | HB 3 dosis (**) | |

(*) En situación de especial riesgo una dosis a los 9 meses o antes.

(**) También se vacunarán recién nacidos cuando las Autoridades Sanitarias lo estimen oportuno, así como a los recién nacidos hijos de madre portadora y a los grupo de riesgo.

(***) Se aconseja proceder a la revacunación cada 10 años.

| SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 11 DE OCTUBRE DE 1997 | | | | | | | | | |
|---|-------------|------------------|--------------|----------------------|-----------|---------|-------------|----------------------|----------|
| ENFERMEDADES | CÓDIGO OMS | CASOS DECLARADOS | | ACUMULACIÓN DE CASOS | | MEDIANA | | ÍNDICE EPIDÉMICO (1) | |
| | 9 REV 1975 | 1997 | Sem. 41 1996 | 1997 | 1996 | Sem. 41 | Acum. casos | Sem. 41 | Acum. C. |
| Enfermedades de transmisión alimentaria | | | | | | | | | |
| Botulismo | 005.1 | 0 | | 4 | | | | | |
| Cólera | 001 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Disentería | 004 | 1 | 6 | 114 | 76 | 4 | 230 | 0,25 | 0,50 |
| F tifoidea y paratifoidea | 002 | 7 | 11 | 273 | 480 | 17 | 559 | 0,41 | 0,49 |
| Triquinosis | 124 | 0 | 0 | 11 | 16 | | | | |
| Enfermedades de transmisión respiratoria | | | | | | | | | |
| Enfermedad Meningocócica | 036 | 23 | 22 | 1.909 | 1.158 | 15 | 874 | 1,53 | 2,18 |
| Gripe | 487 | 21.932 | 43.325 | 2.061.721 | 2.081.163 | 43.325 | 2.081.163 | 0,51 | 0,99 |
| Legionelosis | 482.8 | 3 | | 149 | | | | | |
| Meningitis tuberculosa | 013.0.320.4 | 3 | | 57 | | | | | |
| Tuberculosis respiratoria | 011 | 120 | 131 | 5.725 | 6.923 | 135 | 7.630 | 0,89 | 0,75 |
| Varicela | 052 | 618 | 1.116 | 215.101 | 209.376 | 1.183 | 267.200 | 0,52 | 0,81 |
| Enfermedades de transmisión sexual | | | | | | | | | |
| Infección gonocócica | 098.0.098.1 | 32 | 120 | 1.937 | 3.341 | 120 | 5.039 | 0,27 | 0,38 |
| Sífilis | 091 | 15 | 12 | 619 | 663 | 18 | 971 | 0,83 | 0,64 |
| Enfermedades prevenibles por inmunización | | | | | | | | | |
| Difteria | 032 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Parotiditis | 072 | 58 | 95 | 6.409 | 13.110 | 95 | 7.995 | 0,61 | 0,80 |
| Poliomielitis | 045 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Rubéola | 056 | 13 | 42 | 3.683 | 16.149 | 45 | 7.750 | 0,29 | 0,48 |
| Sarampión | 055 | 13 | 26 | 1.735 | 4.658 | 38 | 8.345 | 0,34 | 0,21 |
| Tétanos | 037 | 2 | 0 | 34 | 37 | | | | |
| Tos Ferina | 033 | 10 | 64 | 1.022 | 3.030 | 93 | 4.189 | 0,11 | 0,24 |
| Hepatitis víricas | | | | | | | | | |
| Hepatitis A | 070.0.070.1 | 34 | | 1.381 | | | | | |
| Hepatitis B | 070.2.070.3 | 17 | | 909 | | | | | |
| Otras hepatitis víricas | 070 | 23 | | 2.360 | | | | | |
| Zoonosis | | | | | | | | | |
| Brucelosis | 023 | 30 | 20 | 1.879 | 1.808 | 32 | 2.441 | 0,94 | 0,77 |
| Rabia | 071 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Enfermedades importadas | | | | | | | | | |
| Fiebre amarilla | 060 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Paludismo | 084 | 11 | 3 | 218 | 180 | | | | |
| Peste | 020 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Tifus exantemático | 080 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Enfermedades declaradas sistemas especiales | | | | | | | | | |
| Lepra | 030 | 0 | 0 | 11 | 13 | | | | |
| Rubéola congénita | 771.0 | 0 | | 1 | | | | | |
| Sífilis congénita | 090 | 0 | | 4 | | | | | |
| 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 (1,53).

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

Disentería (0,25). F tifoidea y paratifoidea (0,41). Gripe (0,51). Varicela (0,52). Infección gonocócica (0,27). Parotiditis (0,61). Rubéola (0,29). Sarampión (0,34). Tos Ferina (0,11).

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal.

Hay que destacar 11 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 41 QUE TERMINÓ EL 11 DE OCTUBRE DE 1997**

| ENFERMEDAD/AGENTE | IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 41 | | ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 41 | |
|---------------------------------|---|------------|--|-------------|
| | 1997 | 1996 | 1997 | 1996 |
| Bacteriemias | 59 | 46 | 2080 | 1921 |
| -A.anitratus | 1 | 1 | 21 | 30 |
| -A.baumannii | 0 | 0 | 15 | 19 |
| -A.hydrophila | 1 | 0 | 2 | 0 |
| -A.sobria | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -B.fragilis | 0 | 0 | 20 | 19 |
| -C.perfringens | 0 | 0 | 5 | 6 |
| -E.cloacae | 0 | 1 | 29 | 33 |
| -E.coli | 13 | 10 | 443 | 410 |
| -E.faecalis | 2 | 4 | 87 | 76 |
| -E.faecium | 0 | 0 | 12 | 15 |
| -H.influenzae | 1 | 0 | 16 | 12 |
| -H.influenzae b | 0 | 0 | 2 | 2 |
| -K.pneumoniae | 3 | 3 | 49 | 50 |
| -L.monocytogenes | 0 | 1 | 10 | 10 |
| -Listeria sp. | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -Paeruginosa | 1 | 1 | 85 | 81 |
| -Pmirabilis | 0 | 0 | 33 | 33 |
| -S.agalactiae | 1 | 0 | 47 | 55 |
| -S.aureus | 11 | 6 | 336 | 249 |
| -S.epidermidis | 4 | 1 | 128 | 110 |
| -S.marcescens | 0 | 0 | 24 | 15 |
| -S.pneumoniae | 2 | 5 | 111 | 116 |
| -S.pyogenes | 0 | 0 | 11 | 5 |
| -Staphylococcus coag- | 9 | 6 | 180 | 235 |
| -Y.enterocolitica | 0 | 0 | 1 | 0 |
| .Múltiple | 1 | 0 | 99 | 72 |
| .Otras | 9 | 7 | 312 | 268 |
| Brucelosis | 6 | 6 | 103 | 139 |
| -B.abortus | 0 | 0 | 0 | 3 |
| -B.melitensis | 6 | 2 | 55 | 51 |
| -Brucella sp. | 0 | 4 | 48 | 85 |
| E.T.S.: Gonococia | 1 | 0 | 39 | 29 |
| -N.gonorrhoeae | 1 | 0 | 35 | 28 |
| .Múltiple | 0 | 0 | 4 | 1 |
| E.T.S.: Sífilis | 2 | 4 | 101 | 123 |
| -Tpallidum | 2 | 4 | 101 | 123 |
| E.T.S.: otras | 4 | 0 | 93 | 59 |
| -C.trachomatis | 4 | 0 | 93 | 59 |
| Enfermedad de Lyme | 0 | 0 | 1 | 8 |
| -B.burgdorferi | 0 | 0 | 1 | 8 |
| Etifoidea y paratifoidea | 2 | 1 | 22 | 23 |
| -S.paratyphi A | 0 | 0 | 2 | 5 |
| -S.typhi | 2 | 1 | 20 | 18 |
| Fiebre Q | 1 | 0 | 144 | 113 |
| -C.burnetii | 1 | 0 | 144 | 113 |
| Fiebre botonosa | 2 | 4 | 41 | 46 |
| -R.conorii | 2 | 4 | 41 | 46 |
| G.E.A.: Salmonelosis | 117 | 141 | 3976 | 3845 |
| -S.enteritidis | 48 | 42 | 1534 | 1323 |
| -S.hadar | 0 | 0 | 13 | 15 |
| -S.typhimurium | 28 | 23 | 659 | 469 |
| -S.virchow | 0 | 0 | 4 | 18 |
| -Salmonella gr.B | 2 | 16 | 292 | 308 |
| -Salmonella gr.C | 4 | 3 | 54 | 36 |
| -Salmonella gr.C1 | 1 | 6 | 41 | 48 |
| -Salmonella gr.C2 | 2 | 0 | 67 | 41 |
| -Salmonella gr.D | 5 | 18 | 341 | 432 |
| -Salmonella sp. | 25 | 27 | 851 | 1022 |
| .Múltiple | 2 | 6 | 77 | 86 |
| .Otras | 0 | 0 | 43 | 47 |
| G.E.A.: Shigelosis | 7 | 4 | 101 | 87 |
| -S.boydii | 0 | 0 | 3 | 4 |
| -S.disenteriae | 0 | 1 | 5 | 1 |
| -S.flexneri | 1 | 0 | 30 | 18 |
| -S.sonnei | 5 | 3 | 57 | 58 |
| -Shigella sp. | 1 | 0 | 5 | 3 |
| .Múltiple | 0 | 0 | 1 | 3 |
| G.E.A.: Vibrio | 0 | 0 | 7 | 11 |
| -V.cholerae NAG | 0 | 0 | 2 | 2 |
| -V.fluvialis | 0 | 0 | 0 | 2 |
| -V.parahaemolyticus | 0 | 0 | 4 | 6 |
| -Vibrio sp. | 0 | 0 | 0 | 1 |
| .Múltiple | 0 | 0 | 1 | 0 |
| G.E.A.: otras bacterias | 96 | 118 | 3613 | 3310 |
| -A.caviae | 5 | 2 | 163 | 82 |
| -A.hydrophila | 3 | 3 | 57 | 41 |
| -A.sobria | 2 | 2 | 31 | 21 |
| -Aeromonas sp. | 0 | 3 | 18 | 39 |
| -C.coli | 7 | 0 | 164 | 134 |
| -C.difficile | 0 | 0 | 23 | 22 |
| -C.jejuni | 56 | 70 | 2078 | 1891 |
| -Campylobacter sp. | 13 | 23 | 602 | 654 |
| -E.coli | 0 | 1 | 3 | 2 |
| -E.coli EP | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -E.coli O157 | 0 | 2 | 4 | 3 |
| -Paeruginosa | 0 | 0 | 1 | 0 |

| ENFERMEDAD/AGENTE | IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 41 | | ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 41 | |
|--|---|-----------|--|-------------|
| | 1997 | 1996 | 1997 | 1996 |
| -S.aureus | 0 | 0 | 2 | 0 |
| -Y.enterocolitica | 7 | 8 | 224 | 211 |
| -Y.enterocolitica ser.03 | 2 | 0 | 59 | 30 |
| .Múltiple | 1 | 4 | 64 | 61 |
| .Otras | 0 | 0 | 120 | 118 |
| Infecciones respiratorias | 13 | 24 | 981 | 1055 |
| -A.anitratus | 1 | 0 | 15 | 2 |
| -A.baumannii | 0 | 0 | 5 | 7 |
| -B.fragilis | 0 | 0 | 0 | 2 |
| -C.perfringens | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -C.pneumoniae | 1 | 2 | 75 | 87 |
| -C.trachomatis | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -Chlamydia sp. | 0 | 0 | 5 | 25 |
| -E.cloacae | 0 | 0 | 2 | 1 |
| -E.coli | 0 | 1 | 9 | 8 |
| -E.faecalis | 0 | 0 | 1 | 3 |
| -H.influenzae | 2 | 6 | 79 | 147 |
| -H.influenzae b | 0 | 0 | 7 | 32 |
| -K.pneumoniae | 0 | 0 | 3 | 4 |
| -L.monocytogenes | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -M.pneumoniae | 0 | 3 | 214 | 180 |
| -Mycoplasma sp. | 0 | 0 | 0 | 11 |
| -Nocardia sp. | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -Paeruginosa | 0 | 0 | 17 | 15 |
| -Pmirabilis | 0 | 0 | 4 | 0 |
| -S.aureus | 0 | 0 | 32 | 25 |
| -S.epidermidis | 0 | 0 | 2 | 2 |
| -S.marcescens | 1 | 0 | 2 | 1 |
| -S.pneumoniae | 5 | 6 | 369 | 379 |
| -S.pyogenes | 2 | 3 | 68 | 78 |
| -Staphylococcus coag- | 0 | 0 | 2 | 1 |
| .Múltiple | 1 | 0 | 45 | 23 |
| .Otras | 0 | 3 | 24 | 19 |
| Infección meningocócica | 3 | 3 | 222 | 188 |
| -N.meningitidis | 0 | 0 | 9 | 30 |
| -N.meningitidis gr.A | 0 | 0 | 3 | 0 |
| -N.meningitidis gr.B | 2 | 1 | 83 | 83 |
| -N.meningitidis gr.C | 1 | 2 | 118 | 68 |
| .Múltiple | 0 | 0 | 0 | 1 |
| .Otras | 0 | 0 | 9 | 6 |
| Legionelosis | 2 | 3 | 98 | 80 |
| -L.longbeachae | 0 | 0 | 0 | 2 |
| -L.pneumophila | 2 | 3 | 98 | 74 |
| -Legionella sp. | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Leptospirosis | 0 | 0 | 2 | 2 |
| -Leptospira sp. | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Meningo no meningocócicas | 4 | 1 | 120 | 114 |
| -A.anitratus | 0 | 0 | 2 | 0 |
| -A.baumannii | 0 | 0 | 1 | 1 |
| -E.cloacae | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -E.coli | 0 | 0 | 2 | 4 |
| -E.faecalis | 0 | 0 | 2 | 1 |
| -H.influenzae | 1 | 0 | 8 | 7 |
| -H.influenzae b | 1 | 0 | 7 | 7 |
| -K.pneumoniae | 0 | 0 | 1 | 1 |
| -L.monocytogenes | 0 | 0 | 4 | 5 |
| -M.pneumoniae | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -Paeruginosa | 1 | 0 | 3 | 3 |
| -S.agalactiae | 0 | 1 | 6 | 12 |
| -S.aureus | 0 | 0 | 6 | 1 |
| -S.epidermidis | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -S.marcescens | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -S.pneumoniae | 1 | 0 | 56 | 53 |
| -S.pyogenes | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -Staphylococcus coag- | 0 | 0 | 6 | 15 |
| .Múltiple | 0 | 0 | 4 | 0 |
| .Otras | 0 | 0 | 8 | 3 |
| Micobacterias | 52 | 29 | 2059 | 1976 |
| -M.bovis | 0 | 0 | 4 | 4 |
| -M.tuberculosis | 52 | 29 | 2054 | 1968 |
| .Múltiple | 0 | 0 | 1 | 4 |
| Micobacterias atípicas | 3 | 5 | 202 | 305 |
| -M.avium/intracellulare | 0 | 3 | 79 | 169 |
| -M.fortuitum | 0 | 0 | 8 | 17 |
| -M.gordonae | 0 | 0 | 5 | 12 |
| -M.kansasii | 2 | 1 | 76 | 73 |
| -M.malmoense | 1 | 0 | 1 | 0 |
| -M.marinum | 0 | 0 | 5 | 3 |
| -M.xenopi | 0 | 0 | 22 | 21 |
| .Otras | 0 | 1 | 6 | 10 |
| Micobacterias sp | 0 | 7 | 17 | 157 |
| -Mycobacterium sp. | 0 | 7 | 17 | 157 |
| Psitacosis | 0 | 1 | 8 | 5 |
| -C.psittaci | 0 | 1 | 8 | 5 |
| Tos ferina | 1 | 0 | 19 | 0 |
| -B.pertussis | 1 | 0 | 19 | 0 |
| N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES | 39 | 37 | 47 | 48 |

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 41 QUE TERMINÓ EL 11 DE OCTUBRE DE 1997

| | IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 41 | | ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 41 | |
|--|---|-----------|--|-----------|
| | 1997 | 1996 | 1997 | 1996 |
| VIRUS | | | | |
| Adenovirus | 14 | 5 | 261 | 204 |
| Adenovirus 40/41 | 0 | 0 | 8 | 2 |
| Agente Delta | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Citomegalovirus | 4 | 5 | 126 | 209 |
| Coxsackie B | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Coxsackie B 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| ECHO | 0 | 0 | 61 | 1 |
| ECHO 11 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Enterovirus | 7 | 1 | 169 | 110 |
| Epstein-Barr | 30 | 19 | 580 | 525 |
| Gripe A | 0 | 0 | 78 | 168 |
| Gripe B | 0 | 0 | 123 | 17 |
| Gripe sp. | 0 | 0 | 2 | 5 |
| Hepatitis A | 2 | 9 | 126 | 139 |
| Hepatitis B | 1 | 2 | 67 | 100 |
| Hepatitis C | 12 | 34 | 474 | 607 |
| Herpes simple | 1 | 1 | 20 | 46 |
| Herpes simple tipo 1 | 3 | 5 | 45 | 43 |
| Herpes simple tipo 2 | 2 | 0 | 21 | 20 |
| Papilomavirus | 3 | 0 | 61 | 13 |
| Parainfluenza | 0 | 0 | 21 | 9 |
| Parainfluenza 1 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| Parainfluenza 2 | 4 | 0 | 16 | 3 |
| Parainfluenza 3 | 0 | 0 | 19 | 17 |
| Parotiditis | 0 | 0 | 5 | 5 |
| Parvovirus B 19 | 0 | 1 | 7 | 6 |
| Picornavirus | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Reovirus | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Respiratorio Sincitial | 1 | 5 | 905 | 853 |
| Rinovirus | 0 | 0 | 3 | 12 |
| Rotavirus | 7 | 5 | 1596 | 1426 |
| Rubéola | 0 | 0 | 109 | 409 |
| Sarampión | 1 | 0 | 3 | 20 |
| Varicela Zoster | 0 | 0 | 32 | 37 |
| -Otros | 0 | 0 | 1 | 2 |
| N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES | 18 | 16 | 40 | 45 |

| | IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 41 | | ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 41 | |
|--|---|-----------|--|-----------|
| | 1997 | 1996 | 1997 | 1996 |
| PARÁSITOS | | | | |
| Anisakis | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Ascaris lumbricoides | 0 | 2 | 14 | 10 |
| Balantidium coli | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Blastocystis hominis | 1 | 3 | 88 | 67 |
| Cryptosporidium sp | 2 | 0 | 83 | 123 |
| Echinococcus granulosus | 0 | 0 | 16 | 22 |
| Entamoeba coli | 0 | 0 | 18 | 9 |
| Entamoeba histolytica | 1 | 1 | 10 | 3 |
| Enterobius vermicularis | 5 | 9 | 212 | 161 |
| Fasciola hepática | 1 | 0 | 1 | 2 |
| Giardia lamblia | 11 | 11 | 399 | 279 |
| Leishmania donovani | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Leishmania sp | 0 | 0 | 14 | 6 |
| Plasmodium falciparum | 1 | 1 | 41 | 25 |
| Plasmodium malariae | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Plasmodium ovale | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Plasmodium sp | 0 | 0 | 10 | 10 |
| Plasmodium vivax | 0 | 1 | 25 | 18 |
| Schistosoma haematobium | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Schistosoma mansoni | 0 | 0 | 5 | 2 |
| Taenia saginata | 2 | 1 | 15 | 19 |
| Taenia sp. | 0 | 1 | 19 | 7 |
| Toxoplasma gondii | 1 | 2 | 35 | 35 |
| Trichomonas vaginalis | 3 | 3 | 207 | 150 |
| Trichuris trichiura | 0 | 5 | 4 | 9 |
| -Otros | 0 | 4 | 76 | 28 |
| N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES | 12 | 16 | 34 | 35 |

| | IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 41 | | ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 41 | |
|--|---|-----------|--|------------|
| | 1997 | 1996 | 1997 | 1996 |
| MICOSIS | | | | |
| Cutáneas y Subcutáneas | 17 | 13 | 350 | 359 |
| -Aspergillus fumigatus | 0 | 0 | 1 | 2 |
| -Aspergillus niger | 0 | 0 | 1 | 1 |
| -Aspergillus sp. | 1 | 0 | 2 | 1 |
| -Candida albicans | 1 | 2 | 55 | 46 |
| -Candida glabrata | 0 | 0 | 5 | 0 |
| -Candida guilliermondii | 1 | 0 | 10 | 8 |
| -Candida parapsilosis | 6 | 1 | 50 | 49 |
| -Candida sp. | 0 | 0 | 5 | 10 |
| -Cryptococcus laurentii | 0 | 0 | 3 | 0 |
| -Cryptococcus sp. | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -Epidermophyton floccosum | 0 | 0 | 7 | 4 |
| -Malassezia furfur | 1 | 0 | 25 | 26 |
| -Microsporium canis | 1 | 2 | 34 | 41 |
| -Microsporium gypseum | 0 | 0 | 3 | 3 |
| -Rhodotorula rubra | 0 | 0 | 5 | 9 |
| -Trichophyt.mentagrophyte | 0 | 2 | 27 | 44 |
| -Trichophyton rubrum | 2 | 3 | 60 | 52 |
| .Múltiple | 0 | 1 | 6 | 21 |
| .Otras | 4 | 2 | 51 | 41 |
| Mucosas | 3 | 1 | 142 | 87 |
| -Aspergillus fumigatus | 0 | 0 | 6 | 3 |
| -Aspergillus niger | 0 | 0 | 21 | 15 |
| -Aspergillus sp. | 0 | 0 | 11 | 12 |
| -Candida albicans | 1 | 0 | 15 | 4 |
| -Candida guilliermondii | 0 | 0 | 1 | 1 |
| -Candida parapsilosis | 0 | 0 | 25 | 15 |
| -Candida sp. | 0 | 0 | 2 | 5 |
| .Múltiple | 0 | 0 | 4 | 4 |
| .Otras | 2 | 1 | 57 | 28 |
| Sistémicas | 10 | 8 | 171 | 253 |
| -Aspergillus fumigatus | 1 | 1 | 11 | 8 |
| -Aspergillus niger | 0 | 0 | 0 | 1 |
| -Aspergillus sp. | 0 | 0 | 0 | 2 |
| -Candida albicans | 1 | 0 | 57 | 76 |
| -Candida glabrata | 0 | 0 | 5 | 3 |
| -Candida guilliermondii | 0 | 0 | 2 | 1 |
| -Candida parapsilosis | 3 | 0 | 19 | 17 |
| -Candida sp. | 0 | 0 | 2 | 15 |
| -Cryptococcus laurentii | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -Cryptococcus neoformans | 2 | 1 | 13 | 28 |
| -Cryptococcus sp. | 0 | 0 | 0 | 2 |
| -M.circinelloides | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -Pvartiotii | 0 | 0 | 1 | 0 |
| -Pneumocystis carinii | 3 | 3 | 46 | 78 |
| .Múltiple | 0 | 0 | 3 | 1 |
| .Otras | 0 | 3 | 10 | 21 |
| N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES | 8 | 11 | 20 | 23 |

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

La suscripción del Boletín Epidemiológico Semanal es gratuita.
Solicitudes: Centro Nacional de Epidemiología.
Instituto de Salud Carlos III.

C/ Sinesio Delgado, 6 - 28029 - Madrid - ESPAÑA

NIPO: 354 - 97 - 006 - 0 - Depósito legal: M-41502-1978

Imprime: Impresos y Revistas, S. A.