



Epidemiológico Semanal

RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ESPAÑA
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

SEMANA 5

1997/Vol. 5/n.º 5/37-44

Del 26 de enero al 1 de febrero de 1997 (Impreso el 3 de noviembre de 1997)

ISSN: 1135-6286

SUMARIO

1. Cobertura vacunal 1996.
2. Biointoxicación por consumo de moluscos bivalvos: clínica y control.
3. Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
4. Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica.

1. COBERTURA VACUNAL 1996.

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

Comentarios:

La Tabla adjunta muestra la cobertura vacunal alcanzada en España en 1996.

Esta Tabla ha sido confeccionada con los datos suministrados a la Dirección General de Salud Pública por las Comunidades Autónomas, durante los meses de Marzo y Abril, en cumplimiento del correspondiente Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Dichos datos, a su vez, han servido para calcular las coberturas a nivel nacional.

El significado de los indicadores que figuran en la Tabla es el siguiente:

— **POLIO.** Porcentaje de niños menores de un año que han recibido tres dosis de vacuna antipolio-mielítica.

— **DTP.** Porcentaje de niños menores de un año que han recibido tres dosis de vacuna DTP.

— **TRIPE VÍRICA.** Porcentaje de niños mayores de un año y menores de dos, que han recibido una dosis de vacuna Triple Vírica.

— **CAPTACIÓN.** Porcentaje de niños menores de un año que han recibido, al menos, una dosis de alguna de las vacunas incluidas en el calendario.

Este último indicador se introdujo para tratar de medir el grado de conocimiento, por parte de la población, de la existencia de Servicios Públicos de Vacunación y su grado de aceptación de los mismos.

En 1996, la cobertura alcanzada para cada una de las vacunas incluidas en la evaluación ha sido:

- Polio 91 %
- DTP 90 %
- Triple vírica 90 %

Tal cobertura puede considerarse razonablemente satisfactoria, sobre todo si se tiene en cuenta que no se incluyen vacunas adquiridas y administradas a través del sector sanitario privado que, al menos en

COBERTURA VACUNAL EN ESPAÑA

Año	DTP	Polio	Tripe Vírica
1991	86%	88%	85%
1992	84%	85%	83%
1993	87%	88%	90%
1994	88%	88%	90%
1995	90%	91%	90%
1996	90%	91%	90%

Nota: Las coberturas vacunales recogen solamente vacunaciones en el Sector Público.

algunas ciudades de elevada renta per cápita, tiene un importante arraigo sobre todo en pediatría.

Globlamente, se puede estimar que las vacunaciones practicadas por el sector privado podrían incrementar estos porcentajes entre 5 y 8 puntos.

Por otra parte, caben ser destacados los siguientes detalles:

POLIO: Quince de las 19 Comunidades (17 Comunidades más Ceuta y Melilla) igualan o superan el 90% de cobertura vacunal. Estas Comunidades albergan el 80% de la población objeto.

DTP: Catorce Comunidades igualan o superan el 90% de cobertura. En ellas habita el 75% de la población objeto.

TRIPLE VÍRICA: Trece Comunidades superan el 90% de cobertura y comprenden el 68% de la población objeto.

Es preciso destacar que, como en los cinco años anteriores, hay dos Comunidades Autónomas (Balea-

res y Canarias) con coberturas, para las tres vacunas evaluadas, muy por debajo de la media nacional. Habida cuenta que en ambas Comunidades no se declaran casos de polio paralítica o difteria desde hace muchos años y que su incidencia anual de casos de Tosferina y Sarampión no es significativamente distinta del resto de CC.AA., cabe pensar que, en ambas Comunidades, el peso del sector privado en vacunaciones es importante.

Si se comparan los resultados con los alcanzados en 1995, podemos comprobar que la cobertura vacunal a nivel nacional se mantiene para polio, DTP y Triple Vírica, alrededor del 90 %.

Por otra parte, el porcentaje de población objeto que vive en CC.AA. con una cobertura para todas las vacunaciones evaluadas superior al 90% ha sufrido una ligera disminución respecto a 1995:

Polio:	En 1995 = 85%	En 1996 = 80%
DTP:	En 1995 = 76%	En 1996 = 75%
Triple Vírica	En 1995 = 68%	En 1996 = 68%

**TABLA
COBERTURA VACUNAL AÑO 1996**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	POLIOMIELITIS			DTP			TRIPLE VÍRICA			CAPTACIÓN		
	NIÑOS	VACUNADOS	%	NIÑOS	VACUNADOS	%	NIÑOS	VACUNADOS	%	NIÑOS	VACUNADOS	%
ANDALUCÍA	78.368	72.177	92,10	78.368	72.177	92,10	81.444	77.046	94,60	78.368	76.174	97,20
ARAGÓN	9.097	8.571	94,20	9.027	8.544	93,90	9.345	8.565	93,60	9.097	8.380	92,10
ASTURIAS	6.529	6.078	93,10	6.529	6.067	92,90	6.529	5.875	90,00	6.529	6.212	95,10
BALEARES	7.431	4.162	56,00	7.431	4.162	56,00	7.530	4.895	65,00	7.431	5.127	69,00
CANARIAS	16.862	11.821	70,10	16.862	11.705	69,41	16.726	12.206	72,97	16.862	12.232	72,54
CANTABRIA	3.690	3.413	92,49	3.690	3.413	92,49	3.760	3.288	87,44	3.690	3.592	97,34
CASTILLA-LA MANCHA	16.148	15.586	96,52	16.148	15.586	96,52	16.148	15.658	96,97	16.148	15.586	96,52
CASTILLA-LEON	17.627	17.593	99,81	17.627	17.588	99,78	18.020	17.694	98,19	17.593	18.180	103,34
CATALUÑA	54.313	53.444	98,40	54.313	53.009	97,60	53.956	53.252	98,70	54.313	53.553	98,60
EXTREMADURA	10.553	9.610	91,06	10.553	9.545	90,45	10.631	10.028	94,33	10.553	9.725	92,15
GALICIA	18.467	17.127	92,74	18.467	17.127	92,74	18.639	17.650	94,69	18.467	18.204	98,58
MADRID	47.003	42.522	90,50	47.003	42.118	90,00	47.687	40.895	86,00	46.300	45.055	97,3
MURCIA	12.443	11.136	90,50	12.443	10.975	88,20	12.408	11.378	92,20	12.443	12.107	97,3
NAVARRA	4.817	4.419	92,00	4.817	4.422	92,00	4.603	4.364	95,00	4.817	4.622	96,00
P.VASCO	16.425	14.641	89,20	16.425	14.641	89,20	15.163	14.388	94,89	16.530	14.861	90,00
RIOJA	2.029	1.990	98,08	2.029	1.979	97,54	2.152	2.087	96,98	2.092	2.091	99,95
C.VALENCIANA	39.590	32.949	83,22	39.590	32.768	82,76	41.234	31.208	76,00	39.590	32.864	83,00
CEUTA	961	871	90,63	961	866	90,11	982	854	86,97	935	883	94,44
MELILLA	1.087	1.108	101,93	1.087	1.134	104,32	1.105	1.051	95,11	1.087	1.382	127,13
TOTAL NACIONAL	363.440	329.218	91%	363.370	327.826	90%	368.062	332.382	90%	362.845	340.830	94%

2. BIOINTOXICACIÓN POR CONSUMO DE MOLUSCOS BIVALVOS: CLÍNICA Y CONTROL

Traducido del Boletín Epidemiológico de Galicia, 1996; IX (2)

Llamamos biointoxicación por moluscos bivalvos (MB), a los procesos patológicos producidos por el consumo de MB cuando éstos contienen, en sus tejidos, toxinas sintetizadas por plantas marinas (biotoxinas). Estos procesos se diferenciarán de otros relacionados con el consumo de MB, bien porque están contaminados con bacterias o parásitos, por radiactividad o compuestos químicos, bien por la hipersensibilidad del consumidor.

Las biotoxinas causantes de las biointoxicaciones se sintetizan en el fitoplancton, en el fitobento o en microalgas. Una vez sintetizadas, las biotoxinas son ingeridas por los depredadores de plancton, entre ellos los MB. Éstos, en su proceso de filtración/alimentación absorben las biotoxinas y, un hecho característico de ellos, las acumulan en sus tejidos. Esta capacidad para acumular las biotoxinas, es lo que les da relevancia especial como fuentes de intoxicación para los humanos que los consumen.

La cantidad de biotoxinas en el plancton varía con los períodos del año y alcanzan niveles tóxicos sólo en los momentos de proliferación intensa y rápida de las microalgas que las sintetizan. Esta proliferación puede llegar a ser tan importante que haga posible su reconocimiento a simple vista, dando lugar al fenómeno llamado marea roja.

En la actualidad se distinguen cinco tipos de biointoxicación por consumo de MB, relacionadas con otros tantos grupos de toxinas. Cuatro de ellas, las biointoxicaciones por PSP, NSP, DSP y venerupino, se deben a toxinas sintetizadas por dinoflagelados. La última, por ASP, tiene su origen en diatomeas. A continuación se resumen sus características clínicas más sobresalientes, comenzando por aquellas biointoxicaciones debidas a toxinas sintetizadas por microalgas que se pueden encontrar en la costa gallega: PSP, DSP y ASP.

Biointoxicación paralítica o por PSP

El grupo de biotoxinas IPIA o PSP (del anglosajón "Paralytic Shellfish Poison"), producidas por ciertos géneros de dinoflagelados, incluyen, en la actualidad, 18 biotoxinas diferentes. Todas ellas tienen propiedades químicas semejantes a las de la saxitoxina (STX), la primera descubierta y la mejor conocida.

Casi la totalidad de los efectos que provoca en el humano la STX se debe a la inhibición difusa del impulso nervioso en los nervios periféricos y en el músculo esquelético. Dicha inhibición se produce por bloqueo selectivo de los canales de sodio en la membrana celular.

Clínica. Los síntomas que produce la intoxicación por PSP varían dependiendo de la severidad de la intoxicación; severidad que viene determinada por el tipo de toxina implicada, por la cantidad de ella ingerida y por la tasa con la que es capaz de eliminarla el

intoxicado. Los primeros síntomas suelen aparecer a los 30 minutos de consumir los MB, pero lo pueden hacer unas horas después.

Lo más frecuente es que los primeros síntomas sean parestesias en la boca, labios y sus alrededores. A estos síntomas, virtualmente presentes en la totalidad de los casos, se le añaden, en las intoxicaciones leves, parestesias en los extremos de los dedos, cefalea y aturdimiento. La sintomatología gastrointestinal es rara. Al aumentar la importancia de la intoxicación las parestesias progresan a brazos y piernas, y el enfermo muestra debilidad muscular y cierta incoherencia en el habla. Son comunes las manifestaciones cerebelosas, de tipo ataxia, incoordinación motora y/o dismetría. En las formas más severas, existe parálisis muscular intensa y difusa, acompañada desde el comienzo de acidez láctica. Rara vez se ve comprometida la conciencia.

La muerte, de producirse, se deberá a insuficiencia respiratoria. En estos casos la evolución es muy rápida, produciéndose la muerte tras una evolución media de 8 horas. El pronóstico es favorable cuando se sobrevive las primeras 12-24 horas.

El tratamiento, que incluye lavado gástrico procurando eliminar los restos de MB, es sintomático.

El diagnóstico diferencial, que hace años casi no era necesario considerar, hoy habrá que hacerlo con la intoxicación por anticolinesterásicos. La distinción entre las dos intoxicaciones puede ser difícil, excepto en los casos en los que son evidentes los efectos de la estimulación colinérgica, como el aumento de la cantidad de la saliva, lágrimas y secreción bronquial, o la miosis. Ninguno de ellos se presenta en la intoxicación por PSP.

También habrá que hacer diagnóstico diferencial con la intoxicación debida al consumo de diversas especies de pez luna, que contienen tetradotoxina. El comienzo agudo, la evolución y la preponderancia de las manifestaciones neurológicas la hacen virtualmente idéntica a la intoxicación por PSP. La diferencia se establecerá por los antecedentes de consumo de pescado y por la presencia de hipotensión arterial moderada o severa, ausente en la intoxicación por PSP.

Biointoxicación diarreica o por DSP

Ciertas especies de dinoflagelados producen una serie de biotoxinas conocidas como IDIA o DSP (de "Diarrhetic Shellfish Poison"). Estas toxinas producen patología gastrointestinal al ser ingeridas con los MB que las acumulan. Las toxinas de este grupo se pueden clasificar en tres subgrupos:

1. Toxinas diarreicas (Dinofisistoxinas), que incluyen el ácido okadaico y sus derivados.
2. Pectenotoxinas (PTX).
3. Yesotoxinas (YTX).

Las toxinas del primer subgrupo, dinofisistoxinas, actúan en el ser humano estimulando la fosforilación de las proteínas que controlan la secreción de sodio en las células intestinales.

Clínica. Entre los 30 minutos y hasta las 12 horas que siguen a la ingesta de MB tóxicos, comienza un cuadro clínico en el que destacan diarrea, náuseas y vómitos. Son raros la fiebre y los escalofríos. Los síntomas, que pueden durar hasta 3 días, rara vez exigen la hospitalización del enfermo. El tratamiento es sintomático.

Habrà que hacer diagnóstico diferencial con otros cuadros gastroenteríticos febriles.

Experimentalmente se demostró que las toxinas no diarreicas del complejo DSP pueden tener efectos tóxicos en el hígado (PTX) y en el corazón (YTX).

Biointoxicación amnésica o por ASP

La principal toxina responsable de la intoxicación por ASP (de "Amnesic Shellfish Poisoning") es el ácido domoico, sintetizado por ciertas especies de diatomeas. El ácido actúa como agonista del glutámico, neurotransmisor al nivel del sistema nervioso central.

Se detectó por primera vez en Canadá a finales de 1987, cuando el consumo de mejillón tóxico dio lugar a la intoxicación de 153 personas, de las que 103 fueron hospitalizadas. El fenómeno se repitió, también en Canadá, en el año 1988, y en la costa oeste de los Estados Unidos, en el año 1992.

En el año 1995, en la costa gallega fueron detectadas diatomeas productoras del ácido domoico, concretamente de la especie *Nitzschia spp*

Clínica. La intoxicación por ASP se manifiesta, en las primeras 24 horas que siguen al consumo de MB tóxicos, preferentemente como un cuadro gastroenterítico con náuseas, vómitos y diarrea. Pero en las primeras 48 horas se les pueden añadir síntomas neurológicos, que van desde cefalea y confusión hasta, en las personas de mayor edad, pérdida de la memoria, particularmente severa en algunos casos.

Otras Biointoxicaciones

Intoxicación neurotóxica o por NSP. Es una forma neurológica leve frecuente en Florida (EEUU). Las toxinas responsables de la intoxicación se conocen, conjuntamente, como brevetoxinas, ya que son sintetizadas por dinoflagelado *Gymnodinium (Ptycho-discus) breve*.

Clínica. Al cabo de 3 horas de consumo de MB que contienen NSP, se produce un cuadro neurológico leve caracterizado por parestesias en boca y dedos, ataxia, bradicardia, sensación de calor y frío, midriasis y diarrea leve. La recuperación se alcanza, dependiendo de la dosis ingerida, en dos días. Podría ser necesario hacer diagnóstico diferencial con la intoxicación por ciguatera, debida al consumo de pez globo contaminado con toxinas del grupo de ciguatóxina (sintetizada también por dinoflagelados). El pez globo tiene su hábitat en los mares de las regiones tropicales y subtropicales.

Biointoxicación por venerupino. Constituye un serio problema de salud pública en ciertas zonas de Japón. Las toxinas, de naturaleza química no totalmente conocida, se relacionan con variedades del dinoflagelado *Prorocentrum minimum*.

Clínica. La intoxicación, tras un período de incubación largo (24-48 horas), se manifiesta con anorexia, halitosis, náuseas, vómitos, dolor gástrico, constipación, cefalea y malestar general. El cuadro clínico se puede complicar con aumento de inquietud, hematemesis y sangrado de las mucosas oral y nasal. En los casos graves puede haber ictericia, petequias y equimosis; en los letales, lesión hepática aguda, excitación extrema, delirio y coma.

INCIDENCIA DE LAS BIOINTOXICACIONES EN GALICIA

PSP. Los primeros casos de intoxicación por PSP descritos en Galicia datan de 1976, cuando la distribución comercial del mejillón tóxico causó 63 casos en España y más de 100 en el resto de Europa.

Desde ese año no se conoce ningún otro caso hasta 1986, cuando fueron detectados dos brotes que afectaron a 17 personas que habían consumido mejillón cogido en la roca. (El término brote se refiere, en este contexto, a la comunidad en el origen y distribución de MB tóxicos).

En los años 1993 y 1994, se detectaron otros 9 brotes, que afectaron a un total de 27 personas, una de las cuales falleció. Los MB implicados fueron, otra vez, mejillones cogidos en la roca.

DSP. Entre 1978 y 1982 hubo varios brotes relacionados con el consumo de MB. Se considera que el más importante de ellos ocurrió en 1981, afectando a casi 5.000 personas. Sin embargo, en estos brotes no se puso de manifiesto la DSP en los mejillones consumidos, porque no se pudo buscar, pero fueron descartadas otras causas de origen bacteriano.

Desde esos años hasta 1995 no se tuvo conocimiento de más brotes, excepto uno a finales de los años ochenta. En 1995, sin embargo, se detectaron 3 brotes, que afectaron a un total de 61 personas. Estos se debieron al consumo de mejillón cogido directamente de la roca, en 2 brotes, y de la batea, en el otro.

Control y vigilancia

El control de la toxicidad de los MB se hace directamente en ellos, ya que los niveles alcanzados en el agua marina no se corresponden con los alcanzados en los tejidos de los MB. El control se hace efectivo en dos momentos, antes de que el MB salga al mercado y una vez que está ya a la venta.

Al control de los MB se añaden el diagnóstico precoz y la declaración urgente de los casos de intoxicación ocurridos en humanos. Estas intoxicaciones son, como es sabido, toxiinfecciones alimentarias y están, por lo tanto, sujetas a la declaración obligatoria urgente. La finalidad de tenerlas así consideradas es localizar, dado el caso, partidas tóxicas para separarlas del mercado lo más pronto posible.

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 1 DE FEBRERO DE 1997

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 5		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 1992-1996		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		1997	1996	1997	1996	Sem. 5	Acum. casos	Sem. 5	Acum. C.
Enfermedad de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0	0	0	0				
Cólera	001	0	0	0	0				
Disenteria	004	0	0	5	3	2	17	0,00	0,29
F. tifoidea y paratifoidea	002	3	7	19	39	12	39	0,25	0,49
Triquinosis	124	4	0	5	2				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	73	44	269	147	27	142	2,70	1,89
Gripe	487	185.887	127.129	942.320	816.524	152.901	816.524	1,22	1,15
Legionelosis	482.8	1		3					
Meningitis tuberculosa	013.0.320.4	1		3					
Tuberculosis respiratoria	011	126	197	529	750	197	774	0,64	0,68
Varicela	052	3.036	3.471	12.297	16.568	4.461	19.702	0,68	0,62
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0.098.1	43	115	220	427	131	523	0,33	0,42
Sífilis	091	15	15	52	58	26	116	0,58	0,45
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	205	383	802	1.546	163	868	1,26	0,92
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubeola	056	61	289	225	815	144	601	0,42	0,37
Sarampión	055	27	69	118	313	162	704	0,17	0,17
Tétanos	037	0	0	3	2				
Tos Ferina	033	16	64	76	306	117	407	0,14	0,19
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0.070.1	25		134					
Hepatitis B	070.2.070.3	18		90					
Otras hepatitis víricas	070	65		291					
Zoonosis									
Brucelosis	023	22	40	109	203	45	203	0,49	0,54
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	9	3	28	12				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Leprosia	030	0	0	1	0				
Rubéola congénita	771.0	0		0					
Sífilis congénita	090	0		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 (2,70). Parotiditis (1,26).
- * Un I.E. inferior o igual a 0,75:
Disenteria (0,00). F. tifoidea y paratifoidea (0,25). Tuberculosis respiratoria (0,64). Varicela (0,68). Infección gonocócica (0,33). Sífilis (0,58). Rubeola (0,42). Sarampión (0,47). Tos Ferina (0,14). Brucelosis (0,49).
- * 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 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 5 QUE TERMINÓ EL 1 DE FEBRERO DE 1997**

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 5		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 5		ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 5		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 5	
	1997	1996	1997	1996		1997	1996	1997	1996
Bacteriemias	53	44	229	218					
-A.anitratus	0	1	0	3	-C.coli	1	4	5	6
-A.baumannii	0	0	2	7	-C.difficile	0	2	2	3
-A.sobria	0	0	1	0	-C.jejuni	34	53	159	180
-B.fragilis	0	0	0	2	-Campylobacter sp.	5	15	48	65
-C.perfringens	0	0	1	0	-E.coli EP	0	0	0	1
-E.cloacae	0	1	1	1	-P.aeruginosa	0	0	1	0
-E.coli	13	5	52	47	-Y.enterocolitica	4	14	16	32
-E.faecalis	4	2	17	9	-Y.enterocolitica ser.03	5	0	10	4
-E.faecium	0	0	2	0	.Múltiple	2	0	5	3
-H.influenzae	0	1	2	3	.Otras	2	7	9	15
-K.pneumoniae	1	1	2	6	Infecciones respiratorias	16	28	128	126
-L.monocytogenes	1	0	2	0	-A.baumannii	0	0	1	2
-P.aeruginosa	1	5	4	10	-C.pneumoniae	1	1	12	14
-P.mirabilis	0	0	2	3	-Chlamydia sp.	0	0	0	7
-S.agalactiae	1	0	6	3	-E.coli	0	1	0	2
-S.aureus	11	6	42	27	-H.influenzae	2	3	9	6
-S.epidermidis	5	2	14	10	-H.influenzae b	0	1	1	4
-S.marcescens	1	0	2	5	-K.pneumoniae	0	1	1	2
-S.pneumoniae	3	4	16	15	-L.monocytogenes	0	0	1	0
-Staphylococcus coag-	5	5	28	32	-M.pneumoniae	2	3	21	11
-Y.enterocolitica	0	0	1	0	-P.aeruginosa	1	2	3	2
.Múltiple	3	1	10	3	-S.aureus	0	0	3	1
.Otras	4	10	22	32	-S.marcescens	0	0	0	1
Brucelosis	2	4	13	18	-S.pneumoniae	9	10	64	62
-B.melitensis	1	3	7	8	-S.pyogenes	0	5	7	10
-Brucella sp.	1	1	6	10	.Múltiple	1	1	2	2
E.T.S.: Gonococia	0	1	2	4	.Otras	0	0	3	0
-N.gonorrhoeae	0	1	2	4	Infección meningocócica	10	6	49	26
E.T.S.: Sífilis	4	3	9	16	-N.meningitidis	2	1	5	11
-T.pallidum	4	3	9	16	-N.meningitidis gr.B	5	3	22	7
E.T.S.: otras	5	3	12	6	-N.meningitidis gr.C	2	2	21	7
-C.trachomatis	5	3	12	6	.Otras	1	0	1	1
F.tifoidea y paratifoidea	0	0	2	0	Legionelosis	1	0	10	11
-S.typhi	0	0	2	0	-L.pneumophila	1	0	10	11
Fiebre Q	1	0	2	4	Leptospirosis	1	0	2	0
-C.burnetii	1	0	2	4	-Leptospira sp.	1	0	2	0
Fiebre botonosa	0	0	0	1	Mening.no meningocócicas	5	4	22	18
-R.conorii	0	0	0	1	-E.cloacae	0	0	0	1
G.E.A.: Salmonelosis	48	67	267	258	-E.coli	0	0	0	1
-S.enteritidis	17	23	87	73	-H.influenzae	0	0	0	1
-S.hadar	0	0	0	1	-H.influenzae b	0	0	1	1
-S.typhimurium	11	5	44	47	-K.pneumoniae	0	0	1	0
-S.virchow	0	3	1	3	-L.monocytogenes	0	0	0	2
-Salmonella gr.B	1	6	27	18	-S.agalactiae	0	0	0	1
-Salmonella gr.C	1	1	1	5	-S.epidermidis	0	0	1	0
-Salmonella gr.C1	0	0	0	3	-S.pneumoniae	3	4	15	11
-Salmonella gr.C2	0	3	4	7	-Staphylococcus coag-	0	0	1	0
-Salmonella gr.D	3	7	19	22	.Múltiple	1	0	1	0
-Salmonella sp.	12	17	78	74	.Otras	1	0	2	0
.Múltiple	2	1	5	3	Micobacterias	60	52	214	269
.Otras	1	1	1	2	-M.bovis	0	0	2	2
G.E.A.: Shigelosis	0	2	5	12	-M.tuberculosis	60	52	212	267
-S.disenteriae	0	0	1	0	Micobacterias atípicas	11	7	32	36
-S.flexneri	0	2	2	4	-M.avium/intracellulare	5	5	15	22
-S.sonnei	0	0	2	7	-M.fortuitum	0	0	1	0
.Múltiple	0	0	0	1	-M.gordonae	0	0	0	4
G.E.A.: Vibrio	1	0	1	0	-M.kansasii	6	1	10	5
-V.cholerae NAG	1	0	1	0	-M.xenopi	0	0	6	3
G.E.A.: otras bacterias	57	96	271	318	.Otras	0	1	0	2
-A.caviae	3	0	9	2	Micobacterias sp	0	4	1	19
-A.hydrophila	0	1	3	3	-Mycobacterium sp.	0	4	1	19
-A.sobria	0	0	1	0	Tos ferina	1	0	1	0
-Aeromonas sp.	1	0	3	4	-B.pertussis	1	0	1	0
					N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	36	40	43	44

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 4 QUE TERMINÓ EL 1 DE FEBRERO DE 1997

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 5		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 5	
	1997	1996	1997	1996
Adenovirus	9	5	26	27
Adenovirus 40/41	0	0	0	1
Citomegalovirus	1	7	8	24
Enterovirus	3	1	12	12
Epstein-Barr	17	9	67	59
Gripe A	3	16	51	112
Gripe B	14	0	49	4
Gripe sp.	0	0	0	1
Hepatitis A	2	3	15	11
Hepatitis B	1	2	1	16
Hepatitis C	13	22	32	57
Herpes simple	0	1	0	6
Herpes simple tipo 1	1	0	5	6
Herpes simple tipo 2	0	0	3	1
Papilomavirus	0	0	14	0
Parainfluenza	0	3	1	5
Parainfluenza 1	0	0	1	0
Parainfluenza 2	0	1	0	1
Parainfluenza 3	0	0	2	2
Parotiditis	0	1	0	1
Picornavirus	0	0	0	1
Respiratorio Sincitial	69	60	471	563
Rinovirus	0	3	1	3
Rotavirus	64	94	259	297
Rubeola	0	0	2	0
Sarampión	0	1	0	2
Varicela Zoster	0	2	2	4
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	28	24	33	38

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 5		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 5	
	1997	1996	1997	1996
Cutáneas y Subcutáneas	4	10	30	46
-Aspergillus fumigatus	0	0	0	1
-Candida albicans	1	0	6	7
-Candida guilliermondii	0	0	0	1
-Candida parapsilosis	1	1	3	6
-Candida sp.	0	0	0	1
-Epidermophyton floccosum	0	0	0	1
-Malassezia furfur	0	2	0	2
-Microsporum canis	1	3	7	7
-Microsporum gypseum	1	0	2	0
-Rhodotorula rubra	0	0	1	1
-Trichophyt.mentagrophyte	0	2	2	8
-Trichophyton rubrum	0	1	3	4
.Múltiple	0	1	1	3
.Otras	0	0	5	4
Mucosas	2	1	11	5
-Aspergillus niger	0	1	1	1
-Aspergillus sp.	1	0	3	1
-Candida albicans	0	0	2	0
-Candida guilliermondii	0	0	1	0
-Candida parapsilosis	0	0	0	1
.Múltiple	0	0	2	1
.Otras	1	0	2	1
Sistémicas	7	9	16	28
-Candida albicans	4	1	7	9
-Candida parapsilosis	1	0	1	1
-Cryptococcus neoformans	1	3	3	5
-M.circinelloides	0	0	1	0
-P.variotti	1	0	1	0
-Pneumocystis carinii	0	4	2	9
.Otras	0	1	1	4
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	8	10	14	14

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 5		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 5	
	1997	1996	1997	1996
Ascaris lumbricoides	0	1	2	3
Blastocystis hominis	0	1	11	11
Cryptosporidium sp	2	2	14	23
Dientamoeba fragilis	0	0	1	1
Echinococcus granulosus	1	2	2	8
Endolimax nana	0	0	1	0
Entamoeba histolytica	0	0	2	0
Enterobius vermicularis	5	10	15	27
Fasciola hepatica	0	0	0	1
Giardia lamblia	4	12	27	40
Leishmania sp	0	1	1	1
Mansonella perstans	0	0	1	0
Plasmodium falciparum	0	2	0	3
Plasmodium malariae	0	0	1	0
Plasmodium sp	0	0	1	1
Plasmodium vivax	3	0	3	1
Schistosoma mansoni	0	0	4	0
Taenia saginata	0	0	0	5
Taenia sp.	0	0	1	1
Toxoplasma gondii	0	2	0	10
Trichomonas vaginalis	6	9	22	27
Trichuris trichiura	0	0	1	1
-Otros	1	0	3	2
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	10	12	25	23

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.