



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 46

1997/Vol. 5/n.º 29/273-280

Del 9 al 15 de noviembre de 1997 (Impreso el 6 de mayo de 1998)

ISSN: 1135-6286

SUMARIO

1. Análisis de los determinantes de la cobertura de las Enfermedades de Declaración Obligatoria en el Área de Alicante. Año 1995.
2. Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
3. Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica.

ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA COBERTURA DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN EL ÁREA DE ALICANTE. AÑO 1995

M. V. Rigo Medrano^{1,2}, B. Medina Cortes², J. F. Martínez Navarro¹.

¹ Programa de Epidemiología Aplicada de Campo. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

² Unidad de Epidemiología. Centro de Salud Pública de Alicante.

INTRODUCCIÓN

El control de las enfermedades transmisibles ha preocupado desde antiguo, motivando que las autoridades legislaran disposiciones que hacían especial referencia a la notificación de enfermedades infecciosas y al control del caso y sus contactos.

En España se establece la obligatoriedad de la declaración en la Instrucción General de Sanidad de 1904, apareciendo el primer listado de enfermedades de declaración obligatoria, como actividad para el control de los casos infecciosos y de sus contactos, siendo esta competencia exclusiva del Estado.

En 1980 se transfirieron las actividades de Vigilancia Epidemiológica (V.E.) a la Comunidad Valenciana, lo que supuso una autonomía plena en el diseño y gestión del sistema, así como la potenciación de todas sus actividades.

En 1984 se publicó el Decreto 123 sobre V.E. del Consell de la Generalitat Valenciana en el que se especifican las funciones del sistema EDO (Enfermedades de

Declaración Obligatoria), se relacionan las enfermedades sujetas a notificación tanto numérica como individualizada y se indica la obligación de declarar cualquier otra que tenga carácter de novedad, de cualquier etiología y con independencia de su riesgo potencial, al igual que los brotes epidémicos.

El sistema se basa en la notificación semanal de los médicos en ejercicio tanto público como privado. La declaración de enfermedades se realiza de forma escrita en unos impresos donde se especifican las enfermedades sujetas a declaración y la forma de notificarlas. En la declaración numérica (Otros Procesos Diarreicos, Gripe, Neumonía, Infección Respiratoria Aguda y Varicela) debe especificarse día a día el número de las enfermedades asistidas y en la declaración nominal no es necesario la especificación del día, pero sí la aportación de los datos relativos a la identificación del enfermo. Los hospitales participan cada vez más, pero su notificación se circunscribe a enfermedades de declaración individualizada y a través de mecanismos diferentes a los del resto de notificantes.

La Comunidad Valenciana está organizada en Áreas de Salud y, en términos generales, para cada una de ellas existe un Centro de Salud Pública encargado, entre otras actividades, de la Vigilancia Epidemiológica en su ámbito territorial.

La reforma de la Atención Primaria de Salud, surgida en los últimos años, ha incorporado facultativos con formación en Salud Comunitaria y concepción integral de la salud que implica una mayor sensibilidad hacia los problemas de Salud Pública y, por tanto, una mayor colaboración con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

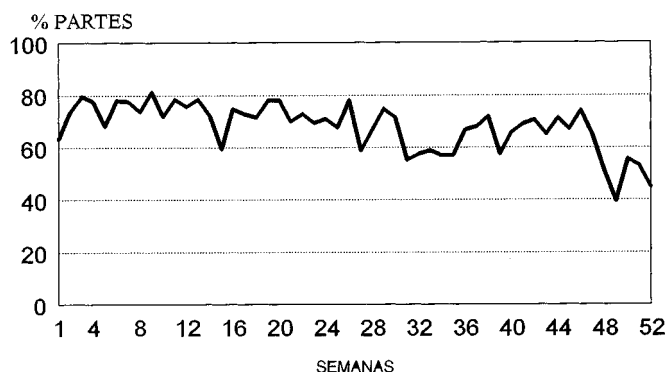
No cabe duda que la descentralización de las actividades de V.E. favorece el acercamiento del sistema a la red sanitaria y a la población, resultando más eficaz la adopción de medidas preventivas por su inmediatez y mejor conocimiento del medio.

El ámbito territorial al que corresponde este trabajo es el de referencia del Centro de Salud Pública de Alicante, que incluye el conjunto de municipios comprendidos en dos Áreas de Salud, la 16 y la 18. La red sanitaria pública está formada por tres hospitales, diez centros de salud del nuevo modelo sanitario y siete centros del sistema clásico.

En cuanto a las características del modelo sanitario y de los declarantes hay que puntualizar que la media de edad de los médicos del sistema clásico (48 años) es ligeramente superior a la del nuevo (42 años), existiendo en ambos un porcentaje mayor de varones (67%). Para el conjunto hay una proporción elevada de interinos (35%), alcanzándose el 43% en el modelo nuevo.

En los centros de salud de atención primaria (nuevo modelo) es el coordinador del centro el encargado de recoger los partes de declaración de su equipo y remitirlos, una vez revisados. En los centros del sistema tradicional los partes son recogidos por la enfermera jefe. En ambos casos las notificaciones llegan al Centro de Salud Pública a través de la Dirección de Atención Primaria.

FIGURA 1
NIVELES DE COBERTURA DE LAS E.D.O.
ÁREA DE ALICANTE. AÑO 1995.
Distribución estacional



Fuente: E.D.O. Centro de Salud Pública de Alicante.

OBJETIVOS

Evaluar la cobertura cuanti-cualitativa del sistema de Vigilancia Epidemiológica para 1995, obtenida por los Servicios de Atención Primaria que tienen como referencia el Centro de Salud Pública de Alicante.

Analizar la relación entre el número de partes enviados y diferentes determinantes que pueden condicionarlo: factores personales como la edad y el sexo de los declarantes, población media asignada, especialidad, relación contractual y pertenencia a una plaza del sistema nuevo o clásico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han utilizado los partes EDO enviados por los médicos de Atención Primaria durante 1995 a la Unidad de Epidemiología del Centro de Salud Pública de Alicante. Dado que el número de partes esperados era de 10.816 (52 partes por cada uno de los 208 declarantes) y que el porcentaje de pérdidas fue del 31%, bien por no haber enviado el parte 2.753 (26,5%) o bien por recibirse fuera de plazo 627 (5,5%) se ha utilizado un total de 7.436 partes.

Se ha obtenido el nivel de cobertura (porcentaje de partes recibidos en plazo sobre los esperados) para cada médico y localidad, así como la calidad de su cumplimiento, valorando si aporta o no incidencia y si ésta viene reflejada diaria o semanalmente.

Para el análisis de asociación entre el número de partes enviados y diferentes determinantes, se ha considerado como variable respuesta el número de partes recibidos de cada declarante y como potenciales determinantes del nivel de respuesta las características personales de edad y sexo, la especialidad, entendiéndose ésta como médico general o pediatra, la población media asignada obtenida a través de las poblaciones de referencia de cada centro de trabajo, el tipo de relación contractual (interino o propietario) y ocupar una plaza del modelo sanitario clásico o nuevo.

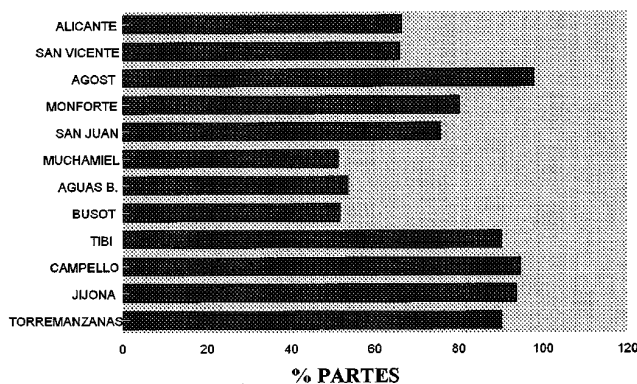
ESTADÍSTICA

Para el análisis univariante de asociación entre cada uno de los determinantes y el número de partes recibidos, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson en las covariables continuas y el test de Student para muestras independientes en las categóricas. Todos los contrastes son bilaterales y todos los intervalos de confianza del 95%.

Para el análisis multivariante se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple, como variable dependiente el número de partes recibidos y como variables independientes el conjunto de los determinantes. Se analizó la existencia o no de posibles interacciones de primer orden entre las variables independientes para, en su caso, cuantificarla.

Los datos han sido explotados con el paquete estadístico SPSS para Windows, utilizándose como programa gráfico el Harvard Graphics.

FIGURA 2
COBERTURA (% PARTES) SEGÚN MUNICIPIOS.
ALICANTE. AÑO 1995



Fuente: E.D.O. Centro de Salud Pública de Alicante.

RESULTADOS

El nivel de declaración global del área para el año 1995 fue del 69% del total de los partes esperados. La media anual de partes por médico fue de 35,8 con una desviación estándar de 14,68 y rango entre 0 y 52. El percentil veinticinco se situó en 30 partes, el cincuenta en 41 partes y el setenta y cinco en 48 partes.

Al observar los niveles de cobertura alcanzados semanalmente, se aprecia una disminución en las semanas 30-38 correspondientes al período estival con niveles inferiores al 60%, y en las últimas semanas del año con niveles del 40% (figura 1). Por municipios, se aprecian niveles de declaración que oscilan entre el 51,9% y el 98% del total de partes (figura 2).

Del total de partes recibidos, 33 (0,4%) no registraron incidencia y en el 99% restante la incidencia se registró indicando las atendidas cada día de la semana.

El análisis univariante muestra diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de declaración de los médicos del nuevo modelo y del clásico, resultando que el médico del modelo clásico declara al año por término medio 5,2 partes más que los del modelo nuevo. No se aprecian diferencias para el resto de los determinantes estudiados (tabla 1).

TABLA 1
ANÁLISIS UNIVARIANTE

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON			
VARIABLE	r	P	
EDAD	-0,0411	0,576	
POBLACIÓN	-0,0148	0,832	
TEST DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES			
VARIABLE	DIFERENCIA DE MEDIAS	P	IC 95%
SEXO	2,4235	0,295	-2,128 ; 6,975
ESPECIALIDAD	-0,8718	0,729	-5,832 ; 4,089
RELACIÓN CONTRAC	-3,7543	0,087	-8057 ; 0,549
MODELO SANITARIO	-5,2515	0,021	-9719 ; -0,784

TABLA 2
ANÁLISIS MULTIVARIANTE
REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE
Modelo completo

VARIABLES	COEFICIENTES	P	IC 95%
EDAD	-0,8819	0,5998	(-4,1931 ; 2,4290)
SEXO	-5,2253	0,0671	(-10,8227 ; 0,372)
POBLACIÓN	-2,2982	0,3378	(-7,0172 ; 2,4207)
ESPECIALIDAD	-1,4513	0,6897	(-8,6126 ; 5,7099)
R.CONTRACTUAL	6,4277	0,0356	(0,4384 ; 12,4169)
MOD. SANITARIO	6,8885	0,0135	(1,4389 ; 12,3382)

El análisis de regresión múltiple con todos los determinantes resulta ser significativo con una F de Snedecor de 2,23 y significación F de 0,04. Individualmente, al observar el resultado de cada variable ajustada por las otras, se aprecia como la relación contractual y el modelo sanitario están significativamente asociadas a la variable dependiente, resultando así que alcanzan un mayor nivel de declaración los interinos que los fijos y los del modelo clásico que los del nuevo, enviando por término medio 6,4 partes más el interino que el fijo y 6,8 partes más el médico del modelo clásico que el del nuevo (tabla 2). Asimismo, el sexo ofrece valores muy próximos a la significación alcanzando un mayor nivel de declaración los varones.

En un paso más para explicar la variabilidad de la declaración, se determina el modelo compuesto por los determinantes sexo, relación contractual y modelo sanitario, obteniéndose una F de Snedecor de 4,17 con significación F de 0,00 (tabla 3) mejorando la explicación de la variabilidad. Mediante el contraste parcial quedan sin implicación el resto de los determinantes analizados.

TABLA 3
ANÁLISIS MULTIVARIANTE
REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE
Modelo reducido

VARIABLES	COEFICIENTES	P	IC 95%
SEXO	-5,058111	0,0688	(-10,5102 ; 0,3940)
R.CONTRACTUAL	6,777997	0,0112	(1,5597 ; 11,9962)
MOD. SANITARIO	5,324073	0,0195	(0,8656 ; 9,7824)

Se detecta interacción (tabla 4) entre la relación contractual y el modelo sanitario, resultando que la diferencia encontrada entre los dos modelos es debida al personal interino. Los propietarios en ambos modelos envían, por término medio y a igualdad de condiciones, el mismo número de partes (36) cifra semejante a la de los interinos del nuevo modelo, pero los interinos del modelo clásico envían por termino medio 11,7 (IC 95% : 2,77-20,63) partes más.

TABLA 4
ANÁLISIS MULTIVARIANTE
REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE
Interacción

VARIABLES	COEFICIENTES	P	IC 95%
SEXO	-9,351274	0,0467	(-18,5634 ; -0,1390)
R.CONTRACTUAL (1)	-0,0059	0,9989	(-8,1802 ; 8,1683)
MOD. SANITARIO (2)	0,096105	0,9740	(-5,7206 ; 5,9128)
INTERACCIÓN (1*2)	10,637552	0,0455	(0,2165 ; 21,0585)

DISCUSIÓN

El sistema de vigilancia de las enfermedades sujetas a declaración se define como un sistema universal, pero en realidad no es así. Recoge las enfermedades consultadas al médico y más específicamente a los del sistema público y éstos no declaran en su totalidad. Consideramos que la cobertura global del Área es aceptable (69%). No obstante, el alcanzar porcentajes mayores de declaración permitiría incrementar la sensibilidad del sistema.

Podemos decir que el sistema es aceptado por sus integrantes, ya que el 50% de sus declarantes se sitúan en niveles de declaración superiores a 41 partes anuales. El descenso observado en los periodos vacacionales es el comportamiento estacional típico, observado en otros ámbitos territoriales, debido a que los médicos sustitutos por la falta de hábito y problemas de carácter organizativo tienen una menor actividad de declaración. Apoya el hecho de la aceptación del sistema el haber observado una buena calidad en la cumplimentación de los partes.

La diferencia entre los niveles de declaración de los modelos sanitarios puede estar propiciada por la distinta organización en el circuito de los partes de declaración. En el nuevo la centralización y supervisión de los partes recae sobre el coordinador del centro de salud, quien tiene múltiples actividades asistenciales, administrativas y gestión, quedando relegada la función de dinamizador de la declaración. En el clásico la declaración la centraliza la enfermera jefe junto al equipo de enfermeras, que tradicionalmente sirve de apoyo al médico y se comporta como elemento dinamizador. También hay que tener en cuenta que en este último modelo pudiera existir un comportamiento más administrativista del médico y del personal de enfermería.

Otro elemento a tener en cuenta para explicar la diferencia observada entre los dos modelos es la antigüedad en el puesto de trabajo: en el clásico los interinos tienen mayor permanencia y existe poca movilidad, mientras que en el nuevo, por ser un sistema joven y en implantación, la antigüedad es menor.

CONCLUSIONES

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las EDO es aceptado por los declarantes del Área, pudiendo considerar que la declaración es buena desde el punto de vista cualitativo y mejorable en su vertiente cuantitativa.

Existe globalmente una mayor participación de los médicos del sistema clásico. La diferencia del nivel de declaración entre los dos sistemas la marca la mayor participación de los interinos del modelo clásico. La diferente organización de los centros y del circuito de las EDO, entre otros, podría condicionar esta diferencia.

RECOMENDACIONES

Incentivar la declaración mejorando la retroalimentación del sistema y el contacto personal con los declarantes. Sería conveniente potenciar el contacto con los sustitutos para recordarles la obligatoriedad de declarar y su importancia.

En los Centros de Atención Primaria sería conveniente que la persona encargada de recoger y enviar las EDO fuera otra persona diferente del coordinador, descargándole de la ejecución de estas tareas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vigilancia epidemiológica ¿Hacia qué modelo vamos? Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1992.
2. Daniel. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. Editorial Limusa, 3ª edición. México, 1987.
3. Decreto 123/1984, de 12 de noviembre, del Consell de la Generalidad Valenciana, sobre Vigilancia Epidemiológica. Diario Oficial de la Generalidad Valenciana, nº 208.

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 15 DE NOVIEMBRE DE 1997

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 46		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 1992-1996		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		1997	1996	1997	1996	Sem. 46	Acum. casos	Sem. 46	Acum. C.
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0		4					
Cólera	001	0	0	0	0				
Disenteria	004	2	1	152	99	4	244	0,50	0,62
E tifoidea y paratifoidea	002	5	4	301	515	10	624	0,50	0,48
Triquinosis	124	0	0	11	16				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	20	28	2.010	1.295	21	978	0,95	2,06
Gripe	487	40.569	93.888	2.232.162	2.405.566	64.359	2.405.566	0,63	0,93
Legionelosis	482.8	3		167					
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	0		57					
Tuberculosis respiratoria	011	109	146	6.315	7.613	174	8.556	0,63	0,74
Varicela	052	1.360	2.708	220.313	220.463	2.708	277.417	0,50	0,79
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0,098.1	42	37	2.132	3.611	88	5.544	0,48	0,38
Sífilis	091	6	16	687	730	18	1.089	0,33	0,63
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	50	145	6.729	13.794	145	8.932	0,34	0,75
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubéola	056	15	58	3.753	16.421	69	8.107	0,22	0,46
Sarampión	055	19	28	1.790	4.776	59	8.586	0,32	0,21
Tétanos	037	1	3	42	43				
Tos Ferina	033	11	40	1.070	3.300	75	4.586	0,15	0,23
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0,070.1	43		1.611					
Hepatitis B	070.2,070.3	30		1.022					
Otras hepatitis víricas	070	25		2.518					
Zoonosis									
Brucelosis	023	22	29	2.006	1.964	41	2.626	0,54	0,76
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	5	2	262	199				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Lepra	030	0	0	11	13				
Rubéola congénita	771.0	0		1					
Sífilis congénita	090	0		5					
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 (0,50). E tifoidea y paratifoidea (0,50). Gripe (0,63). Tuberculosis respiratoria (0,63). Varicela (0,50). Infección gonocócica (0,48). Sífilis (0,33). Parotiditis (0,34). Rubéola (0,22). Sarampión (0,32). Tos Ferina (0,15). Brucelosis (0,54).

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal.

Hay que destacar 5 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 46 QUE TERMINÓ EL 15 DE NOVIEMBRE DE 1997**

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 46		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 46	
	1997	1996	1997	1996
Bacteriemias	54	47	2366	2162
-A.anitratas	2	0	31	33
-A.baumannii	1	0	18	21
-A.hydrophila	0	0	2	0
-A.sobria	0	0	1	0
-B.fragilis	0	0	21	20
-C.perfringens	0	0	5	6
-E.cloacae	1	0	33	38
-E.coli	15	9	514	470
-E.faecalis	2	3	100	89
-E.faecium	0	0	12	15
-E.hermannii	0	0	1	0
-H.influenzae	1	0	18	14
-H.influenzae b	0	0	2	2
-K.pneumoniae	1	2	59	58
-L.monocytogenes	0	0	10	10
-Listeria sp.	0	0	1	0
-Paeruginosa	3	2	98	88
-Pmirabilis	0	1	36	35
-S.agalactiae	0	2	52	69
-S.aureus	7	6	373	288
-S.epidermidis	3	3	144	119
-S.marcescens	2	1	27	17
-S.pneumoniae	2	1	127	133
-S.pyogenes	0	1	12	6
-S.zooepidemicus	0	0	1	0
-Staphylococcus coag-	5	6	199	257
-Yenterocolitica	0	0	1	0
.Múltiple	2	2	114	78
.Otras	7	8	354	296
Brucelosis	2	6	118	156
-B.abortus	0	0	0	3
-B.melitensis	0	5	62	64
-Brucella sp.	2	1	56	89
E.T.S.: Gonococia	1	1	44	40
-N.gonorrhoeae	1	1	39	37
.Múltiple	0	0	5	3
E.T.S.: Sífilis	6	0	118	133
-Tpallidum	6	0	118	133
E.T.S.: otras	4	1	107	66
-C.trachomatis	4	1	107	66
Enfermedad de Lyme	0	0	1	9
-B.burgdorferi	0	0	1	9
Etifoidea y paratifoidea	0	0	28	24
-S.paratyphi A	0	0	2	5
-S.typhi	0	0	26	19
Fiebre Q	4	0	158	116
-C.burnetii	4	0	158	116
Fiebre botonosa	1	0	43	53
-R.conorii	1	0	43	53
G.E.A.: Salmonelosis	120	118	4632	4515
-S.enteritidis	42	50	1764	1605
-S.hadar	1	1	15	18
-S.typhimurium	23	12	784	536
-S.virchow	0	0	6	18
-Salmonella gr.B	12	7	347	345
-Salmonella gr.C	0	0	62	43
-Salmonella gr.C1	1	2	48	58
-Salmonella gr.C2	0	1	77	50
-Salmonella gr.D	9	17	402	512
-Salmonella sp.	24	23	966	1178
.Múltiple	6	5	100	103
.Otras	2	0	61	49
G.E.A.: Shigelosis	2	7	115	116
-S.boydii	1	0	4	8
-S.disenteriae	0	0	6	1
-S.flexneri	0	2	35	26
-S.sonnei	1	5	64	75
-Shigella sp.	0	0	5	3
.Múltiple	0	0	1	3
G.E.A.: Vibrio	0	0	10	12
-V.cholerae NAG	0	0	2	2
-V.fluvialis	0	0	0	3
-V.furissii	0	0	1	0
-V.parahaemoliticus	0	0	6	6
-Vibrio sp.	0	0	0	1
.Múltiple	0	0	1	0
G.E.A.: otras bacterias	97	100	4081	3829
-A.caviae	2	2	195	100
-A.hydrophila	2	2	64	46
-A.sobria	0	1	35	22
-Aeromonas sp.	0	0	18	43
-C.coli	7	1	184	146
-C.difficile	0	1	24	32
-C.jejuni	63	53	2366	2154
-Campylobacter sp.	8	29	661	791
-E.coli	0	0	3	3
-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 46		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 46	
	1997	1996	1997	1996
-S.aureus	0	0	2	0
-Y.enterocolitica	5	4	250	236
-Y.enterocolitica ser.03	3	1	69	40
.Múltiple	4	2	72	69
.Otras	3	4	133	143
Infecciones respiratorias	22	22	1059	1174
-A.anitratas	0	0	15	2
-A.baumannii	0	0	5	7
-B.catarrhalis	0	0	1	0
-B.fragilis	0	0	0	2
-C.perfringens	0	0	0	1
-C.pneumoniae	2	1	82	93
-C.trachomatis	0	0	0	1
-Chlamydia sp.	0	2	5	27
-E.cloacae	0	0	3	1
-E.coli	0	0	9	8
-E.faecalis	0	0	1	4
-H.influenzae	0	0	86	158
-H.influenzae b	0	0	7	34
-K.pneumoniae	0	0	4	4
-L.monocytogenes	0	0	1	0
-M.pneumoniae	3	1	225	194
-Mycoplasma sp.	0	0	0	11
-Nocardia sp.	0	0	0	1
-Paeruginosa	0	0	19	16
-Pmirabilis	0	0	4	0
-S.aureus	1	1	34	27
-S.epidermidis	0	0	2	2
-S.marcescens	0	0	2	2
-S.pneumoniae	8	10	402	436
-S.pyogenes	7	4	78	92
-Staphylococcus coag-	0	0	2	1
.Múltiple	1	0	47	25
.Otras	0	3	25	25
Infección meningocócica	4	4	232	210
-N.meningitidis	1	0	10	30
-N.meningitidis gr.A	0	0	3	0
-N.meningitidis gr.B	1	1	89	91
-N.meningitidis gr.C	2	3	121	82
.Múltiple	0	0	0	1
.Otras	0	0	9	6
Legionelosis	4	2	105	96
-L.longbeachae	0	0	0	2
-L.pneumophila	4	2	105	90
-Legionella sp.	0	0	0	4
Leptospirosis	0	1	2	3
-Leptospira sp.	0	1	2	3
Meningo no meningocócicas	2	3	132	129
-A.anitratas	0	0	2	0
-A.baumannii	0	0	1	1
-E.cloacae	0	0	0	1
-E.coli	0	0	2	6
-E.faecalis	0	0	2	1
-H.influenzae	0	0	8	7
-H.influenzae b	1	0	9	9
-K.pneumoniae	0	0	1	1
-L.monocytogenes	0	0	5	6
-M.pneumoniae	0	0	1	0
-Paeruginosa	0	0	3	3
-S.agalactiae	0	0	8	13
-S.aureus	0	1	6	3
-S.epidermidis	0	0	1	0
-S.marcescens	0	0	1	0
-S.pneumoniae	1	2	62	60
-S.pyogenes	0	0	1	0
-Staphylococcus coag-	0	0	6	15
.Múltiple	0	0	4	0
.Otras	0	0	9	3
Micobacterias	44	49	2245	2175
-M.africanum	0	0	0	1
-M.bovis	0	0	5	4
-M.tuberculosis	44	49	2239	2166
.Múltiple	0	0	1	4
Micobacterias atípicas	3	7	225	355
-M.avium/intracellulare	0	2	91	190
-M.fortuitum	1	0	9	18
-M.gordonae	0	0	6	13
-M.kansasii	1	1	84	88
-M.malmoense	1	0	2	0
-M.marinum	0	1	5	4
-M.xenopi	0	1	22	29
.Otras	0	2	6	13
Micobacterias sp	0	4	18	175
-Mycobacterium sp.	0	4	18	175
Psitacosis	0	0	11	5
-C.psittaci	0	0	11	5
Tos ferina	0	0	20	0
-B.pertussis	0	0	20	0
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	38	36	47	49

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 46 QUE TERMINÓ EL 15 DE NOVIEMBRE DE 1997

	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 46		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 46	
	1997	1996	1997	1996
VIRUS				
Adenovirus	10	8	299	247
Adenovirus 40/41	0	0	8	6
Agente Delta	0	0	1	4
Citomegalovirus	3	2	144	224
Coronavirus	0	0	0	2
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	2	6	183	123
Epstein-Barr	13	15	669	599
Gripe A	1	8	80	180
Gripe B	1	0	124	17
Gripe sp.	0	0	2	5
Hepatitis A	2	9	158	167
Hepatitis B	0	0	70	106
Hepatitis C	9	15	615	719
Herpes simple	0	0	34	51
Herpes simple tipo 1	1	0	51	53
Herpes simple tipo 2	1	0	24	21
Papilomavirus	0	6	61	31
Parainfluenza	1	0	22	10
Parainfluenza 1	1	0	8	3
Parainfluenza 2	0	0	18	3
Parainfluenza 3	2	4	26	23
Parotiditis	0	0	6	5
Parvovirus B 19	5	0	22	10
Picornavirus	0	0	0	2
Reovirus	0	0	0	3
Respiratorio Sincitial	4	38	915	952
Rinovirus	0	0	3	12
Rotavirus	8	25	1641	1503
Rubéola	0	2	112	412
Sarampión	0	0	4	20
Varicela Zoster	0	0	35	39
-Otros	0	0	1	3
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	14	22	40	45

	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 46		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 46	
	1997	1996	1997	1996
PARÁSITOS				
Anisakis	0	0	3	0
Ascaris lumbricoides	0	0	16	11
Balantidium coli	0	0	1	0
Blastocystis hominis	1	2	92	81
Cryptosporidium sp	6	1	102	129
Echinococcus granulosus	3	0	25	22
Entamoeba coli	1	1	22	10
Entamoeba histolytica	1	0	11	3
Enterobius vermicularis	10	4	252	194
Fasciola hepática	0	0	1	2
Giardia lamblia	9	10	471	340
Leishmania donovani	0	0	2	0
Leishmania sp	0	2	14	10
Plasmodium falciparum	1	1	44	38
Plasmodium malariae	0	0	1	1
Plasmodium ovale	0	0	2	2
Plasmodium sp	0	1	13	11
Plasmodium vivax	0	0	25	18
Schistosoma haematobium	0	0	1	2
Schistosoma mansoni	0	0	5	2
Taenia saginata	0	1	17	22
Taenia sp.	0	0	20	8
Toxoplasma gondii	1	3	43	39
Trichomonas vaginalis	4	1	233	165
Trichuris trichiura	1	0	6	10
-Otros	4	2	81	37
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	11	15	34	36

	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 46		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 46	
	1997	1996	1997	1996
MICOSIS				
Cutáneas y Subcutáneas	16	11	414	425
-Aspergillus fumigatus	0	0	2	2
-Aspergillus niger	0	1	1	2
-Aspergillus sp.	0	0	2	1
-Candida albicans	5	1	65	57
-Candida glabrata	0	0	6	0
-Candida guilliermondii	1	0	11	9
-Candida parapsilosis	3	1	62	62
-Candida sp.	0	1	6	11
-Cryptococcus laurentii	0	0	3	0
-Cryptococcus sp.	0	0	0	1
-Epidermophyton floccosum	0	0	8	4
-Malassezia furfur	0	1	29	30
-Microsporium canis	4	3	48	53
-Microsporium gypseum	0	0	3	4
-Rhodotorula rubra	0	0	5	10
-Trichophyt.mentagrophyte	2	0	34	49
-Trichophyton rubrum	0	2	66	60
.Múltiple	0	0	8	24
.Otras	1	1	55	46
Mucosas	6	5	163	96
-Aspergillus fumigatus	0	0	6	3
-Aspergillus niger	0	2	24	19
-Aspergillus sp.	1	0	12	12
-Candida albicans	0	1	15	5
-Candida guilliermondii	0	0	1	1
-Candida parapsilosis	0	1	29	16
-Candida sp.	0	0	2	5
.Múltiple	1	0	7	4
.Otras	4	1	67	31
Sistémicas	2	5	192	272
-Aspergillus fumigatus	0	0	11	8
-Aspergillus niger	0	0	0	1
-Aspergillus sp.	0	0	0	2
-Candida albicans	0	2	63	81
-Candida glabrata	0	0	5	3
-Candida guilliermondii	0	0	2	1
-Candida parapsilosis	0	1	19	20
-Candida sp.	0	0	2	15
-Cryptococcus laurentii	0	0	1	0
-Cryptococcus neoformans	0	0	19	30
-Cryptococcus sp.	0	0	0	3
-M.circinelloides	0	0	1	0
-P.variotii	0	0	1	0
-Pneumocystis carinii	2	2	55	81
.Múltiple	0	0	3	3
.Otras	0	0	10	24
N.º DE LABORATORIOS DECLARANTES	6	10	21	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.