

Epidemiológico Semanal

RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ESPAÑA
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

SEMANA 3

1997/Vol. 5/n.º 3/21-28

Del 12 al 18 de enero de 1997 (Impreso el 20 de octubre de 1997)

ISSN: 1135-6286

SUMARIO

1. Análisis de las cepas de *Salmonella* sp aisladas de muestras clínicas de origen humano en España. Año 1996.
2. Revisión del Reglamento Sanitario Internacional.
3. Eurosurveillance Weekly en línea.
4. Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
5. Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica.

1. ANÁLISIS DE LAS CEPAS DE SALMONELLA SP AISLADAS DE MUESTRAS CLÍNICAS DE ORIGEN HUMANO EN ESPAÑA. AÑO 1996.

M.A. Usera, A. Aladueña, R. Díez, M. de la Fuente y A. Echeita. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda.

Durante el año 1996 se han estudiado 4658 cepas de *Salmonella* sp aisladas de muestras de origen humano en el Laboratorio Nacional de Referencia de *Salmonella* y *Shigella* de España. El número de cepas estudiadas es superior al año pasado en 608.

Las cepas recibidas se han dividido en dos grupos: **Grupo A**, las cepas que no han ocasionado brotes (4301 cepas). **Grupo B**, las cepas que han estado implicadas en brotes de toxiinfección alimentaria (357 cepas).

La tabla 1 refleja el número de cepas enviadas por las distintas CCAA distribuidas por provincias.

Grupo A

La distribución por orden alfabético de los distintos serotipos de las cepas estudiadas viene en la tabla 2.

La figura 1 refleja los diez serotipos más frecuentes. Comparando con los resultados del año anterior, observamos que los serotipos Enteritidis y Typhimurium siguen siendo los dos más abundantes y en porcentajes similares al año anterior. La frecuencia de aislamientos del serotipo Virchow ha bajado de manera importante del 5% al 3.1 %. El porcentaje del serotipo Hadar ha experimentado un aumento considerable pasando del 4.6% en 1995 al 7.2% en 1996. Los demás serotipos con pequeñas variaciones son los mismos que el año anterior y su frecuencia es también similar.

El estudio de las cepas del serotipo Typhi se ha publicado en un boletín anterior, por lo que no son analizadas junto con el resto.

La distribución estacional de las cepas es similar a la del año anterior. El 85.1% de las cepas se ha aislado de muestras de heces, el 4.3% de muestras de sangre, el 0.9% de muestras de orina y el resto de otros orígenes (incluidas las cepas que no se informa la muestra de la que ha sido aislada). Llama la atención el aumento en el porcentaje de aislamientos de sangre, respecto del porcentaje general de los siguientes serotipos: Virchow 6%

FIGURA 1
LOS DIEZ SEROTIPOS MÁS ABUNDANTES, 1996

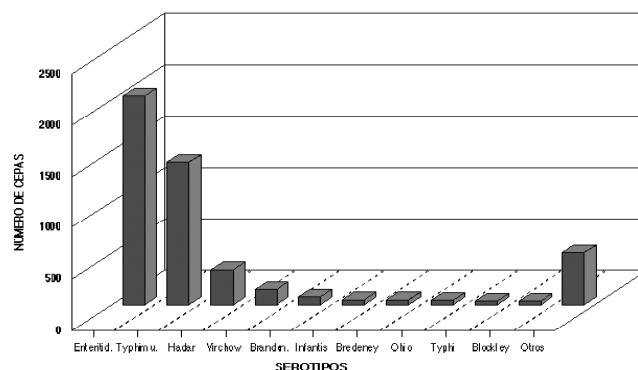


TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS DISTINTOS SEROTIPOS DE LAS CEPAS ESTUDIADAS EN 1996

Serotipo	Número de cepas	Porcentaje
Agona	11	0.2%
Albany	1	0.0%
Altona	1	0.0%
Anatum	16	0.3%
Blockley	31	0.7%
Bovismorbificans	18	0.4%
Bradford	1	0.0%
Braenderup	10	0.2%
Brandenburg	74	1.6%
Bredeney	45	1.0%
Cerro	4	0.1%
Coeln	1	0.0%
Derby	16	0.3%
Durban	3	0.1%
Enteritidis	2032	43.6%
Gaminara	2	0.0%
Give	14	0.3%
Goelzau	1	0.0%
Goettingen	3	0.1%
Goldcoast	14	0.3%
Grumpensis	24	0.5%
Haardt	5	0.1%
Hadar	334	7.2%
Heidelberg	15	0.3%
Hermannswerder	2	0.0%
Hisingen	1	0.0%
Indiana	7	0.2%
Infantis	46	1.0%
Kapemba	8	0.2%
Kentucky	1	0.0%
Kottbus	1	0.0%
Langford	1	0.0%
Litchfield	7	0.2%
Livingstone	1	0.0%
London	3	0.1%
Meleagridis	2	0.0%
Mbandaka	15	0.3%
Miami	3	0.1%
Mikawasima	16	0.3%
Montevideo	11	0.2%
Muenchen	26	0.6%
Ndolo	3	0.1%
Neudorf	1	0.0%
Newport	31	0.7%
Nottingham	1	0.0%
Ohio	44	0.9%
Oranienburg	8	0.2%
Panama	20	0.4%
Paratyphi B (incluye el biotipo java)	9	0.2%
Poona	13	0.3%
Potosi	1	0.0%
Rissen	6	0.1%
Ruiro	3	0.1%
Saintpaul	13	0.3%
Schwarzengrund	1	0.0%
Sendai	3	0.1%
Senftenberg	3	0.1%
Shubra	1	0.0%
Singapore	1	0.0%
Stanley	3	0.1%
Stourbridge	2	0.0%
Tambacounda	2	0.0%
Tees	3	0.1%
Tecko	1	0.0%
Teitelkebir	2	0.0%
Tennessee	3	0.1%
Thompson	2	0.0%
Tilburg	4	0.1%
Toulon	1	0.0%
Typhi	35	0.8%
Typhimurium	1381	29.6%
Umbilo	2	0.0%
Urbana	10	0.2%
Vejle	1	0.0%
Veneziana	1	0.0%
Virchow	145	3.1%
Wien	3	0.1%
Worthington	4	0.1%
Autoaglutinable	13	0.3%
4,12:-: (I)	6	0.1%
4,12:b:- (II)	4	0.1%
4,12:b:- (I)	6	0.1%
4,12:i:-	1	0.0%
6,7:-: (I)	2	0.0%
6,7:eh:- (I)	1	0.0%
6,7:r:- (I)	1	0.0%
6,8:-: (I)	2	0.0%
9,12:-: (I)	19	0.4%
11,lv:z (IIIb)	1	0.0%
13,23:-:1,7 (I)	1	0.0%
41:-: (I)	1	0.0%
48:-: (I)	1	0.0%
48:i:z (IIIb)	1	0.0%
48:k:emx,z ₁₅ (II)	1	0.0%
48:lv:1,7 (IIIb)	1	0.0%
48:r:z (IIIb)	1	0.0%

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN POR PROVINCIAS Y CC.AA. DE LAS CEPAS DE SALMONELLA SP RECIBIDAS DURANTE 1996

Almería	33	Valladolid	13
Cádiz	8	Zamora	148
Córdoba	143	CASTILLA Y LEON	525
Granada	10	Barcelona	690
Huelva	20	Gerona	60
Jaén	2	Lérida	14
Málaga	16	Tarragona	194
Sevilla	3	CATALUÑA	957
ANDALUCIA	235	Alicante	448
Huesca	29	Castellón	196
Teruel	19	Valencia	136
Zaragoza	125	COMUNIDAD VALENCIANA	779
ARAGON	173	Badajoz	2
ASTURIAS	231	Cáceres	7
BALEARES	29	EXTREMADURA	9
Las Palmas	68	La Coruña	-
Santa Cruz	5	Lugo	-
CANARIAS	73	Orense	44
CANTABRIA	-	Pontevedra	17
Albacete	1	GALICIA	61
Ciudad Real	4	MADRID	820
Cuenca	17	MURCIA	188
Guadalajara	-	NAVARRA	86
Toledo	4	Alava	177
CASTILLA LA MANCHA	26	Guipúzcoa	1
Ávila	1	Vizcaya	102
Burgos	120	PAIS VASCO	280
León	160	RIOJA	185
Palencia	8	CEUTA	1
Salamanca	-	MELILLA	-
Segovia	-		
Soria	75	TOTAL NACIONAL	4658

en sangre y 3.1% en general, Brandenburg 4.9% en sangre y 1.6% en general e Infantis 2.2% en sangre y 1% en general.

No hay diferencias significativas respecto del sexo de las personas de las cuales se aislaron las cepas, aunque el número de hombres es algo superior al de mujeres. Se conoce la edad de 2861 personas (Tabla 3).

Como en años anteriores el grupo mayoritario es el formado por los niños menores de 5 años.

En el año 1996 se han aislado 9 cepas de subespecies distintas de la I, circunstancia poco común. Todas se aislaron de muestras de heces.

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAS CEPAS DE SALMONELLA ESTUDIADAS EN 1996

Edad en años	Número de casos	Porcentaje
0 - 4	1192	41.6%
5 - 9	546	19.1%
10 - 14	119	4.1%
15 - 24	158	5.5%
25 - 44	394	13.7%
45 - 64	226	7.9%
> 64	226	7.9%
Total	2861	100%

Se han fagotipado 1350 cepas del serotipo Typhimurium (Tabla 4).

Comparando los resultados de la fagotipia del serotipo Typhimurium del año 1996 con el año 1995 vemos que el número de cepas no tipables ha aumentado, llegando a ser el 35% de las cepas estudiadas, los tres fagotipos más abundantes son los mismos, el 104, el 193 y el 120. La incidencia del fagotipo 104b ha disminuido considerablemente pasando del 4.8% al 0.5%.

La distribución temporal, etaria y de origen de aislamiento del serotipo Typhimurium es similar a la experimentada por el conjunto de las salmonelas.

A partir de septiembre de 1996 se ha aplicado por primera vez en España la fagotipia en los serotipos Enteri-

TABLA 4
FAGOTIPOS DISTRIBUIDOS POR ORDEN NUMÉRICO
DE SALMONELLA SEROTIPO TYPHIMURIUM DE
MUESTRAS CLÍNICAS HUMANAS, 1996

Fagotipo	Número de cepas	Porcentaje
1	2	0.1%
3	2	0.1%
4	2	0.1%
6	1	0.1%
10	3	0.2%
12	50	3.7%
17	1	0.1%
22	5	0.4%
29	10	0.7%
32	4	0.35
35	6	0.4%
38	2	0.1%
40	1	0.1%
52	2	0.1%
66	1	0.1%
80	1	0.1%
96	5	0.3%
104	270	20.0%
104b	7	0.5%
104c	1	0.1%
110	2	0.1%
120	149	11.0%
123	1	0.1%
126	1	0.1%
133	1	0.1%
135	1	0.1%
156	1	0.1%
160	11	0.8%
179	5	0.4%
185	1	0.1%
188	1	0.1%
192	3	0.2%
193	185	13.7%
194	5	0.4%
195	70	5.2%
204	2	0.1%
PNR	60	4.4%
NT	473	35.0%
Total	1350	100%

tidis (726 cepas fagotipadas) y Virchow (36 cepas fagotipadas) (Tabla 5 y Tabla 6).

Los resultados obtenidos indican que el fagotipo más abundante en España es el 4, situación similar a la de otros países europeos. A Continuación los fagotipos más abundantes son el 6a, el 1, el 6 y el 34, esos fagotipos aunque están presentes en otros países europeos en muchos de ellos su frecuencia es claramente distinta a la encontrada en España.

Aunque el número de cepas analizadas es pequeño, se puede observar que los fagotipos más abundantes son el 8 y el 31. El número de cepas no tipables es pequeño, pero el de cepas con patrón PNR es relativamente alto, lo que puede implicar la existencia de patrones exclusivos de España.

TABLA 5
FAGOTIPOS DEL SEROPITO ENTERIDITIS

Fagotipo	Número de cepas	Porcentaje
1	88	12.1%
3	1	0.1%
4	332	45.7%
5	1	0.1%
5a	4	0.6%
6	36	5.0%
6a	138	19.0%
7	4	0.6%
8	5	0.7%
9	10	1.4%
18	1	0.1%
21	4	0.6%
31	5	0.7%
34	34	5.1%
PNR	45	6.2%
NT	15	2.1%
Total	726	100%

TABLA 6
FAGOTIPOS DEL SEROTIPO VIRCHOW

Fagotipo	Número de cepas	Porcentaje
8	16	44.4%
16	1	2.8%
19	2	5.6%
20	1	2.8%
31	7	19.4%
34	1	2.8%
PNR	7	19.4%
NT	1	2.8%
Total	36	100%

Grupo B

Se han estudiado 90 brotes de los cuales 38 fueron comunitarios, 46 familiares y 6 de ámbito desconocido.

Los brotes comunitarios fueron producidos por los siguientes serotipos: 21 brotes por Enteritidis, de los cuales 6 se fagotiparon con el siguiente resultado, 4 fueron producidos por el fagotipo 4, 1 por el 6a y otro fue no tipable. Cinco brotes fueron producidos por el fagotipo Typhimurium, de los cuales 2 fueron por el fagotipo 8, 1 por el fagotipo 12 y dos no tipables. Cuatro por el serotipo Hadar, y los demás brotes fueron producidos por los serotipos Blockley, Give, Mikawasima, Derby, Bredeney, Newbrunswick y 9,12:-:, cada serotipo un brote.

En 13 brotes comunitarios se conoce el alimento implicado: cuatro fueron producidos por alimentos elaborados con huevo, tres fueron producidos por albondigas, dos por carne de pollo y los otros cuatro cada uno por ensalada, agua, derivado lacteo y pastel respectivamente.

Los brotes familiares fueron producidos por los siguientes serotipos: 30 brotes por Enteritidis, de los cuales 20 se fagotiparon con el siguiente resultado, 10 fueron producidos por el fagotipo 4, 8 por el fagotipo 1, 1 por el fagotipo 34 y uno por el fagotipo 5. Once brotes fueron producidos por el serotipo Typhimurium, de los cuales 2 fueron fagotipo 193, cuatro no fagotipables y los cinco restantes cada uno por un fagotipo diferente, en concreto por los fagotipos 1, 12, 96, 120 y 195 respectivamente. El resto de los brotes fueron producidos por los serotipo Hadar, 3 brotes, Montevideo 1 brote y Bredeney 1 brote.

El alimento implicado en los brotes familiares se conoció en 14 de ellos, de los cuales 11 fueron producidos por alimentos elaborados con huevo, y los tres restantes por carne de ave, conserva (sin especificar) y derivado lacteo respectivamente.

Los 6 brotes que no se sabe si fueron comunitarios o familiares fueron producidos 5 por el serotipo Enteritidis y uno por el serotipo Hadar, solamente se conoce el alimento implicado en tres de ellos, siendo estos, carne de pollo, embutido y alimento elaborado con huevo respectivamente.

El número de cepas implicadas en brotes y el número de brotes ha aumentado claramente respecto del año anterior. El serotipo Enteritidis es el serotipo más frecuente seguido por Typhimurium que aumenta considerablemente respecto del año anterior y Hadar que también aumenta. El alimento mas comunmente implicado son las comidas elaboradas con huevo igual que el año anterior.

2. REVISIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL. Informe de la situación a julio de 1997.

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) está siendo objeto de una revisión, conforme a una disposición adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1.995 (WHA48.7), como se indicó en agosto de 1.996¹ y en diciembre de 1.996². El objetivo de la revisión es elaborar un RSI que refleje el volumen actual de tráfico y comercio internacional y tenga en cuenta las tendencias en la epidemiología de enfermedades transmisibles, incluidas las amenazas de enfermedades emergentes.

El grupo de trabajo informal de expertos que elabora el nuevo borrador del RSI se reunió dos veces en 1.996 y tres en el presente año (en enero, abril y junio). Las principales tareas de este grupo, consistentes en ofrecer asesoramiento sobre los conceptos que forman la base del RSI revisado y sobre la estructura del documento correspondiente, han llegado a su fin. En la renovación del RSI, se ha mantenido el principio fundamental de asegurar la máxima protección contra la propagación internacional de enfermedades y, a la vez, garantizar una mínima interferencia con el tráfico y el comercio internacional. Asimismo, muchas de las disposiciones sanitarias del actual RSI continuarán vigentes en la actualidad y en el futuro próximo y se incluirán en el RSI revisado. Sin embargo, en el marco del RSI revisado se contemplan importantes cambios entre los que se cuentan un nuevo enfoque en materia de notificación obligatoria y una importante modificación en la estructura del RSI, a saber:

(a) Notificación

De acuerdo con las recomendaciones efectuadas en una reunión de consulta celebrada en diciembre de 1.995, el RSI revisado exigirá la notificación inmediata de una serie de síndromes que presenten una importancia a nivel internacional. Esto facilitará la notificación puntual a la que, normalmente, le seguiría la declaración de la enfermedad específica una vez confirmado el diagnóstico. También contemplará la declaración de brotes de enfermedad de origen desconocido donde se identifique un peligro potencial para el turismo o comercio internacional. Los síndromes, que deberán notificarse únicamente en casos que representen una amenaza internacional, incluyen la fiebre hemorrágica, los síndromes respiratorios y gastrointestinales agudos así como síndromes neurológicos, además de una categoría que abarque otros síndromes no identificados de origen presuntamente infeccioso. Las definiciones precisas de los síndromes, destinadas a asegurar un nivel adecuado de sensibilidad y especificidad con fines de declaración, son, actualmente, el objeto de una reunión de consulta internacional.

(b) Estructura del RSI revisado

La estructura propuesta del RSI revisado adoptará la siguiente forma:

- un documento marco que contenga las disposiciones fundamentales que servirán de base para la adopción de una legislación a nivel nacional, y

- una serie separada de anexos, que forme parte integral del RSI, en la que se recojan las disposiciones técnicas y los requisitos específicos.

Por ejemplo, el marco del RSI estipulará las medidas adecuadas a adoptar para la gestión y el control de síndromes o enfermedades previstos por Reglamento; las medidas adecuadas para eliminar o reducir los huéspedes o vectores animales de las enfermedades previstas por el Reglamento; las medidas a adoptar para desinfectar aeronaves que despeguen de aeropuertos situados en zonas afectadas por enfermedades transmitidas por mosquitos, mediante procedimientos aprobados a nivel internacional. En todos estos casos, las especificaciones técnicas de las medidas a adoptar se describirán detalladamente en los anexos. Los anexos estarán sujetos a una revisión periódica y se actualizarán siempre que sea necesario. Por consiguiente, esta nueva estructura del RSI proporcionará una reglamentación de carácter general que mantendrá su vigencia durante varios años. A su vez, las medidas específicas en materia de salud pública contenidas en los anexos podrán modificarse rápidamente en función de los cambios en necesidades y de la evolución experimentada en los conocimientos. La intención es asegurar la longevidad del RSI, así como la posibilidad de adaptar las disposiciones técnicas.

Las revisiones del RSI, incluida la notificación de síndromes importantes para la salud pública a nivel internacional, no pretenden reemplazar la vigilancia continua de enfermedades específicas a cargo de la OMS u otras instituciones. La vigilancia sistemática y el análisis epidemiológico de enfermedades específicas continuará realizándose como hasta ahora. La OMS seguirá recogiendo, revisando y analizando datos y publicando informes de vigilancia sobre enfermedades específicas.

Durante los próximos meses, continuarán las tareas encaminadas a concluir el texto del borrador del RSI y las definiciones de los síndromes a declarar. También se están elaborando las directrices operativas a fin de adjuntarlas al RSI y permitir su aplicación. Las directrices operativas incluirán diversos escenarios que ilustren las medidas a adoptar en función de cada caso. Asimismo, indicarán las medidas inadecuadas, con una explicación del motivo por el cual no deben adoptarse. A partir de octubre de 1.997, está previsto realizar en un número limitado de países seleccionados una comprobación práctica del enfoque de notificación por síndromes. Está en curso la elaboración de un protocolo destinado a las comprobaciones sobre el terreno e información relativa a las mismas. Si es preciso, se revisará el borrador del RSI a la luz de la experiencia obtenida durante estas comprobaciones en campo.

El Comité de Vigilancia Internacional de Enfermedades Transmisibles dará su aprobación al borrador del RSI; para ello, se reunirá una vez finalizada la comprobación sobre el terreno y realizada cualquier revisión oportuna del borrador del RSI. En 1.998 está prevista la presentación ante la Asamblea Mundial de la Salud de un informe de situación sobre la revisión del RSI.

Las administraciones de 80 Estados Miembros han nombrado a los encargados de la revisión del RSI. Se invita a otros gobiernos a que también nombren a sus respectivos representantes para a este fin.

- El próximo informe de situación se publicará en enero de 1998.

¹ Ver n.º 31, 1996, pp. 233-234.

² Ver n.º 3, 1997, pp. 9-11.

3. EUROSURVEILLANCE WEEKLY EN LÍNEA (URL:HTTP://WWW.EUROSURV.ORG)

Desde el mes de Agosto de 1997 se encuentra en la world wide web *Eurosurveillance Weekly*, boletín europeo semanal sobre enfermedades transmisibles, hermano de *Eurosurveillance*, revista europea de vigilancia con periodicidad mensual. La página de *Eurosurveillance Weekly* se actualiza cada semana, aunque esta frecuencia puede variar si fuera necesario difundir informaciones de última hora. El boletín proporciona informaciones breves, fiables, recientes y de trascendencia europea sobre enfermedades transmisibles, estando destinado a profesionales de salud pública de toda la Unión Europea. Los abonados, tras su inscripción, pueden acceder directamente. Además de los informes recientes, la página web guarda los números precedentes y permite contactar con otras páginas nacionales, europeas e internacionales, incluyendo boletines nacionales disponibles en la web. El texto completo del boletín también está disponible para personas con acceso a correo electrónico y no a la world wide web. Para ello, se debe contactar con Caron Röhsler en PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, Londres, (eurowkly@eurossurv.org) si se desea recibir esta versión o cualquier otra información.

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 18 DE ENERO DE 1997

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 3		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 1992-1996		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		1997	1996	1997	1996	Sem. 3	Acum. casos	Sem. 3	Acum. C.
Enfermedad de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0		0					
Cólera	001	0	0	0	0				
Disentería	004	1	0	5	2	2	10	0,50	0,50
F. tifoidea y paratifoidea	002	3	7	9	20	11	20	0,27	0,45
Triquinosis	124	1	0	1	0				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	66	16	142	86	28	86	2,36	1,65
Gripe	487	223.334	162.715	546.823	541.535	169.683	499.075	1,32	1,10
Legionelosis	482.8	2		2					
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	2		2					
Tuberculosis respiratoria	011	126	176	265	402	168	402	0,75	0,66
Varicela	052	2.467	3.351	6.695	9.875	3.797	11.021	0,65	0,61
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0,098.1	48	62	144	236	105	286	0,46	0,50
Sífilis	091	8	13	26	28	19	59	0,42	0,44
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	172	298	389	811	209	492	0,82	0,79
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubeola	056	48	122	93	312	119	312	0,40	0,30
Sarampión	055	11	75	53	175	168	393	0,07	0,13
Tétanos	037	1	1	2	2				
Tos Ferina	033	18	60	47	177	87	218	0,21	0,22
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0,070.1	38		65					
Hepatitis B	070.2,070.3	19		42					
Otras hepatitis víricas	070	57		131					
Zoonosis									
Brucelosis	023	31	62	63	124	45	119	0,69	0,53
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	0	1	17	3				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Lepra	030	1	0	1	0				
Rubéola congénita	771.0	0		0					
Sífilis congénita	090	1		1					
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 (2,36). Gripe (1,32).
- * Un I.E. inferior o igual a 0,75:
Disentería (0,50). F. tifoidea y paratifoidea (0,27). Tuberculosis respiratoria (0,75). Varicela (0,65). Infección gonocócica (0,46). Sífilis (0,42). Rubeola (0,40). Sarampión (0,07). Tos Ferina (0,21). Brucelosis (0,69).
- * Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal.

(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 del I.E. acumulado) y los casos que se esperan o preven (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75 incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en dicho índice.

**RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES BACTERIANAS
DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA
SEMANA 3 QUE TERMINÓ EL 18 DE ENERO DE 1997**

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 3		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 3		ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 3		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 3	
	1997	1996	1997	1996		1997	1996	1997	1996
Bacteriemias	46	42	124	126					
-A.anitratus	0	0	0	1	-A.sobria	1	0	1	0
-A.baumannii	1	3	2	6	-Aeromonas sp.	0	2	0	4
-A.sobria	0	0	1	0	-C.coli	1	2	2	2
-B.fragilis	0	0	0	1	-C.difficile	0	0	1	1
-C.perfringens	0	0	1	0	-C.jejuni	46	34	102	84
-E.cloacae	0	0	1	0	-Campylobacter sp.	10	14	37	29
-E.coli	9	8	23	27	-Y.enterocolitica	3	4	8	15
-E.faecalis	7	3	12	4	-Y.enterocolitica ser.03	2	1	5	3
-E.faecium	1	0	2	0	.Múltiple	1	2	2	3
-H.influenzae	1	0	2	2	.Otras	2	7	3	7
-K.pneumoniae	0	1	0	3	Infecciones respiratorias	18	34	74	71
-L.monocytogenes	0	0	1	0	-A.baumannii	0	0	0	1
-P.aeruginosa	0	1	2	5	-C.pneumoniae	2	1	8	7
-P.mirabilis	0	2	2	2	-Chlamydia sp.	0	4	0	5
-Sagalactiae	1	0	1	2	-H.influenzae	2	1	5	2
-S.aureus	9	7	21	18	-H.influenzae b	0	2	0	2
-S.epidermidis	1	2	3	6	-K.pneumoniae	1	0	1	1
-S.marcescens	0	1	1	2	-L.monocytogenes	0	0	1	0
-S.pneumoniae	6	2	9	8	-M.pneumoniae	2	1	8	5
-Staphylococcus coag-	5	8	20	21	-P.aeruginosa	1	0	1	0
-Y.enterocolitica	0	0	1	0	-S.aureus	0	0	3	1
.Múltiple	1	0	6	1	-S.pneumoniae	10	19	45	41
.Otras	4	4	13	17	-S.pyogenes	0	5	2	5
Brucelosis	3	3	8	9	.Múltiple	0	1	0	1
-B.melitensis	1	0	5	2	Infección meningocócica	16	2	29	16
-Brucella sp.	2	3	3	7	-N.meningitidis	1	0	2	8
E.T.S.: Gonococia	0	0	2	1	-N.meningitidis gr.B	8	1	16	4
-N.gonorrhoeae	0	0	2	1	-N.meningitidis gr.C	7	1	11	3
E.T.S.: Sífilis	0	2	3	9	.Otras	0	0	0	1
-T.pallidum	0	2	3	9	Legionelosis	2	8	7	9
E.T.S.: otras	2	2	4	2	-L.pneumophila	2	8	7	9
-C.trachomatis	2	2	4	2	Leptospirosis	0	0	1	0
F.tifoidea y paratifoidea	0	0	2	0	-Leptospira sp.	0	0	1	0
-S.typhi	0	0	2	0	Mening.no meningocócicas	3	2	13	10
Fiebre Q	0	0	1	3	-E.coli	0	0	0	1
-C.burnetii	0	0	1	3	-H.influenzae b	0	0	1	1
G.E.A.: Salmonelosis	58	48	175	138	-K.pneumoniae	0	0	1	0
-S.enteritidis	18	13	57	36	-L.monocytogenes	0	0	0	2
-S.typhimurium	15	13	28	32	-Sagalactiae	0	0	0	1
-S.virchow	0	0	1	0	-S.epidermidis	0	0	1	0
-Salmonella gr.B	10	1	19	8	-S.pneumoniae	2	2	9	5
-Salmonella gr.C	0	0	0	1	-Staphylococcus coag-	1	0	1	0
-Salmonella gr.C1	0	1	0	3	Micobacterias	50	36	122	167
-Salmonella gr.C2	0	0	3	4	-M.bovis	0	1	1	1
-Salmonella gr.D	3	2	15	12	-M.tuberculosis	50	35	121	166
-Salmonella sp.	11	17	49	39	Micobacterias atípicas	5	4	19	27
.Múltiple	1	1	3	2	-M.avium/intracellulare	4	2	10	16
.Otras	0	0	0	1	-M.fortuitum	1	0	1	0
G.E.A.: Shigelosis	3	3	5	9	-M.gordonae	0	0	0	4
-S.disenteriae	0	0	1	0	-M.kansasii	0	1	2	3
-S.flexneri	1	0	2	2	-M.xenopi	0	1	6	3
-S.sonnei	2	2	2	6	.Otras	0	0	0	1
.Múltiple	0	1	0	1	Micobacterias sp	1	6	1	12
G.E.A.: otras bacterias	72	67	167	151	-Mycobacterium sp.	1	6	1	12
-A.caviae	5	0	5	1	N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	36	36	42	42
-A.hydrophila	1	1	1	2					

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 2 QUE TERMINÓ EL 18 DE ENERO DE 1997

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 3		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 3	
	1997	1996	1997	1996
Adenovirus	0	6	11	18
Adenovirus 40/41	0	0	0	1
Citomegalovirus	1	9	4	15
Enterovirus	2	3	5	9
Epstein-Barr	26	10	39	36
Gripe A	6	21	30	82
Gripe B	15	0	27	0
Gripe sp.	0	0	0	1
Hepatitis A	5	3	10	8
Hepatitis B	0	6	0	11
Hepatitis C	3	3	13	10
Herpes simple	0	3	0	5
Herpes simple tipo 1	1	3	4	6
Herpes simple tipo 2	0	0	2	0
Papilomavirus	4	0	11	0
Parainfluenza	0	1	0	1
Parainfluenza 1	0	0	1	0
Parainfluenza 3	0	0	1	2
Picornavirus	0	0	0	1
Respiratorio Sincitial	72	107	313	402
Rotavirus	80	54	138	152
Rubeola	2	0	2	0
Varicela Zoster	0	0	1	1
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	24	32	28	35

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 3		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 3	
	1997	1996	1997	1996
Cutáneas y Subcutáneas	3	8	16	20
-Aspergillus fumigatus	0	0	0	1
-Candida albicans	1	2	4	3
-Candida parapsilosis	1	1	1	3
-Epidermophyton floccosum	0	0	0	1
-Microsporium canis	1	1	5	1
-Rhodotorula rubra	0	0	1	0
-Trichophit.mentagrophytes	0	2	2	5
-Trichophyton rubrum	0	0	2	0
.Múltiple	0	1	1	2
.Otras	0	1	0	4
Mucosas	3	2	6	4
-Aspergillus niger	0	0	1	0
-Aspergillus sp.	2	1	2	1
-Candida albicans	0	0	1	0
-Candida guilliermondii	1	0	1	0
-Candida parapsilosis	0	1	0	1
.Múltiple	0	0	1	1
.Otras	0	0	0	1
Sistémicas	5	2	8	9
-Candida albicans	2	1	3	4
-Candida parapsilosis	0	0	0	1
-Cryptococcus neoformans	0	0	2	1
-M.circinelloides	1	0	1	0
-Pneumocystis carinii	2	1	2	3
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	5	5	9	10

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 3		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 3	
	1997	1996	1997	1996
Ascaris lumbricoides	1	0	2	2
Blastocystis hominis	3	3	9	4
Cryptosporidium sp	3	6	9	14
Dientamoeba fragilis	0	1	0	1
Echinococcus granulosus	0	3	0	5
Entamoeba histolytica	0	0	2	0
Enterobius vermicularis	4	2	8	8
Fasciola hepatica	0	0	0	1
Giardia lamblia	5	6	14	17
Leishmania sp	1	0	1	0
Mansonella perstans	0	0	1	0
Plasmodium falciparum	0	1	0	1
Plasmodium malariae	1	0	1	0
Plasmodium sp	0	0	0	1
Plasmodium vivax	0	1	0	1
Schistosoma mansoni	0	0	4	0
Taenia saginata	0	1	0	3
Taenia sp.	1	0	1	0
Toxoplasma gondii	0	3	0	6
Trichomonas vaginalis	9	6	13	11
Trichuris trichiura	0	0	0	1
-Otros	1	1	2	1
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	12	16	18	21

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.