



# 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 42

1997/Vol. 5/n.º 25/241-248

Del 12 al 18 de octubre de 1997 (Impreso el 17 de abril de 1998)

ISSN: 1135-6286

## SUMARIO

1. Evaluación de la Vigilancia Epidemiológica de tuberculosis respiratoria en la provincia de Sevilla.
2. Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
3. Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica.

## 1. EVALUACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE TBC RESPIRATORIA EN LA PROVINCIA DE SEVILLA

L. Iváñez Gimeno (\*). J.F. Martínez Navarro (\*) (\*\*).

(\*) Programa de Epidemiología Aplicada de Campo 1997-1999.

(\*\*) Jefe de Área de Vigilancia de la Salud Pública. Programa de Epidemiología Aplicada de Campo. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

## INTRODUCCIÓN

En Andalucía el Sistema de Vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (SV EDO) se encuentra regulado en la Orden de 16 de junio de 1986 del «Boletín Oficial de la Junta de Andalucía» (BOJA, nº 64). En dicha Orden se especifica la lista de las enfermedades a declarar, la forma (numérica, individualizada y urgente), la periodicidad y los sujetos. Asimismo, se recogen los modelos de impresos de notificación tanto para la numérica como para la individualizada. En el caso de la TBC (enfermedad para la que vamos a evaluar el Sistema de Vigilancia), la ficha de declaración individualizada utilizada es la del registro de caso del Programa de Tuberculosis en Andalucía. Dicho programa integrado en el nivel primario de atención, con los oportunos apoyos del resto de la estructura sanitaria, se implantó en 1991 en toda la Comunidad Autónoma con un objetivo general, el de disminuir el riesgo de infectarse, enfermar o morir por causa de la tuberculosis, concretándose específicamente en:

TABLA 1

### RESUMEN ACTIVIDADES POR NIVEL ASISTENCIAL

ACTIVIDADES	MÉDICOS C. SALUD ESPECIAL. HOSPITAL		
IDENT. SOSPECHOSOS	X	X	
DIAGNÓSTICO		X	X
ESTUDIO DEL FOCO		X	
TRATAMIENTO		X	X
DECLARACIÓN CASO		X	X
SEGUIMIENTO		X	X
NOT. SEGUIMIENTO *		X	X
RECUP. ABANDONOS **		X	

\* Notificación seguimiento de caso.

\*\* Recuperación abandonos.

I. Disminuir progresivamente el número de fuentes de infección (bacilíferos).

II. Disminuir progresivamente el número de reservorios (infectados).

III. Proteger a los grupos con alto riesgo de contraer la infección o la enfermedad y vigilar a los grupos potencialmente muy transmisores.

Básicamente, las actividades de los integrantes de la red son las expuestas en la tabla 1.

**OBJETIVO**

El objetivo de este trabajo es evaluar el Sistema de Vigilancia de la tuberculosis respiratoria dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Declaración Obligatoria en la provincia de Sevilla.

Tiempo de observación: 8 meses. Mayo-Diciembre 1996.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Para la evaluación del SV de la tuberculosis respiratoria se han utilizado dos fuentes de datos independientes, el Registro Provincial de Casos del Programa de Tuberculosis de Andalucía notificados de forma pasiva al SV EDO y el registro de Microbiología de las cuatro áreas hospitalarias de Sevilla.

Se han seleccionado del registro de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), los casos pulmonares declarados en el período de estudio, y del registro de Microbiología aquéllos con baciloscopia y/o cultivo positivo en muestras de esputo, aspirado bronquial y aspirado gástrico.

Se han valorado los atributos cualitativos : sencillez, flexibilidad y aceptabilidad, así como los atributos cuantitativos : sensibilidad, valor predictivo positivo y representatividad.

La búsqueda activa de casos para realizar una estimación de la incidencia real se ha llevado a cabo comparando los casos declarados al SV EDO (Registro de Caso del Programa de TB en Andalucía) con los del registro de Microbiología utilizando para la identificación de los casos comunes las variables siguientes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y área hospitalaria.

Se ha aplicado el test de Chandra-Sekar Deming para estimar la cobertura del sistema y el número real de casos.

**DESCRIPCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA**

La cobertura del sistema es universal, la población bajo vigilancia es de 1.691.364 habitantes, según proyección a partir del censo de 1991, concentrándose más del 42% en la ciudad de Sevilla. La provincia consta de 16 Distritos Sanitarios de Atención

Primaria, 11 rurales y 5 en la capital con 74 zonas básicas.

La atención especializada se lleva a cabo a través de 4 áreas hospitalarias, teniendo cada distrito su hospital de referencia.

Existen tres niveles organizativos:

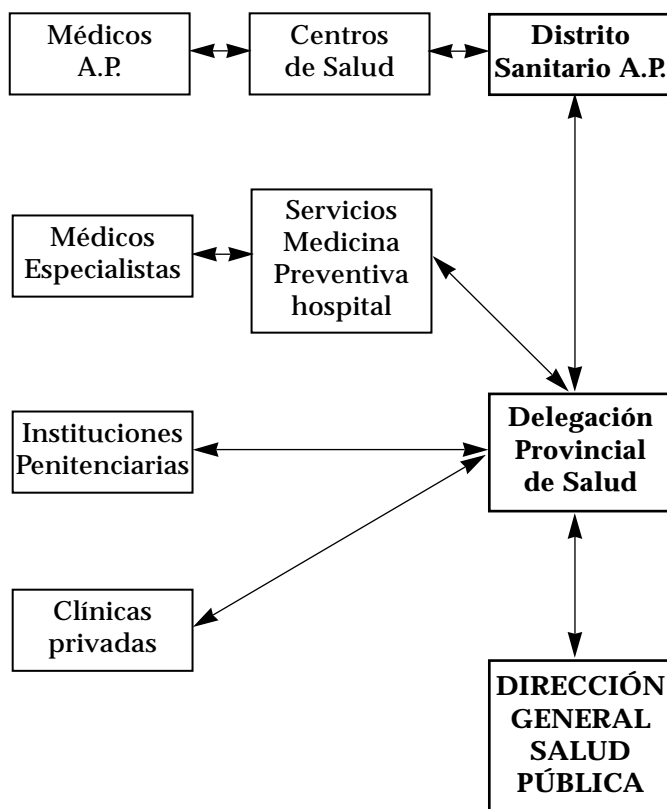
1. Distritos Sanitarios de Atención Primaria. 2. Delegación Provincial de Salud. 3. Dirección General de Salud Pública. Cada uno de los niveles coordina las actividades de vigilancia epidemiológica en su ámbito de influencia.

**CIRCUITO DE INFORMACIÓN DEL SVE DE LAS EDO**

- Los médicos de atención primaria, remiten los impresos de declaración numérica e individualizada a los Centros de Salud correspondientes siendo enviados desde éstos al Distrito Sanitario con periodicidad semanal, salvo la urgente que es inmediata. De aquí se envían a la Sección de Epidemiología de la Delegación Provincial.

- Los Servicios de Medicina Preventiva hospitalarios, Instituciones Penitenciarias y clínicas privadas notifican a la Delegación Provincial, ésta remite las declaraciones de la provincia al Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública (Gráfica 1).

**GRÁFICA 1  
CIRCUITO DE INFORMACIÓN DE LAS EDO**



## RESULTADOS

Durante 1996, se notificaron en la provincia de Sevilla al sistema 391 casos, correspondiendo 309 (79%) a formas respiratorias, lo que supone una tasa de incidencia anual de 18,27 por 100.000 habitantes. Esta tasa provincial es ligeramente superior a la tasa media de Andalucía, 17,03 casos por 100.000 habitantes, e inferior a las provincias de Huelva y Cádiz, cuyas tasas 23,65 y 20,64, respectivamente, se encuentran por encima de la tasa media de Andalucía.

En el período de estudio, de mayo a diciembre de 1996, se notificaron al Sistema de Vigilancia EDO un total de 197 casos de TBC respiratorias confirmados bacteriológicamente, lo que representa una tasa para el período de 11,65 por 100.000 habitantes. El número de casos incluidos en el registro de Microbiología en el mismo período ha sido 310, lo que supone una tasa de 18,33.

El número de casos estimados combinando las dos fuentes ha sido 384, con una desviación estándar de 9,3 y un IC 95% de 366-402, por lo que la tasa de incidencia media del período resulta entre 21,63 y 23,76 casos por 100.000 habitantes.

### ATRIBUTOS CUALITATIVOS

1.º SENCILLEZ. La definición caso sospechoso y caso confirmado es conocida por todos los integrantes del sistema. Además poseen un manual de tuberculosis en atención primaria que recoge el protocolo de actuación ante cada situación contribuyendo a la sencillez del sistema.

Los puntos de notificación se encuentran en los dos niveles asistenciales, por lo que el sistema facilita la captación de los enfermos, así como la identificación de sospechosos. De igual forma, el sistema de transmisión de los datos es ágil y no presenta ninguna dificultad.

Todo el proceso desde la declaración está informatizado. El análisis de datos a nivel provincial se realiza desde programas conocidos y de fácil manejo (EPIINFO V.6.0). A nivel autonómico el análisis está automatizado, realizando actualizaciones de los casos nuevos con periodicidad mensual.

2.º FLEXIBILIDAD. El Sistema EDO es flexible, adaptándose bien a los cambios en las estructuras administrativas y asistenciales de los últimos años, así como a las modificaciones sufridas por el propio sistema.

3.º ACEPTABILIDAD. En cuanto al grado de cumplimentación de la ficha de declaración, a lo largo de los 6 años de implantación del registro hay una serie de variables que no se cumplimentan sistemáticamente. Los datos sobre la enfermedad en cuanto a localización, situación evolutiva, diagnóstico y procesos asociados, así como la pauta de tratamiento suelen registrarse casi en el 100%. La información

TABLA 2

		Casos confirmados		
		sí	no	
Casos detectados por el sistema	sí	197	16	213
	no	151		151
		310	16	364

Sensibilidad=  $197/310 = 0,63$ .

Valor Predictivo Positivo =  $197/213 = 0,97$ .

relativa a los resultados del estudio de foco no se recoge en el 67% de los casos. Se tiene asumida la importancia de la declaración de un caso porque esto conlleva el inicio de una serie de actuaciones sanitarias, pero no existe cultura de notificación en todos aquellos aspectos derivados del control del caso y que tienen también un alto interés epidemiológico. Por ejemplo, no tenemos constancia de la prevalencia de infectados, de la efectividad del estudio del foco, de la efectividad de los tratamientos, del seguimiento en el cumplimiento de los tratamientos y profilaxis, de las curaciones o de las defunciones.

Si añadimos lo anteriormente expuesto a la infranotificación de un área hospitalaria hay que concluir que el grado de aceptabilidad no es satisfactorio.

### ATRIBUTOS CUANTITATIVOS

1.º SENSIBILIDAD. La probabilidad de que un caso de TBC sea declarado al sistema es del 63%.

2.º VALOR PREDICTIVO POSITIVO. La probabilidad de que un caso de TBC declarado al sistema EDO sea realmente caso es del 97% (Tabla 2).

3.º REPRESENTATIVIDAD. Aplicando el método de captura recaptura con la fuente de EDO y la fuente del registro de Microbiología, resulta para la primera una cobertura del 51,3%, mientras que para la segunda es del 80%.

Combinando ambas fuentes la cobertura es del 90,6% (Tabla 3).

## CONCLUSIONES

El sistema es sencillo, existe una definición de caso y de sospecha y todos los integrantes de la red asistencial forman parte de la red de vigilancia con un circuito de transmisión de la información ágil.

La aceptabilidad es relativa. La notificación de caso está asumida y se refleja en la cumplimentación de la ficha que recoge todos los datos referidos al caso, sin embargo, el estudio del foco sólo es cumplimentado en el 33%. La declaración de casos al siste-

TABLA 3

		MICROBIOLOGÍA		
		INCLUYE	NO INC.	
	INCLUYE	159	38	197
EDO	NO INC.	151	36*	187
	TOTAL	310	74	384*

Fuente EDO: Captura 51,3%.

Fuente MICRO: Captura 80,7%.

Combinación ambas fuentes: 90,6%.

ma representa un 51,3%, lo que habla en favor de la baja aceptabilidad.

La ficha de seguimiento del paciente, que podría proporcionarnos datos tan relevantes como la respuesta a los tratamientos, resistencias, así como las curaciones, los abandonos y las muertes, en la práctica apenas se han cumplimentado.

Es importante señalar que, mientras en atención primaria la declaración de caso puede considerarse alta, no ocurre igual en los hospitales. En tres de ellos se podría considerar que la declaración es óptima, sin embargo, la subnotificación de uno de ellos introduce un importante sesgo, teniendo en cuenta que el 77% de las declaraciones son hospitalarias.

La sensibilidad del sistema no puede considerarse alta. Sí lo es el valor predictivo positivo, ya que la inclusión en el registro de tuberculosis requiere la confirmación del caso, por lo que prácticamente la declaración se realiza una vez confirmado el mismo.

Los datos del sistema EDO sobre la incidencia de tuberculosis infraestiman la tasa de incidencia real.

La fuente de información que supone el registro de microbiología hospitalario está infrautilizado, dada la calidad y cantidad de información que puede proporcionar. La combinación de ambas fuentes permiten captar el 90,6% de los casos.

El método captura-recaptura constituye una buena alternativa para poder medir la incidencia de tuberculosis, así como la representatividad y exhaustividad del sistema identificando defectos de declaración y origen de los mismos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Tuberculosis en Atención Primaria. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 1989.
2. Tratamiento de la Tuberculosis en Atención Primaria. Boletín Terapéutico Andaluz. Escuela Andaluza de Salud Pública. 1997.
3. La Tuberculosis. Dirección General de Salud Pública. Consellería de Sanitat y Consum. Generalitat Valenciana. Viure en Salut, nº 33. 1997.
4. Consenso Nacional para el Control de la Tuberculosis en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fondo de Investigación Sanitaria. Serie Grupos de Trabajo. 1992.
5. Ferrer Evangelista, Incidencia de tuberculosis pulmonar: aplicación del método de captura-recaptura. Gaceta Sanitaria 1997; 11: 115-121.
6. International Working Group for Disease Monitoring and Forecasting. Capture-Recapture and Multiple-Record Systems Estimation I: History and theoretical development. Am J Epidemiol 1995; 142: 1047-58.
7. International Working Group for Disease Monitoring and Forecasting. Capture-Recapture and Multiple-Record System Estimation II: applications in Human Diseases: Am J Epidemiol 1995; 142: 1059-68.

<b>SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 18 DE OCTUBRE DE 1997</b>									
ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS	CASOS DECLARADOS		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
	9 REV 1975	1997	1996	1997	1996	Sem. 42	Acum. casos	Sem. 42	Acum. C.
<b>Enfermedades de transmisión alimentaria</b>									
Botulismo	005.1	0		4					
Cólera	001	0	0	0	0				
Disentería	004	11	9	125	85	4	234	2,75	0,53
F. tifoidea y paratifoidea	002	7	8	280	488	10	571	0,70	0,49
Triquinosis	124	0	0	11	16				
<b>Enfermedades de transmisión respiratoria</b>									
Enfermedad Meningocócica	036	22	28	1.931	1.186	19	895	1,16	2,16
Gripe	487	28.854	51.364	2.090.575	2.132.527	52.718	2.132.527	0,55	0,98
Legionelosis	482.8	2		151					
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	0		57					
Tuberculosis respiratoria	011	130	163	5.855	7.086	186	7.837	0,70	0,75
Varicela	052	772	1.471	215.873	210.847	1.471	268.575	0,52	0,80
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>									
Infección gonocócica	098.0,098.1	34	67	1.971	3.408	120	5.141	0,28	0,38
Sífilis	091	14	16	633	679	23	996	0,61	0,64
<b>Enfermedades prevenibles por inmunización</b>									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	56	110	6.465	13.220	110	8.128	0,51	0,80
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubéola	056	16	53	3.699	16.202	53	7.816	0,30	0,47
Sarampión	055	4	21	1.739	4.679	54	8.399	0,07	0,21
Tétanos	037	0	2	34	39				
Tos Ferina	033	10	64	1.032	3.094	79	4.268	0,13	0,24
<b>Hepatitis víricas</b>									
Hepatitis A	070.0,070.1	47		1.428					
Hepatitis B	070.2,070.3	13		922					
Otras hepatitis víricas	070	30		2.390					
<b>Zoonosis</b>									
Brucelosis	023	24	42	1.903	1.850	42	2.473	0,57	0,77
Rabia	071	0	0	0	0				
<b>Enfermedades importadas</b>									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	24	2	242	182				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
<b>Enfermedades declaradas sistemas especiales</b>									
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:

Disentería (2,75).

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

F. tifoidea y paratifoidea (0,70). Gripe (0,55). Tuberculosis respiratoria (0,70). Varicela (0,52). Infección gonocócica (0,28). Sífilis (0,61). Parotiditis (0,51). Rubéola (0,30). Sarampión (0,07). Tos Ferina (0,13). Brucelosis (0,57).

\* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal.

Hay que destacar 24 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 42 QUE TERMINÓ EL 18 DE OCTUBRE DE 1997**

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 42		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 42	
	1997	1996	1997	1996
<b>Bacteriemias</b>	<b>34</b>	<b>45</b>	<b>2114</b>	<b>1966</b>
-A.anitratus	0	0	21	30
-A.baumannii	0	2	15	21
-A.hydrophila	0	0	2	0
-A.sobria	0	0	1	0
-B.fragilis	0	0	20	19
-C.perfringens	0	0	5	6
-E.cloacae	1	2	30	35
-E.coli	14	14	457	424
-E.faecalis	0	1	87	77
-E.faecium	0	0	12	15
-H.influenzae	0	0	16	12
-H.influenzae b	0	0	2	2
-K.pneumoniae	2	2	51	52
-L.monocytogenes	0	0	10	10
-Listeria sp.	0	0	1	0
-Paeruginosa	0	0	85	81
-Pmirabilis	1	0	34	33
-S.agalactiae	1	3	48	58
-S.aureus	4	10	340	259
-S.epidermidis	0	2	128	112
-S.marcescens	0	1	24	16
-S.pneumoniae	6	1	117	117
-S.pyogenes	0	0	11	5
-Staphylococcus coag-	1	3	181	238
-Yenterocolitica	0	0	1	0
.Múltiple	1	0	100	72
.Otras	3	4	315	272
<b>Brucelosis</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>107</b>	<b>140</b>
-B.abortus	0	0	0	3
-B.melitensis	2	1	57	52
-Brucella sp.	2	0	50	85
<b>E.T.S.: Gonococia</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>41</b>	<b>31</b>
-N.gonorrhoeae	2	2	37	30
.Múltiple	0	0	4	1
<b>E.T.S.: Sífilis</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>103</b>	<b>124</b>
-Tpallidum	2	1	103	124
<b>E.T.S.: otras</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>95</b>	<b>61</b>
-C.trachomatis	2	2	95	61
<b>Enfermedad de Lyme</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
-B.burgdorferi	0	0	1	8
<b>Étióidea y paratifoidea</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>24</b>
-S.paratyphi A	0	0	2	5
-S.typhi	2	1	22	19
<b>Fiebre Q</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>146</b>	<b>113</b>
-C.burnetii	2	0	146	113
<b>Fiebre botonosa</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>41</b>	<b>48</b>
-R.conorii	0	2	41	48
<b>G.E.A.: Salmonelosis</b>	<b>147</b>	<b>120</b>	<b>4123</b>	<b>3965</b>
-S.enteritidis	55	37	1589	1360
-S.hadar	0	1	13	16
-S.typhimurium	30	20	689	489
-S.virchow	0	0	4	18
-Salmonella gr.B	10	12	302	320
-Salmonella gr.C	2	1	56	37
-Salmonella gr.C1	1	1	42	49
-Salmonella gr.C2	0	1	67	42
-Salmonella gr.D	15	7	356	439
-Salmonella sp.	25	36	876	1058
.Múltiple	6	2	83	88
.Otras	3	2	46	49
<b>G.E.A.: Shigelosis</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>108</b>	<b>92</b>
-S.boydii	0	0	3	4
-S.disenteriae	1	0	6	1
-S.flexneri	1	0	31	18
-S.sonnei	5	5	62	63
-Shigella sp.	0	0	5	3
.Múltiple	0	0	1	3
<b>G.E.A.: Vibrio</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>11</b>
-V.cholerae NAG	0	0	2	2
-V.fluviatilis	0	0	0	2
-V.furmissii	1	0	1	0
-V.parahaemoliticus	1	0	5	6
-Vibrio sp.	0	0	0	1
.Múltiple	0	0	1	0
<b>G.E.A.: otras bacterias</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>3713</b>	<b>3414</b>
-A.caviae	7	10	170	92
-A.hydrophila	1	0	58	41
-A.sobria	2	0	33	21
-Aeromonas sp.	0	0	18	39
-C.coli	3	2	167	136
-C.difficile	0	4	23	26
-C.jejuni	65	49	2143	1940
-Campylobacter sp.	15	26	617	680
-E.coli	0	0	3	2
-E.coli EP	0	0	0	1
-E.coli O157	0	0	4	3
-Paeruginosa	0	0	1	0

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 42		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 42	
	1997	1996	1997	1996
-S.aureus	0	0	2	0
-Y.enterocolitica	2	4	226	215
-Y.enterocolitica ser.03	2	1	61	31
.Múltiple	1	0	65	61
.Otras	2	8	122	126
<b>Infecciones respiratorias</b>	<b>12</b>	<b>29</b>	<b>993</b>	<b>1084</b>
-A.anitratus	0	0	15	2
-A.baumannii	0	0	5	7
-B.fragilis	0	0	0	2
-C.perfringens	0	0	0	1
-C.pneumoniae	0	2	75	89
-C.trachomatis	0	0	0	1
-Chlamydia sp.	0	0	5	25
-E.cloacae	0	0	2	1
-E.coli	0	0	9	8
-E.faecalis	0	0	1	3
-H.influenzae	2	1	81	148
-H.influenzae b	0	0	7	32
-K.pneumoniae	1	0	4	4
-L.monocytogenes	0	0	1	0
-M.pneumoniae	2	1	216	181
-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	0	1	2	2
-S.pneumoniae	5	18	374	397
-S.pyogenes	1	4	69	82
-Staphylococcus coag-	0	0	2	1
.Múltiple	1	0	46	23
.Otras	0	2	24	21
<b>Infección meningocócica</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>225</b>	<b>195</b>
-N.meningitidis	0	0	9	30
-N.meningitidis gr.A	0	0	3	0
-N.meningitidis gr.B	3	1	86	84
-N.meningitidis gr.C	0	6	118	74
.Múltiple	0	0	0	1
.Otras	0	0	9	6
<b>Legionelosis</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>98</b>	<b>80</b>
-L.longbeachae	0	0	0	2
-L.pneumophila	0	0	98	74
-Legionella sp.	0	0	0	4
<b>Leptospirosis</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
-Leptospira sp.	0	0	2	2
<b>Meningo no meningocócicas</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>123</b>	<b>117</b>
-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	0	0	8	7
-H.influenzae b	0	1	7	8
-K.pneumoniae	0	0	1	1
-L.monocytogenes	0	0	4	5
-M.pneumoniae	0	0	1	0
-Paeruginosa	0	0	3	3
-S.agalactiae	0	0	6	12
-S.aureus	0	1	6	2
-S.epidermidis	0	0	1	0
-S.marcescens	0	0	1	0
-S.pneumoniae	2	1	58	54
-S.pyogenes	0	0	1	0
-Staphylococcus coag-	0	0	6	15
.Múltiple	0	0	4	0
.Otras	1	0	9	3
<b>Micobacterias</b>	<b>37</b>	<b>29</b>	<b>2096</b>	<b>2005</b>
-M.bovis	0	0	4	4
-M.tuberculosis	37	29	2091	1997
.Múltiple	0	0	1	4
<b>Micobacterias atípicas</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>207</b>	<b>322</b>
-M.avium/intracellulare	3	10	82	179
-M.fortuitum	0	1	8	18
-M.gordonae	0	0	5	12
-M.kansasii	2	4	78	77
-M.malmoense	0	0	1	0
-M.marinum	0	0	5	3
-M.xenopi	0	2	22	23
.Otras	0	0	6	10
<b>Micobacterias sp</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>158</b>
-Mycobacterium sp.	0	1	17	158
<b>Psitacosis</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>5</b>
-C.psittaci	0	0	8	5
<b>Tos ferina</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>0</b>
-B.pertussis	0	0	19	0
<b>N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>47</b>	<b>48</b>

## RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 42 QUE TERMINÓ EL 18 DE OCTUBRE DE 1997

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 42		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 42	
	1997	1996	1997	1996
Adenovirus	9	2	270	206
Adenovirus 40/41	0	2	8	4
Agente Delta	0	1	1	4
Citomegalovirus	3	5	129	214
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	4	2	173	112
Epstein-Barr	27	11	607	536
Gripe A	0	0	78	168
Gripe B	0	0	123	17
Gripe sp.	0	0	2	5
Hepatitis A	7	3	133	142
Hepatitis B	0	3	67	103
Hepatitis C	19	27	493	634
Herpes simple	6	2	26	48
Herpes simple tipo 1	3	3	48	46
Herpes simple tipo 2	1	1	22	21
Papilomavirus	0	4	61	17
Parainfluenza	0	0	21	9
Parainfluenza 1	5	0	7	3
Parainfluenza 2	2	0	18	3
Parainfluenza 3	0	0	19	17
Parotiditis	1	0	6	5
Parvovirus B 19	0	0	7	6
Picornavirus	0	0	0	2
Reovirus	0	0	0	3
Respiratorio Sincitial	2	7	907	860
Rinovirus	0	0	3	12
Rotavirus	6	11	1602	1437
Rubéola	0	1	109	410
Sarampión	0	0	3	20
Varicela Zoster	1	0	33	37
-Otros	0	0	1	2
<b>N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>45</b>

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 42		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 42	
	1997	1996	1997	1996
Anisakis	0	0	3	0
Ascaris lumbricoides	0	0	14	10
Balantidium coli	0	0	1	0
Blastocystis hominis	2	4	90	71
Cryptosporidium sp	1	0	84	123
Echinococcus granulosus	0	0	16	22
Entamoeba coli	1	0	19	9
Entamoeba histolytica	0	0	10	3
Enterobius vermicularis	2	7	214	168
Fasciola hepática	0	0	1	2
Giardia lamblia	17	9	416	288
Leishmania donovani	0	0	2	0
Leishmania sp	0	1	14	7
Plasmodium falciparum	0	2	41	27
Plasmodium malariae	0	0	1	1
Plasmodium ovale	0	0	2	2
Plasmodium sp	0	0	10	10
Plasmodium vivax	0	0	25	18
Schistosoma haematobium	0	0	1	2
Schistosoma mansoni	0	0	5	2
Taenia saginata	1	1	16	20
Taenia sp.	0	0	19	7
Toxoplasma gondii	0	0	35	35
Trichomonas vaginalis	8	5	215	155
Trichuris trichiura	0	0	4	9
-Otros	1	1	77	29
<b>N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>34</b>	<b>35</b>

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 42		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 42	
	1997	1996	1997	1996
<b>Cutáneas y Subcutáneas</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>368</b>	<b>373</b>
-Aspergillus fumigatus	1	0	2	2
-Aspergillus niger	0	0	1	1
-Aspergillus sp.	0	0	2	1
-Candida albicans	0	4	55	50
-Candida glabrata	0	0	5	0
-Candida guilliermondii	0	0	10	8
-Candida parapsilosis	5	2	55	51
-Candida sp.	1	0	6	10
-Cryptococcus laurentii	0	0	3	0
-Cryptococcus sp.	0	0	0	1
-Epidermophyton floccosum	1	0	8	4
-Malassezia furfur	0	1	25	27
-Microsporium canis	4	4	38	45
-Microsporium gypseum	0	0	3	3
-Rhodotorula rubra	0	0	5	9
-Trichophyt.mentagrophyte	1	0	28	44
-Trichophyton rubrum	2	1	62	53
.Múltiple	1	1	7	22
.Otras	2	1	53	42
<b>Mucosas</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>147</b>	<b>89</b>
-Aspergillus fumigatus	0	0	6	3
-Aspergillus niger	1	1	22	16
-Aspergillus sp.	0	0	11	12
-Candida albicans	0	0	15	4
-Candida guilliermondii	0	0	1	1
-Candida parapsilosis	1	0	26	15
-Candida sp.	0	0	2	5
.Múltiple	1	0	5	4
.Otras	2	1	59	29
<b>Sistémicas</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>176</b>	<b>257</b>
-Aspergillus fumigatus	0	0	11	8
-Aspergillus niger	0	0	0	1
-Aspergillus sp.	0	0	0	2
-Candida albicans	1	0	58	76
-Candida glabrata	0	0	5	3
-Candida guilliermondii	0	0	2	1
-Candida parapsilosis	0	1	19	18
-Candida sp.	0	0	2	15
-Cryptococcus laurentii	0	0	1	0
-Cryptococcus neoformans	3	1	16	29
-Cryptococcus sp.	0	0	0	2
-M.circinelloides	0	0	1	0
-P.variotii	0	0	1	0
-Pneumocystis carinii	1	0	47	78
.Múltiple	0	1	3	2
.Otras	0	1	10	22
<b>N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>23</b>

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.