



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 35

1997/Vol. 5/n.º 21/205-212

Del 24 al 30 de agosto de 1997 (Impreso el 19 de marzo de 1998)

ISSN: 1135-6286

SUMARIO

1. Consumo de alcohol en España y su relación con la autovaloración del estado de salud.
2. Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
3. Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica.

CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA Y SU RELACIÓN CON LA AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD, 1993

¹E Delgado Torralbo, ¹MM Sousa, ¹MV Rigo Medrano, ¹LP Sánchez Serrano, ¹L Viloría Raymundo, ¹LM Bello Luján,
¹J Alvar Ezquerro, ²J Almazán Isla, ²MC Verde López, ²MA Muñoz Ares, ²O Asencio Ortiz, ²V Gimeno Benítez, ³JF Martínez Navarro.

¹ Programa de Epidemiología Aplicada de Campo 1996/98.

² Participantes del Curso de Fundamentos de Epidemiología 1996. Escuela Nacional de Sanidad.

³ Jefe de Área de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol en España está unido a comportamientos socialmente integrados, incluso potenciados en determinadas formas y momentos, constituyendo un elemento del proceso de socialización¹. Además supone, para la economía nacional, un destacado recurso económico: la producción de bebidas a nivel mundial ocupa un lugar importante, siendo España el tercer país en producción de vino (40.377 hl/año) y el noveno de cerveza (27.314 hl/año). De manera simultánea nuestro país es también de los primeros en cuanto a consumo medio *per capita* de alcohol, resultando éste de 10,8 litros².

En España se ha calculado una prevalencia de consumo del 69,6%³ aunque la definición del concepto «consumo» debe huir de la globalización y buscar una definición categorizada usando los niveles de ingesta de alcohol puro en unidad de tiempo, atendiendo a los pará-

metros de frecuencia por tipo de bebida. En este sentido, el presente trabajo plantea la utilidad de la Encuesta Nacional de Salud de España 1993 como instrumento de tipificación del consumo de alcohol.

Si bien está claro que la salud está ampliamente influida por los consumos de alcohol, poco se ha estudiado en nuestro medio la sensación subjetiva de bienestar y la ingesta alcohólica, motivo por el que se ha buscado el acercamiento al conocimiento de esta relación a partir de la información contenida en la Encuesta.

OBJETIVOS

- Caracterizar los patrones de ingesta de alcohol en España, referidos a nivel de consumo, género y edad.
- Conocer la relación entre el consumo de alcohol y la autovaloración del estado de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

La base de datos utilizada para el presente trabajo ha sido la de la Encuesta Nacional de Salud de 1993 (ENS-93).

El presente trabajo es una explotación de resultados de la ENS-93 en lo que se refiere a los datos sobre la población de 16 y más años de edad ($n=21.061$).

La ENS-93 es un estudio de corte transversal, realizado durante 15 días, con recogida de datos obtenidos a través de un cuestionario. Abarcó la totalidad de la población española, no institucionalizada. La selección de la muestra se realizó mediante muestreo aleatorio polietápico estratificado, con representatividad, entre otras, por Comunidad Autónoma, edad y género.

Las variables estudiadas fueron: *autovaloración del estado de salud*, *consumo de alcohol*, *edad* y *género* (preguntas: P1, P25, P26, P35 y P37 de la ENS-93). Las dos primeras variables se referían solamente a los 12 meses anteriores a la entrevista.

Las variables se caracterizaron:

- * **Consumo de alcohol:** según la cantidad de alcohol consumida, se establecieron las siguientes categorías:
 - «Abstemios»
 - «Bebedores», con 4 subcategorías:
 - Ligero, >0 a 175 cc. de alcohol puro/semana.
 - Moderado, de 176 a 525 cc. de alcohol puro/semana.
 - Alto, de 526 a 700 cc. de alcohol puro/semana.
 - Excesivo, más de 700 cc. de alcohol puro/semana.
- * **Edad:** se desagregó en grupos decenales (16-25, 26-35, ..., 66-75 y >75).
- * **Género:** masculino y femenino.
- * **Autovaloración del estado de salud:** para garantizar un mínimo de efectivos en los diferentes subgrupos, se reagruparon las 5 categorías de la ENS-93 en sólo 3: «Bueno», «Regular» y «Malo».

Para dar respuesta al primer objetivo formulado, se realizó un análisis descriptivo.

Con el fin de alcanzar el segundo objetivo se realizó un estudio analítico que comprendió los siguientes estadísticos:

- medidas de asociación: Odds Ratio de Mantel-Haensel (OR),
- test para la tendencia del riesgo: Ji al cuadrado de tendencia lineal,
- interacción y confusión: técnicas de estratificación, test de heterogeneidad de Woolf.

Todos los intervalos de confianza están calculados para un nivel de significación del 95%.

Antes de proceder al estudio analítico y con el fin de garantizar un número suficiente de efectivos, se creó una nueva categoría de consumo elevado de alcohol resultante de la agregación de las categorías «bebedor alto» y «bebedor excesivo» (bebedor alto-excesivo).

Se estudiaron las asociaciones entre consumo de alcohol y el género y entre el consumo de alcohol y la edad.

Para esto, las categorías utilizadas fueron «bebedor alto-excesivo» y «bebedor ligero», este último como categoría de referencia.

Mediante la Ji al cuadrado de tendencia, se analizó la posible asociación lineal entre el consumo de alcohol y los diferentes grupos de edad. El grupo utilizado como referencia fue el de «16-25 años».

Para el análisis de la relación entre consumo de alcohol y la autovaloración del estado de salud, se utilizaron las categorías de «bebedor alto-excesivo» comparando ésta con las categorías «bebedor ligero», «bebedor moderado» y «abstemio».

Finalmente se realizó un análisis ajustado, por género y edad, de la asociación entre el consumo de alcohol y la autovaloración del estado de salud, con el fin de determinar posibles efectos de confusión o modificadores de efecto en nuestras estimaciones. Para este análisis se comparó el grupo de «bebedores» en su conjunto, a fin de garantizar un mínimo de efectivos en las unidades de análisis, y como referencia el de «abstemio».

Para la depuración, procesamiento, análisis y presentación de los datos fueron utilizados los programas EPI-INFO 6.3, EXCEL 5.0 y Harvard Graphics.

Las equivalencias utilizadas para el cálculo del consumo de alcohol, según frecuencia, cantidad y tipo de bebida, fueron las establecidas en la ENS-93⁴ y precisadas por el «Estudio de los estilos de vida de la población adulta española»³. Sólo la categoría de «bebedor ligero» ha sido modificada respecto a la utilizada por la ENS-93 –nuestra escala empezó en «1» y no en «0» (cc. de alcohol puro/semana).

Por coherencia con el conjunto de los datos, fueron considerados como abstemios 7.548 (35,8%) registros. Éstos presentaban «0» –código no permitido en la ENS-93– en la P25 (frecuencia de consumo) y «0» en la P26 (cantidad de consumo según tipo de bebida).

En 3.813 (18,1%) registros no se pudo calcular la cantidad de alcohol consumida para diferentes tipos de bebidas, por estar cumplimentada la P25 y/o la P26 como «No Conocida» («99» y «9» respectivamente). Sin embargo, fueron considerados como bebedores.

RESULTADOS

De las 21.061 entrevistas analizadas, 13.323 (63,3%) correspondieron a bebedores.

Entre los bebedores, la mitad (6.723) quedaron incluidos en la categoría de «bebedor ligero», 2.078 (15,7%) se incluyeron en la de «bebedor moderado» y 706 (5,3%) en las de «bebedor alto-excesivo». En casi un tercio de los bebedores (3.813) no se conocía la cantidad de alcohol consumida (tabla 1).

5.418 (70%) de los abstemios eran mujeres. En todas las categorías de bebedores, más del 85% eran hombres, salvo en la de «bebedor ligero» donde ambos sexos estaban prácticamente repartidos por igual.

TABLA 1
CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA, 1993. CARACTERÍSTICAS DE LOS ENCUESTADOS

VARIABLES	Abstemio	Bebedor					TOTAL
		Ligero	Moderado	Alto	Excesivo	N.C.*	
GÉNERO							
Masculino	2311	3209	1794	255	393	2223	10195
Femenino	5418	3514	292	23	29	1552	10828
N.C.*	9	0	1	0	0	28	38
EDAD (años)							
16-25	1321	1907	359	31	58	907	4583
26-35	1037	1380	481	68	87	798	3851
36-45	1011	982	392	63	97	665	3210
46-55	1079	846	368	47	73	556	2969
56-65	1384	804	268	49	69	472	3046
66-75	1231	529	150	12	26	233	2181
> 75	580	181	43	5	3	89	901
N.C.*	95	94	26	3	9	93	320
SALUD**							
Buena	4536	4922	1634	200	317	2840	14449
Regular	2352	1482	366	67	87	759	5113
Mala	829	297	82	11	16	206	1441
N.C.*	21	22	5	0	2	8	58
TOTAL	7738	6723	2087	278	422	3813	21061

* N.C.-no conocido; ** SALUD-autovaloración del estado de salud.
Fuente: ENS-93. Elaboración propia.

En las categorías de «bebedores alto y excesivo», 9 de cada 10 entrevistados eran hombres.

En relación con la edad, casi el 50% de los bebedores incluidos en la categoría de «bebedor ligero» pertenecían a los dos grupos de edad más jóvenes (16-25 y 26-35 años), mientras que las categorías de «bebedor alto» y de «bebedor excesivo» pertenecían mayoritariamente a grupos de más edad (26-35, 36-45, 46-55 y 56-65 años).

Los abstemios se encontraban más homogéneamente repartidos entre los diferentes grupos de edad.

El estado de salud fue autovalorado como «bueno» por el 58,7% (4.536/7.738) de los abstemios, pero también por el 74,4% (9.913/13.323) de los bebedores.

Los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de ser bebedores «altos-excesivos» (OR= 13,7 IC95%: 8,72-15,65, p< 0,0001).

Las OR de los bebedores «alto-excesivo» son estadísticamente significativas (p<0,01) aumentando con la edad, estabilizándose en la edad media para bajar a los 65 años (figura 1), dejando de ser significativa en el grupo de mayores de 75 años.

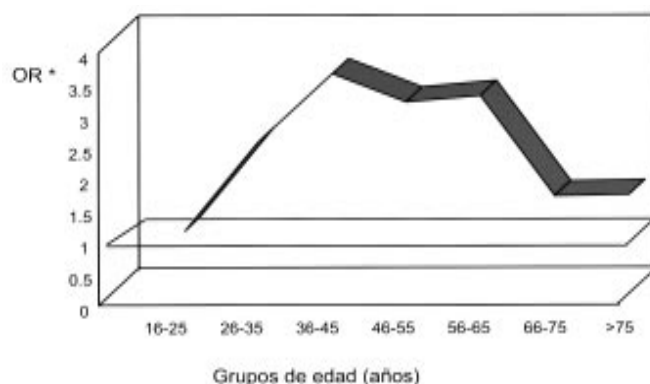
La autovaloración del estado de salud como «bueno» por los bebedores «alto-excesivo», utilizando como referencia a los bebedores «ligero» y «moderado» no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, los «bebedores», en su conjunto, tienen más probabilidad de valorar su estado de salud como «bueno» que los «abstemios» (OR= 3,5 IC95%: 2,33-5,33, p< 0,0001). La magnitud de esta asociación aumenta con la edad (Test de heterogeneidad de Woolf= 23,15, p< 0,001) (figura 2) independientemente del género.

DISCUSIÓN

En la literatura, la división categórica de consumos a fin de definir los patrones de ingesta alcohólica no es, en modo alguno, uniforme, pues en ocasiones se contempla la bebida esporádica u ocasional, distinguiéndola de la abstinencia absoluta, y otras veces no. A veces se tiene en cuenta la categoría de ex-bebedores bien diferenciada, mientras que en otras ocasiones éstos quedarían englobados como abstemios. Incluso entre las categorías de consumo las hay que organizan sus datos por número de bebidas consumidas⁵ y otras por cantidad total de alcohol, dando estratos muy variados y de difícil comparabilidad entre ellos.

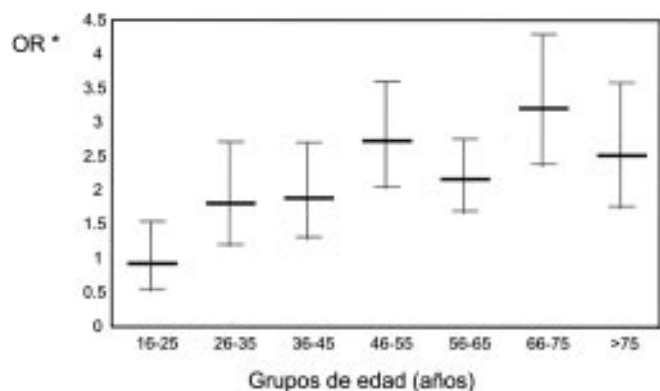
La ENS-93, para categorizar a los encuestados en abs-

FIGURA 1
TENDENCIA DEL RIESGO DE SER BEBEDOR «ALTO-EXCESIVO» POR GRUPO DE EDAD



* OR: bebedor alto-excesivo / bebedor ligero.

FIGURA 2
AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD COMO «BUENO»
ENTRE LOS BEBEDORES, POR DISTINTOS GRUPOS DE EDAD



* OR: bebedores / abstemios.

temios o bebedores en sus diferentes grados, se basa en los hábitos de consumo de apenas los doce meses anteriores. Así, no aporta información respecto al promedio de consumo de alcohol en la vida de cada encuestado.

Hemos encontrado que cerca de la mitad de los bebedores son «bebedores ligeros». Los «bebedores ligeros» no se pueden considerar como verdaderos bebedores, pues muchos no toman más que una o dos copas al año. Este grupo debería ser considerado como de referencia, dado que es el grupo mayoritario, reflejando el patrón normal de comportamiento en la población española^{2,6}.

En cuanto a tipo de bebedor, su género y edad, nuestros resultados se encuentran conformes a los estudios revisados. Esos estudios afirman que hombres y mujeres no beben de igual manera. El consumo de la mujer es inferior al del hombre en el estudio global, pero también se observa que resulta excepcional en el grupo de consumos excesivos⁶. Por edad se observa que aunque la tendencia de la población es a la disminución global del número de bebedores excesivos⁷ con tasas del 3-7%, éstos aumentan hasta el 9% en el grupo de edad entre 18-29 años y con tendencia ascendente^{5,8}.

La encuesta Nacional de Salud de 1993 no resultó la herramienta más adecuada para responder al segundo objetivo de nuestro estudio (relación entre el consumo de alcohol y autovaloración del estado de salud), ya que su finalidad es obtener información sobre aspectos de salud y uso de servicios a efectos de planificación sanitaria y de salud.

Poco se ha estudiado en cuanto a la sensación subjetiva de bienestar y la ingesta alcohólica. McKenbach y cols. intentaron determinar una tabla o «score» que permitiera identificar los factores que subjetivamente determinaran el estado de salud. El alcohol ocupaba el sexto lugar de una serie de nueve estudiados⁹. Estudios muy recientes han puesto de manifiesto que el consumo moderado tiene una correlación muy clara con la percepción subjetiva de buena salud¹⁰. Por el contrario, hay problemas de definición en los otros grupos de consumo. Entre los abstemios, por ejemplo, se podrían encontrar un alto número

de exbebedores que han abandonado el hábito alcohólico a causa precisamente de su mal estado de salud, mientras que en los bebedores de alto consumo se puede encontrar alterada su propia sensación real de salud. Nuestros resultados corroboran los de otros estudios.

Conforme aumenta la edad, la autovaloración del estado de salud es mejor, resultado no plausible biológicamente, ya que a mayor edad mayor posibilidad de enfermedad. Hay que tener en cuenta que al referirse a la percepción subjetiva de la salud pueden estar influyendo factores ajenos al verdadero estado de salud, así como el «efecto del bebedor sano» (al dejar fuera a la población institucionalizada o al exbebedor por motivos de salud), lo que podrá explicar, en parte, la peor autovaloración del estado de salud por parte de los «abstemios» relativamente al grupo de «bebedores».

BIBLIOGRAFÍA

1. Yáñez JL, del Río MC, Álvarez FJ. *Alcohol-related mortality in Spain*. Alcohol Clin Exp Res 1993; 17(2): 253-255.
2. Gutiérrez-Fisac JL. *Indicadores de consumo de alcohol en España*. Med Clin 1995; 104 (14): 544-550.
3. Gil López E., Jiménez García-Pascual R., Pérez Andrés C., Vargas Marcos F. *Estudio de los estilos de vida de la población adulta española*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1992.
4. Subdirección General de Información y Estadísticas Sanitarias. *Encuesta Nacional de Salud 1993*. Rev San Hig Púb 1994; 68: 121-178.
5. Martínez R.M., Martín L. *Patrones de consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid*. Comunidad y Drogas 5/6. Diciembre 1987.
6. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estudio de los hábitos de consumo de alcohol de la población adulta española*. Encuesta ICSA-Gallup. Diciembre 1980. Madrid 1984.
7. Robledo T, Rubio J., Gil E. *Alcohol y salud. La salud y el sistema sanitario en España*. Informe SESPAS; 101-111. Barcelona 1995.
8. Gil López E., Vargas Marcos F, Pérez Andrés C., et al. *Alcohol y juventud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1991.
9. McKenbach J.P., Van den Bos J., Joung I.M.A. et al. *The determinants of excellent health: different from the determinants of ill-health?* Int J Epidemiol 1994; 23 (6): 1273-1281.
10. Poikolainen K., Vartiainen E., Korhonen H.J. *Alcohol intake and subjective health*. Am J Epidemiol 1996; 144 (4): 346-350.
11. Doll R., Peto R., Hall E. et al. *Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors*. BMJ 1994; 309: 911-918.
12. Duffy J.C. *Alcohol consumption and all-cause mortality*. Int J Epidemiol 1995; 24 (1): 100-105.
13. Marqués-Vidal P. *Response to «alcohol consumption and coronary heart disease: good habits may be more important than just good wine»*. Am J Epidemiol 1996; 143 (11): 1099.
14. Marqués-Vidal P, Ducimetière P, Evans A., et al. *Alcohol consumption and myocardial infarction: A case-control study in France and Northern Ireland*. Am J Epidemiol 1996; 143 (11): 1089-93.
15. Rimm E.B. (Invited Commentary) *Alcohol consumption and coronary heart disease: good habits may be more important than just good wine*. Am J Epidemiol 1996; 143 (11): 1094-1098.
16. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. *Alcohol y salud pública*. Serie de Informes Técnicos N° 1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1994.

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 30 DE AGOSTO DE 1997

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 35		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 1992-1996		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		1997	1996	1997	1996	Sem. 35	Acum. casos	Sem. 35	Acum. C.
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0		4					
Cólera	001	0	0	0	0				
Disenteria	004	3	5	56	52	9	190	0,33	0,29
F. tifoidea y paratifoidea	002	7	18	227	404	16	450	0,44	0,50
Triquinosis	124	0	0	11	15				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	13	12	1.540	1.064	12	817	1,08	1,88
Gripe	487	5.814	10.375	1.954.996	1.926.898	9.979	1.926.898	0,58	1,01
Legionelosis	482.8	0		56					
Meningitis tuberculosa	013.0.320.4	1		40					
Tuberculosis respiratoria	011	91	142	4.825	6.042	147	6.614	0,62	0,73
Varicela	052	960	1.006	203.374	204.584	1.029	262.027	0,93	0,78
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0.098.1	29	59	1.654	2.870	111	4.388	0,26	0,38
Sífilis	091	13	14	529	600	20	823	0,65	0,64
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	51	129	5.800	12.562	127	7.278	0,40	0,80
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubéola	056	13	59	3.552	15.852	59	7.328	0,22	0,48
Sarampión	055	12	19	1.583	4.476	48	8.173	0,25	0,19
Tétanos	037	0	5	19	33				
Tos Ferina	033	16	78	845	2.553	78	3.614	0,21	0,23
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0.070.1	20		809					
Hepatitis B	070.2.070.3	10		640					
Otras hepatitis víricas	070	24		2.158					
Zoonosis									
Brucelosis	023	31	36	1.521	1.646	37	2.190	0,84	0,69
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	9	3	108	135				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Lepra	030	0	0	3	12				
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:

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

Disenteria (0,33). F. tifoidea y paratifoidea (0,44). Gripe (0,58). Tuberculosis respiratoria (0,62). Infección gonocócica (0,26). Sífilis (0,65). Parotiditis (0,40). Rubéola (0,22). Sarampión (0,25). Tos Ferina (0,21).

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal.

Hay que destacar 9 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 35 QUE TERMINÓ EL 30 DE AGOSTO DE 1997**

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 35		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 35	
	1997	1996	1997	1996
Bacteriemias	51	40	1734	1612
-A.anitratus	0	1	16	23
-A.baumannii	0	0	13	17
-A.hydrophila	0	0	1	0
-A.sobria	0	0	1	0
-B.fragilis	0	1	18	14
-C.perfringens	0	0	5	6
-E.cloacae	1	1	22	28
-E.coli	11	5	372	338
-E.faecalis	1	2	77	66
-E.faecium	0	0	9	15
-H.influenzae	0	0	14	11
-H.influenzae b	0	0	2	1
-K.pneumoniae	2	1	37	36
-L.monocytogenes	0	0	9	7
-Paeruginosa	3	3	70	69
-Pmirabilis	1	0	29	30
-S.agalactiae	1	2	40	45
-S.aureus	6	3	272	200
-S.epidermidis	5	2	105	86
-S.marcescens	0	1	19	13
-S.pneumoniae	0	4	105	98
-S.pyogenes	0	0	10	5
-Staphylococcus coag-	4	6	139	210
-Yenterocolitica	0	0	1	0
.Múltiple	3	1	91	59
.Otras	13	7	257	235
Brucelosis	2	4	92	122
-B.abortus	0	0	0	2
-B.melitensis	1	1	47	43
-Brucella sp.	1	3	45	77
E.T.S.: Gonococia	1	0	33	24
-N.gonorrhoeae	1	0	30	23
.Múltiple	0	0	3	1
E.T.S.: Sífilis	1	5	90	102
-Tpallidum	1	5	90	102
E.T.S.: otras	0	1	77	57
-C.trachomatis	0	1	77	57
Enfermedad de Lyme	1	0	1	7
-B.burgdorferi	1	0	1	7
Eftofoidea y paratifoidea	0	2	18	14
-S.paratyphi A	0	1	2	3
-S.typhi	0	1	16	11
Fiebre Q	0	0	134	104
-C.burnetii	0	0	134	104
Fiebre botonosa	0	1	31	24
-R.conorii	0	1	31	24
G.E.A.: Salmonelosis	152	145	3154	3060
-S.enteritidis	50	41	1221	1070
-S.hadar	0	0	10	13
-S.typhimurium	28	15	534	374
-S.virchow	0	3	4	17
-Salmonella gr.B	17	12	225	233
-Salmonella gr.C	0	4	34	30
-Salmonella gr.C1	2	2	32	28
-Salmonella gr.C2	3	1	48	32
-Salmonella gr.D	15	18	284	330
-Salmonella sp.	32	37	673	828
.Múltiple	2	6	63	67
.Otras	3	6	26	38
G.E.A.: Shigelosis	2	6	68	54
-S.boydii	0	0	2	3
-S.disenteriae	0	0	4	0
-S.flexneri	0	1	20	14
-S.sonnei	2	4	38	34
-Shigella sp.	0	1	3	2
.Múltiple	0	0	1	1
G.E.A.: Vibrio	2	0	5	10
-V.cholerae NAG	1	0	2	1
-V.fluvialis	0	0	0	2
-V.parahaemolyticus	1	0	2	6
-Vibrio sp.	0	0	0	1
.Múltiple	0	0	1	0
G.E.A.: otras bacterias	83	103	2987	2675
-A.caviae	4	2	120	66
-A.hydrophila	4	1	47	33
-A.sobria	1	2	23	15
-Aeromonas sp.	1	3	23	35
-C.coli	6	3	132	105
-C.difficile	0	0	22	21
-C.jejuni	41	59	1727	1519
-Campylobacter sp.	14	27	512	525
-E.coli	0	0	2	1
-E.coli EP	0	0	0	1
-E.coli O157	1	0	4	1

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 35		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 35	
	1997	1996	1997	1996
-Paeruginosa	0	0	1	0
-S.aureus	0	0	1	0
-Yenterocolitica	1	5	184	180
-Yenterocolitica ser.03	4	0	44	23
.Múltiple	2	0	55	48
.Otras	4	1	97	102
Infecciones respiratorias	17	17	910	947
-A.anitratus	2	0	11	2
-A.baumannii	0	0	4	7
-B.fragilis	0	0	0	2
-C.pneumoniae	3	1	73	77
-C.trachomatis	0	0	0	1
-Chlamydia sp.	0	0	5	25
-E.cloacae	1	0	1	1
-E.coli	0	0	8	7
-E.faecalis	0	0	1	3
-H.influenzae	2	3	71	121
-H.influenzae b	0	0	6	31
-K.pneumoniae	0	0	3	4
-L.monocytogenes	0	0	1	0
-M.pneumoniae	4	2	206	164
-Mycoplasma sp.	0	0	0	11
-Paeruginosa	0	0	16	12
-Pmirabilis	0	0	4	0
-S.aureus	0	1	27	22
-S.epidermidis	0	1	0	2
-S.marcescens	0	0	1	1
-S.pneumoniae	3	6	346	343
-S.pyogenes	0	2	61	72
-Staphylococcus coag-	0	0	2	1
.Múltiple	2	0	39	23
.Otras	0	1	24	15
Infección meningocócica	0	3	210	168
-N.meningitidis	0	0	9	27
-N.meningitidis gr.A	0	0	3	0
-N.meningitidis gr.B	0	3	77	74
-N.meningitidis gr.C	0	0	113	61
.Múltiple	0	0	0	1
.Otras	0	0	8	5
Legionelosis	2	1	77	59
-L.longbeachae	0	0	0	2
-L.pneumophila	2	1	77	53
-Legionella sp.	0	0	0	4
Leptospirosis	0	0	2	2
-Leptospira sp.	0	0	2	2
Mening.no meningocócicas	3	0	108	103
-A.anitratus	0	0	2	0
-A.baumannii	0	0	1	1
-E.cloacae	0	0	0	1
-E.coli	0	0	2	3
-E.faecalis	0	0	2	1
-H.influenzae	0	0	6	7
-H.influenzae b	0	0	6	7
-K.pneumoniae	0	0	1	0
-L.monocytogenes	0	0	4	3
-M.pneumoniae	0	0	1	0
-Paeruginosa	0	0	2	3
-S.agalactiae	1	0	6	10
-S.aureus	0	0	6	1
-S.epidermidis	0	0	1	0
-S.pneumoniae	1	0	52	49
-S.pyogenes	0	0	1	0
-Staphylococcus coag-	1	0	5	14
.Múltiple	0	0	4	0
.Otras	0	0	6	3
Micobacterias	41	43	1784	1717
-M.bovis	0	0	3	4
-M.tuberculosis	41	43	1780	1709
.Múltiple	0	0	1	4
Micobacterias atípicas	3	8	164	258
-M.avium/intracellulare	2	2	72	141
-M.fortuitum	0	1	5	17
-M.gordonae	0	2	2	10
-M.kansasii	1	1	65	61
-M.marinum	0	0	4	3
-M.xenopi	0	2	15	17
.Otras	0	0	1	9
Micobacterias sp	0	3	16	139
-Mycobacterium sp.	0	3	16	139
Psitacosis	0	0	7	4
-C.psittaci	0	0	7	4
Tos ferina	1	0	17	0
-B.pertussis	1	0	17	0
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	37	37	47	48

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 35 QUE TERMINÓ EL 30 DE AGOSTO DE 1997

	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 35		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 35	
	1997	1996	1997	1996
VIRUS				
Adenovirus	5	6	218	183
Adenovirus 40/41	0	0	5	2
Agente Delta	0	0	1	3
Citomegalovirus	3	10	112	185
Coxsackie B	0	0	1	1
Coxsackie B 1	0	0	0	3
ECHO	0	0	61	0
Enterovirus	1	0	158	103
Epstein-Barr	10	11	497	446
Gripe A	0	0	77	167
Gripe B	0	0	123	17
Gripe sp.	0	0	2	5
Hepatitis A	0	8	106	107
Hepatitis B	1	0	57	86
Hepatitis C	16	13	401	528
Herpes simple	0	0	15	44
Herpes simple tipo 1	2	2	36	35
Herpes simple tipo 2	0	2	19	18
Papilomavirus	0	0	51	13
Parainfluenza	1	0	20	9
Parainfluenza 1	0	0	1	3
Parainfluenza 2	0	0	12	3
Parainfluenza 3	0	0	19	16
Parotiditis	0	0	5	5
Parvovirus	0	0	1	0
Parvovirus B 19	2	0	6	4
Picornavirus	0	0	0	2
Reovirus	0	0	0	3
Respiratorio Sincitial	0	0	903	843
Rinovirus	0	0	3	12
Rotavirus	7	16	1543	1379
Rubéola	0	0	109	408
Sarampión	0	0	1	16
Varicela Zoster	2	0	29	35
-Otros	0	0	0	2
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	14	16	40	45

	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 35		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 35	
	1997	1996	1997	1996
PARÁSITOS				
Anisakis	0	0	2	0
Ascaris lumbricoides	0	0	14	7
Blastocystis hominis	2	1	75	47
Cryptosporidium sp	6	4	59	111
Echinococcus granulosus	0	0	15	21
Entamoeba coli	1	0	18	8
Entamoeba histolytica	0	0	8	2
Enterobius vermicularis	2	4	183	134
Fasciola hepática	0	0	0	2
Giardia lamblia	6	6	340	205
Leishmania donovani	0	0	2	0
Leishmania sp	0	0	13	4
Plasmodium falciparum	4	2	25	15
Plasmodium malariae	0	0	1	0
Plasmodium ovale	0	0	2	2
Plasmodium sp	0	0	7	7
Plasmodium vivax	0	0	20	16
Schistosoma haematobium	0	0	1	1
Schistosoma mansoni	0	0	5	2
Taenia saginata	1	0	11	15
Taenia sp.	1	0	15	6
Toxoplasma gondii	2	2	33	32
Trichomonas vaginalis	1	4	179	126
Trichuris trichiura	1	0	4	4
-Otros	1	0	74	21
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	13	11	34	33

	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 35		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 35	
	1997	1996	1997	1996
MICOSIS				
Cutáneas y Subcutáneas	5	9	291	313
-Aspergillus fumigatus	0	1	1	2
-Aspergillus niger	0	0	1	1
-Aspergillus sp.	0	0	0	1
-Candida albicans	2	1	47	39
-Candida glabrata	0	0	4	0
-Candida guilliermondii	0	0	8	8
-Candida parapsilosis	0	2	37	43
-Candida sp.	0	0	5	10
-Cryptococcus laurentii	0	0	3	0
-Cryptococcus sp.	0	0	0	1
-Epidermophyton floccosum	0	0	6	4
-Malassezia furfur	3	1	20	23
-Microsporium canis	0	3	28	30
-Microsporium gypseum	0	0	3	3
-Rhodotorula rubra	0	0	4	8
-Trichophyt.mentagrophyte	0	1	26	40
-Trichophyton rubrum	0	0	48	45
.Múltiple	0	0	6	19
.Otras	0	0	44	36
Mucosas	4	2	117	71
-Aspergillus fumigatus	0	0	5	3
-Aspergillus niger	1	0	16	12
-Aspergillus sp.	0	1	8	8
-Candida albicans	0	0	12	4
-Candida guilliermondii	0	0	1	1
-Candida parapsilosis	1	0	21	14
-Candida sp.	0	1	2	2
.Múltiple	0	0	4	4
.Otras	2	0	48	23
Sistémicas	4	9	137	218
-Aspergillus fumigatus	0	0	10	7
-Aspergillus niger	0	0	0	1
-Aspergillus sp.	0	1	0	1
-Candida albicans	2	3	51	71
-Candida glabrata	0	0	4	3
-Candida guilliermondii	0	0	2	1
-Candida parapsilosis	1	1	11	15
-Candida sp.	0	2	2	15
-Cryptococcus laurentii	0	0	1	0
-Cryptococcus neoformans	0	1	9	23
-M.circinelloides	0	0	1	0
-P.variotii	0	0	1	0
-Pneumocystis carinii	1	0	33	63
.Múltiple	0	0	3	1
.Otras	0	1	9	17
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	3	7	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.