

Sumario

Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España. Año 2005 193

Incidencia de las enfermedades transmisibles de declaración obligatoria. Casos y tasas por 100.000 hab. a nivel provincial/CC.AA. España, 2005 . 199

Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria 201

Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica 203

Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España. Año 2005

Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

La información provisional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) correspondiente al año 2005 se distribuyó a los diferentes Servicios de Vigilancia Epidemiológica a partir del 6 de marzo de 2006, mediante el Informe Epidemiológico Semanal. La última actualización de los datos en el nivel nacional, correspondiente al 15 de noviembre de 2006, es la que aquí presentamos y que puede considerarse definitiva.

En la tabla 1 se presenta el número de casos declarados y las tasas de incidencia por 100.000 habitantes para las enfermedades de declaración obligatoria en el año 2005 y, comparativamente, en 2004. Asimismo se expone, sólo para las enfermedades de elevada incidencia, el índice epidémico acumulado que refleja su situación epidemiológica en el año.

Los datos correspondientes al Sistema de Información Microbiológica (SIM) se consolidaron el día 17 de marzo de 2006. El retraso medio en la recepción de la información fue de 42 días, nueve días más que el año anterior. Notificaron de forma regular 43 laboratorios de 13 Comunidades Autónomas (CC.AA.), situados en 21 provincias diferentes. El número total de casos notificados en 2005 fue de 36.240 (2% más que el año anterior), de ellos 23.210 correspondieron a patologías causadas por bacterias, 9.811 a virus, 2.222 a parásitos y 997 a hongos.

Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica

En el año 2005 se notificó un total de 75 casos de **fiebre tifoidea y paratifoidea** (tasa de 0,19 por 100.000 habitantes), inferior al declarado en 2004 (102 casos). En el SIM los casos declarados de fiebre tifoidea y paratifoidea aumentaron un 39% con respecto al año anterior (23 frente a 14), aunque sin modificar la tendencia descendente desde 1990.

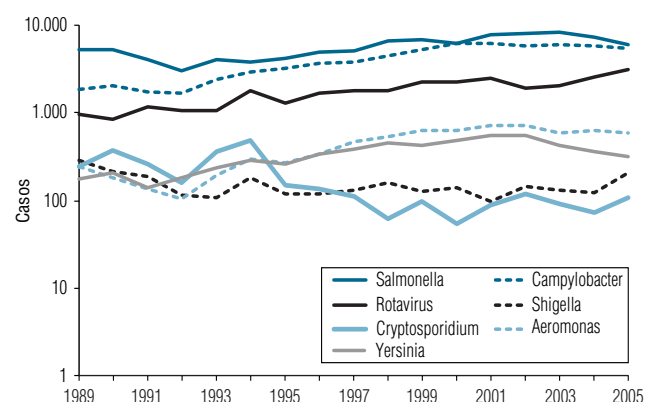
El número de casos de **disentería bacilar** aumentó respecto al año anterior, con 186 casos frente a 129 en 2004. En el SIM los casos declarados de shigelosis también aumentaron (212 frente a 125 en 2004), debido en parte, a un brote declarado en un hospital de Castilla-La Mancha.

En cuanto a la **triquinosis** y el **botulismo**, dos enfermedades de baja incidencia incluidas en este grupo, se declararon 11 casos de la primera (frente a 32 en 2004), y 15 de la segunda, frente a siete del año anterior.

En la figura 1 se recogen los casos declarados causados por los principales microorganismos productores de **infecciones gastrointestinales**. *Salmonella* es, entre las bacterias que causan gastroenteritis, de la que se registró un mayor número de casos declarados (6.063). Esta cifra fue un 18% menor que la registrada en 2004. *Salmonella* Enteritidis fue el serotipo declarado con más frecuencia con 3.017 casos. Esta cifra fue un 21% menor que la registrada el año previo. Le sigue en frecuencia *S. Typhimurium* con 811 casos, un 4% menos que en 2004 (figura 2). Este año se notificaron 72 aislamientos de *S.*

Figura 1

Tendencias de los microorganismos más relevantes causantes de infecciones gastrointestinales. Casos notificados al Sistema de Información Microbiológica. Años 1989-2005



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

Tabla 1

Enfermedades de Declaración Obligatoria. Incidencia notificada en España. Casos y tasas por 100.000 habitantes. 2005-2004

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	2005			2004		
		Casos	Tasas	IE. Acum.	Casos	Tasas	IE. Acum.
Enfermedades de transmisión alimentaria							
Botulismo	005.1	15	0,04		7	0,02	
Cólera	001	0	0,00		0	0,00	
Disentería	004	186	0,47	1,44	129	0,33	1,33
F. tifoidea y paratifoidea	002	75	0,19	0,43	102	0,26	0,56
Triquinosis	124	11	0,03		32	0,08	
Enfermedades de transmisión respiratoria							
Enfermedad Meningocócica	036	871	2,19	0,86	881	2,22	0,80
Gripe	487	1.349.539	3.400,12	0,91	615.227	1.551,61	0,39
Legionelosis	482.8	1.296	3,27		1.136	2,87	
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	98	0,25		81	0,20	
Tuberculosis respiratoria	011	5.765	14,52	0,81	6.507	16,41	0,87
Varicela	052	146.113	368,13	0,74	237.071	597,90	1,21
Enfermedades de transmisión sexual							
Infección gonocócica	098.0,098.1	1.155	2,91	1,18	981	2,47	0,94
Sífilis	091	1.344	3,39	1,83	1.152	2,91	1,63
Enfermedades prevenibles por inmunización							
Difteria	032	0	0,00		0	0,00	
Parotiditis	072	2.458	6,19	0,54	1.527	3,85	0,34
Poliomielitis	045	0	0,00		0	0,00	
Rubéola	056	592	1,49	4,29	87	0,22	0,49
Sarampión	055	20	0,05	0,22	29	0,07	0,19
Tétanos	037	18	0,05		16	0,04	
Tos Ferina	033	304	0,77	0,57	530	1,34	1,27
Hepatitis víricas							
Hepatitis A	070.0,070.1	1.139	2,87		844	2,13	
Hepatitis B	070.2,070.3	659	1,66		761	1,92	
Otras hepatitis víricas	070	680	1,71		873	2,20	
Zoonosis							
Brucelosis	023	353	0,89	0,40	636	1,60	0,69
Rabia	071	0	0,00		0	0,00	
Enfermedades importadas							
Fiebre amarilla	060	0	0,00		0	0,00	
Paludismo	084	332	0,84		383	0,97	
Peste	020	0	0,00		0	0,00	
Tifus exantemático	080	0	0,00		0	0,00	
Enfermedades declaradas sistemas especiales							
Leprosia	030	10	0,03		18	0,05	
Rubéola congénita	771.0	4	0,01		1	0,00	
Sífilis congénita	090	13	0,03		16	0,04	
Tétanos neonatal	771.3	0	0,00		0	0,00	

COMENTARIO GENERAL

(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 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.

FUENTE: Enfermedades de Declaración Obligatoria. Centro Nacional de Epidemiología.

Población utilizada: Proyecciones calculada por el Instituto Nacional de Estadística, con los censos de 1981 y 1991 como base.

Hadar frente a 13 en 2004 debido al brote nacional producido por el consumo de pollo precocinado contaminado. *Campylobacter*, con 5.471 casos declarados, continua siendo el segundo microorganismo declarado como causa de gastroenteritis bacteriana. El número de casos declarados disminuyó un 8% con respecto al año al anterior. La especie mayoritaria fue *C. jejuni* (4.620 casos). El número de casos notificados causados por *Aeromonas* y *Y. enterocolitica* fue 594 y 321 respectivamente.

Enfermedades de transmisión respiratoria

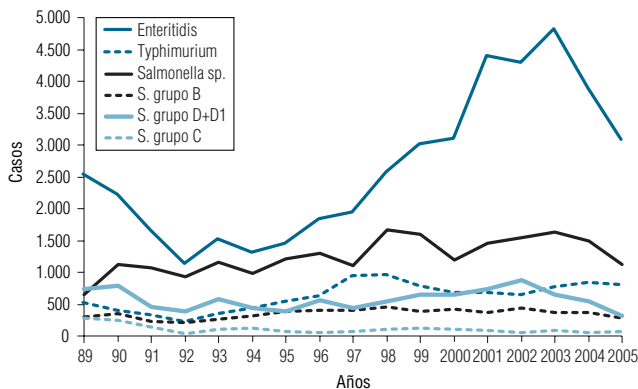
El nivel de intensidad de la actividad gripal registrado en España (figura 3), en la temporada 2004-2005, fue alto y asociado, durante el período de la onda epidémica, a un predomi-

nio de aislamientos de virus de la gripe A(H3N2), similares antigénicamente a la cepa A/California/7/2004. Estos virus A(H3N2) fueron responsables durante la temporada de brotes de amplia difusión en el hemisferio norte, con mayor incidencia en la población menor de 15 años, y se aislaron mayoritariamente tanto en nuestro país como en el resto de países europeos.

Los datos epidemiológicos y virológicos, procedentes de las redes de médicos centinela y grupo de laboratorios dedicados a la vigilancia de la gripe en nuestro país, confirmaron un aumento de la incidencia registrada de gripe en el territorio sujeto a vigilancia a partir de la semana 50/2004 (12 al 18 de diciembre de 2004), que afectó a todos los grupos de edad. Este

Figura 2

Evolución de los principales serogrupos de Salmonella. Casos notificados al Sistema de Información Microbiológica España. 1989-2005



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

aumento de la incidencia se acompañó de un incremento en el número de aislamientos de virus de la gripe, con un predominio casi absoluto de circulación de virus A(H3N2). La incidencia máxima de la enfermedad se alcanzó en la semana 2/2005 (9 al 15 de enero de 2005), con una tasa de 542,86 por 100.000 habitantes, configurando una onda epidémica de mayor intensidad que las registradas en las siete temporadas anteriores. La evolución de la incidencia de gripe en los distintos grupos de edad mostró características especiales, respecto a temporadas pasadas, puesto que en la fase de ascenso de nuestra onda epidémica hubo una afectación de todos los grupos de edad, con tasa de incidencias muy elevadas en los grupos de edad adulta, sobre todo en mayores de 64 años, en comparación con temporadas precedentes. Durante el pico de la onda epidémica la incidencia de la enfermedad se desplazó a la población de 5-14 años, grupo de edad que registró al final de la temporada las tasas acumuladas más elevadas.

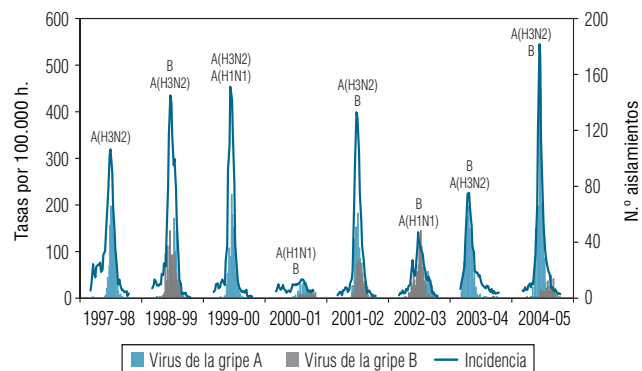
A partir de la semana 2/2005 la incidencia de la gripe disminuyó en España, alcanzándose niveles de difusión esporádicos a finales del mes de febrero de 2005, período en el que el patrón de aislamientos de virus de la gripe cambió, pasando a notificarse virus de la gripe B como tipo predominante. A partir de la semana 12/2005 (20 al 26 de marzo de 2005), las cifras registradas volvieron a ser similares a las del período previo a la onda epidémica.

Durante el período de vigilancia (semanas 40/2004-29/2005), los laboratorios del sistema centinela de vigilancia de la gripe notificaron un total de 1.190 aislamientos de virus de la gripe (997 de gripe A y 193 de gripe B), a partir de muestras centinelas y no centinelas (tabla 2). De los 753 virus de la gripe A subtipados, 747 fueron A(H3N2) y 6 A(H1N1). La caracterización genética de 108 virus A(H3N2) confirmó su similitud con la cepa A/California/7/2004, variante distinguible antigénicamente de la cepa A/Fujian/411/2002(H3N2), que había sido la incluida en la vacuna de esa temporada, mientras que los virus de la gripe B fueron análogos a B/Shanghai/361/2002 y B/Jiangsu/10/2003.

En el año 2005 se declararon de forma numérica 5.765 casos de **tuberculosis respiratoria** (tasa de 14,52 casos por 100.000 habitantes), lo que supone un descenso de un 11,5% respecto al año anterior. La distribución de las tasas de incidencia se mantiene, al igual que el año 2004, con los niveles más altos en Ceuta y Melilla (cercas a los 50 casos por 100.000 habitantes), seguidas por la Comunidad Autónoma del País Vasco (23,78), si bien por número de casos destacan Cataluña (887), Andalucía (872) y Madrid (737). En el Sistema

Figura 3

Tasas de incidencia semanal de gripe y aislamientos virales. Sistema centinela. España. Temporadas 1997-2005



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

de Información Microbiológica, el número de infecciones notificadas por el complejo *M. tuberculosis* fue de 2.168 frente a 1.942 en 2004 (datos procedentes de 32 laboratorios de nueve CC.AA.). Respecto a la **meningitis tuberculosa**, el número de casos declarados de forma numérica aumentó ligeramente respecto a 2004 (98 en 2005 frente a 81 casos en 2004), (tasa de 0,25 casos por 100.000 habitantes). Las CC.AA. con mayor número de casos fueron, en 2005, Madrid, Andalucía, Galicia y Cataluña (con 18, 14, 14 y 11 casos respectivamente).

Entre los microorganismos productores de **infecciones bacterianas transmitidas por vía aérea** notificadas al SIM, *Streptococcus pneumoniae* fue el que ocupó el primer lugar en frecuencia con 1.741 casos, le siguen *Mycoplasma pneumoniae*, 280 casos, *Chlamydia pneumoniae*, 119 casos, y *Haemophilus influenzae*, 51 casos. *S.pneumoniae* fue, también, el primer causante de meningitis no meningocócicas con 72 casos. En cuanto a las **infecciones víricas**, se declararon 1.958 casos de infecciones causadas por virus sincitial respiratorio y 187 meningitis virales (136 por Enterovirus).

En la temporada 2004-2005 (de la semana 41 de 2004 a la 40 de 2005) se notificaron a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica 935 casos de **enfermedad meningocócica**. Esta cifra fue un 3% inferior a la correspondiente a la temporada previa. Se confirmaron 696 (75% del total de casos declarados), lo que representó una tasa de 1,61 por 100.000 habitantes (figura 4). De entre los casos confirmados, 502 fueron debidos al serogrupo B (tasa de 1,16 casos por 100.000 habitantes), y 123 al serogrupo C (tasa de 0,28 por 100.000). Las tasas de incidencia de los casos confirmados oscilaron entre 3,90 por 100.000 en País Vasco y 0,49 en Castilla-La Mancha. Melilla no declaró ningún caso de enfermedad meningocócica la pasada temporada. Las tasas de incidencia por serogrupo C experimentaron un descenso del 80% en la última temporada al compararlas con las tasas en la temporada 1999-2000, fecha de introducción de la vacuna conjugada en España. El descenso más importante fue en los grupos objeto de vacunación y cohortes menores de 20 años de edad en las que se ha hecho campañas de vacunación (87% menos). Se produjeron 98 defunciones, 85 en casos confirmados. La letalidad para el total de casos confirmados fue 12,2%. Se produjeron 51 fallecimientos por serogrupo B (letalidad de 10,2%) y 29 por serogrupo C (letalidad de 23,6%).

Se declararon de forma numérica 1.296 casos de **legionelosis** (tasa de 3,27 por 100.000 habitantes), cifra que supone un aumento del 14% sobre los casos declarados el año previo. Además, el grupo europeo de vigilancia de legionelosis asociadas a viajes (EWGLINET) notificó 157 casos esporádicos en

turistas extranjeros que contrajeron la enfermedad mientras visitaban nuestro país. En 2005 se declararon 60 brotes. En ellos resultaron afectadas 289 personas y se produjeron nueve defunciones. Cincuenta y nueve fueron comunitarios y uno nosocomial. A través de EWGLINET se notificaron 11 agrupamientos de casos asociados a distintos alojamientos en los que resultaron afectados 25 turistas. Los tres fallecimientos producidos se dieron en casos esporádicos.

Enfermedades vacunables

Durante el año 2005 se notificaron 100 casos sospechosos de **sarampión**, de los cuales, 20 (20%) fueron confirmados, 16 por laboratorio y seis por vínculo epidemiológico y dos casos en los que no se obtuvieron muestras quedaron clasificados como compatibles y el resto fueron descartados. Este número de casos corresponde a una incidencia anual de 0,05 casos por 100.000 habitantes (figura 5), la incidencia más baja registrada en España a lo largo de toda la historia de la enfermedad, con una disminución de un 62% con relación a la observada el año 2001 (0,13 por 100.000 habitantes), año de puesta en marcha del Plan de eliminación del sarampión en España. Asimismo, durante el año 2005, se ha constatado la ausencia de circulación autóctona del virus en nuestro país.

Durante el año 2005 se detectaron tres brotes de sarampión ocurridos a partir de la semana 27: el primero fue un brote importado de Rumania que afectó a seis casos de una familia rumana residente en Cataluña, el segundo afectó a una familia de etnia gitana en Andalucía en el que tras la investigación no se logró identificar la fuente de infección y el tercero en La Rioja, que afectó en su inicio a dos casos familiares y a una médica que fue origen de transmisión de la infección a sucesivos casos posteriores, ocurridos hasta la semana 5 del año 2006 (último caso el 28 de enero). El brote afectó a un total de 18 personas y no se logró identificar la fuente de infección. Además se notificaron nueve casos aislados, un caso importado de EUA (Estados Unidos de América) y otro importado del Reino Unido, de los siete casos restantes se desconoce el origen de la infección.

El 50% de los casos de sarampión fueron evitables, producidos en edades que deberían de estar vacunados y no lo estaban. El 68,4% de los casos pertenecen a grupos de riesgo potenciales en nuestro país y suponen el 100% de los casos evitables: ocho inmigrantes de países con calendarios de vacunación diferentes (seis de Rumania, uno de Bolivia y uno de Italia) y cinco autóctonos de etnia gitana.

En la evaluación de la calidad del sistema de vigilancia la mayoría de los indicadores superan los estándares de calidad marcados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los más desfavorables son los que se refieren a la oportunidad en la notificación y a la identificación de la fuente de infección.

A lo largo del año 2006 se han detectado un total de 276 casos confirmados de 363 casos notificados hasta el 20 de diciembre de 2006, así como ocho brotes: en La Rioja (18 casos), Madrid (174 casos), en Cataluña dos brotes (3 y 43 casos), en Valencia dos brotes (de 2 y 3 casos), y en Canarias dos (de 9 y 14 casos). En estos brotes destaca el hecho de la afectación del personal sanitario, con un papel amplificador de la transmisión de la enfermedad.

Durante el año 2005 se notificaron en España 592 casos de **rubéola**, lo que representa una incidencia de 1,49 por 100.000 habitantes y un aumento de cinco veces con relación a la incidencia observada en el año 2004 (0,22 por 100.000) (figura 5). Todas las CC.AA. presentaron tasas inferiores a 1 por 100.000 excepto Madrid, en donde ocurrió un brote con 460 casos, Ceuta y Melilla, que con 4 y 3 casos respectivamente también la superan. Respecto al brote de la Comunidad de Madrid, el 41,6% de los casos fueron mujeres. El 56,2% eran

de países de origen diferentes a España, la mayoría latinoamericanos, entre ellos un 58,2% eran mujeres y de ellas el 94,5% tenían entre 15 y 49 años de edad. El 43,8% de los casos eran de origen español (195 casos), principalmente hombres de edades entre 20 y 34 años (69%). Se notificó otro brote en Cataluña que afectó a ocho personas de nacionalidad brasileña, ninguna de las cuales estaba vacunada.

Desde 1997, sólo se habían notificado al Sistema de vigilancia dos casos de **Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)**, pero durante el año 2005 se han notificado cinco casos de forma individualizada: dos en la Comunidad de Madrid, uno en Galicia relacionado con el brote de la Comunidad de Madrid, un caso en Valencia que podría estar relacionado con el brote de Madrid pero que no se pudo averiguar y otro en Cataluña. La ocurrencia de brotes de esta enfermedad obliga a extremar la vigilancia de la posible infección por rubéola en mujeres embarazadas, durante los nueve meses posteriores a la finalización de un brote, con énfasis en población inmigrante, ante la posible aparición de casos de infección congénita.

En el año 2005 se notificaron 2,458 casos de **parotiditis** (figura 5), lo que supone una tasa de incidencia de 6,19 por 100.000 habitantes, y un aumento del 60% en relación a la incidencia observada en el año 2004 (3,85 por 100.000). Las CC.AA. que presentaron las tasas más altas fueron, Baleares, Galicia, Asturias, Aragón y Ceuta, con 68; 17,66; 12,33; 10,45 y 10,51 por 100.000 habitantes respectivamente y las mínimas Cataluña, C. Valenciana, el País Vasco y La Rioja con 1,19; 1,98 y 2,55 y 2,73 por 100.000 respectivamente. Muchos de estos casos se produjeron en población vacunada.

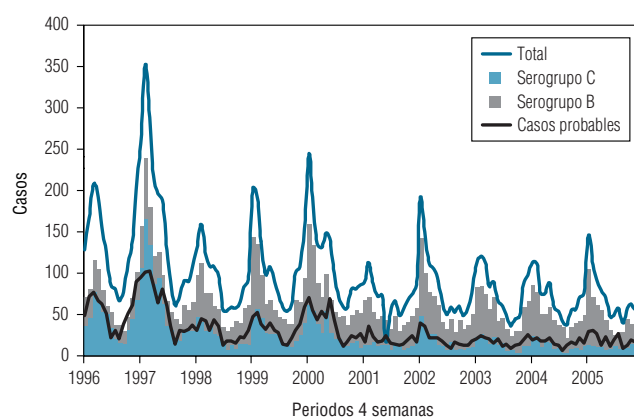
Las coberturas con la vacuna triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) alcanzadas con la primera dosis desde 1999, son mayores o iguales al 95% en todo el país (figura 5), en los años 2005 y 2004 han sido de 96,8 y 97,3 respectivamente para la primera dosis y de 91,6 y 94,1 para la segunda dosis entre los tres y seis años según CC.AA., con un rango de entre 81,7 y 106,1%.

El último caso de **difteria** en España se detectó en el año 1986. Desde el año 2000 la cobertura vacunal está por encima del 95%.

En el año 2005 se notificaron 18 casos de **tétanos** (incidencia acumulada de 0,05 por 100.000 habitantes), procedentes de ocho Comunidades Autónomas. La incidencia de esta enfermedad se mantiene estable en los últimos años. Desde 1997, año en que se incorporó la rúbrica **tétanos neonatal**, no se ha notificado ningún caso de esta enfermedad.

Figura 4

Enfermedad meningocócica. Casos totales y principales serogrupos. Temporadas 1996-1997 a 2004-2005



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

El número de casos de **tos ferina** notificados en 2005 fue de 304 (0,77 casos por 100.000 habitantes), lo que supone un descenso del 42,6% respecto al año precedente. Cinco Comunidades Autónomas alcanzaron una tasa igual o superior a 1 por 100.000 habitantes. La incidencia máxima se registró en la Comunidad de Aragón (25 casos) con una tasa de 2,16 por 100.000 habitantes. Le siguen la Comunidad Foral de Navarra (1,86), la Comunidad de Madrid (1,78), Baleares (1,31) y la Comunidad Valenciana (1,10). La Rioja, Ceuta y Melilla no notificaron ningún caso.

En el año 2005, las coberturas vacunales frente a difteria, tétanos y tos ferina, fueron de 96,2% para la primovacuna y 95,0% para la dosis de refuerzo entre el primer y segundo año.

Sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA): Durante el año 2005 se notificaron 44 casos de PFA que suponen una tasa de incidencia de 0,73 casos de PFA por 100.000 niños menores de 15 años, incidencia inferior a la establecida por la OMS (de al menos 1 por 100.000) como criterio óptimo de sensibilidad del Sistema de Vigilancia. Esta situación es variable por Comunidades Autónomas: la mayoría de las que notificaron casos están próximas o alcanzan esta tasa. Hay comunidades en las que no se detectan casos, si bien dada su menor tamaño de población, el número de casos anuales esperados es menor a 1.

Las coberturas de vacunación frente a **poliomielitis** alcanzadas durante 2005 con tres dosis de vacuna inyectable (VPI) en niños de 0-1 años fue del 96,2%. En todas las CC.AA. las coberturas alcanzaron niveles superiores al 95% (rango: 95,3-109,6). La cobertura de vacunación en niños de 1-2 años de edad (4ª dosis booster) fue de 94,9% (rango: 88,5-107,4).

Un caso importado de Marruecos notificado por Baleares, fue confirmado como poliomiélitis por poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna (virus con más de 1% de divergencia en la proteína mayoritaria de la cápsida (VP1), con el virus vacunal progenitor). Se trata de un niño inmunodeprimido, de origen marroquí, que fue vacunado en su país con dos dosis de vacuna antipoliomielítica oral. El cuarto mes de vida comenzó con clínica sugerente de polio que no llegó a ser sospechada ni notificada. A lo largo de 10 meses tuvo varios ingresos para estudio de su inmunodeficiencia en hospitales de cuatro CC.AA. hasta su sospecha y confirmación en julio de 2005.

Los indicadores de calidad del sistema de vigilancia referentes a la investigación epidemiológica y de laboratorio, una vez detectados los casos por el sistema, continúan manteniendo

cifras óptimas superiores al 80%, estándar de calidad establecido por la OMS. Durante el año 2005 todos los casos han sido adecuadamente investigados y seguidos por los servicios de vigilancia. Así mismo los indicadores referentes a la calidad del laboratorio también han alcanzado desde el inicio del plan de erradicación las metas propuestas por la OMS. Sin embargo, los indicadores referentes a la oportunidad en la notificación y la toma de muestras "adecuadas" (dos muestras de heces tomadas en los 14 días posteriores al inicio de síntomas), presentan valores inferiores al estándar propuesto por la OMS del 80% (70-77%), situación que pone de manifiesto la necesidad de divulgar y enfatizar en los servicios asistenciales la importancia de la vigilancia de la parálisis flácida aguda con énfasis en la notificación urgente y toma de muestras adecuadas, para la detección e investigación precoz de posibles casos importados de poliovirus salvaje o asociados a poliovirus vacunal.

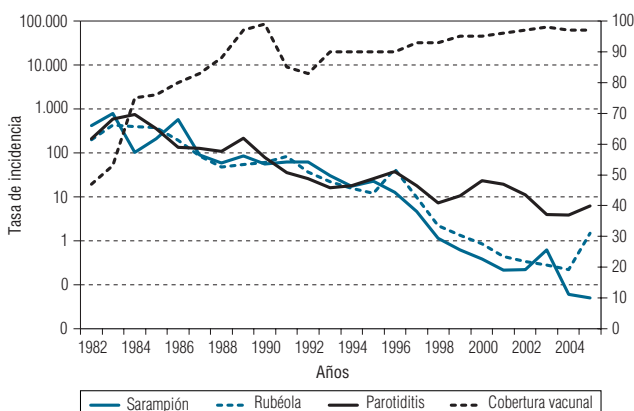
Como se ha comentado en años anteriores, la ausencia de casos de poliomiélitis desde hace muchos años en nuestro país hace que el personal sanitario sienta que no estamos ante un problema importante de salud pública. Sin embargo, hasta que no se alcance la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje en todo el mundo, existe un riesgo de importación de poliovirus que no se puede menospreciar. España es un país que puede ser considerado de riesgo para la importación, dada su proximidad al continente Africano y por ser el tercer país del mundo en número de visitantes anuales, por lo que es muy importante que se mantengan altas coberturas de vacunación y el sistema de vigilancia de parálisis flácida se mantenga activo y alerta.

Zoonosis

En el año 2005 se han comunicado a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica 353 casos de **brucelosis** (tasa de 0,89 por 100.000 habitantes). Esta cifra supone la reducción a la mitad de los casos declarados en 2004, (636 y tasa de 1,60 por 100.000) (figura 6). En los últimos años se ha reducido de forma notable el número de enfermos debido a la política de información y educación realizada y las actuaciones de control en el ganado ovino y caprino. El centro de la península sigue siendo la zona con mayor número de casos. Por Comunidades Autónomas, Extremadura es la que presenta tasas más altas (4,92 y 54 casos declarados), hay que destacar la importante reducción en el número de casos desde el año anterior en el que se comunicaron 141 casos (tasa de 12,86 por 100.000). La segunda Comunidad con tasas más altas es Castilla-La Mancha con una tasa de 2,28 y 40 casos. También en Castilla-La Mancha se ha reducido el número de casos a la

Figura 5

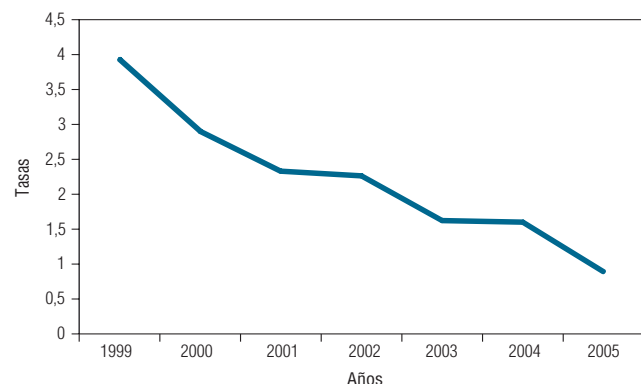
Vigilancia del Sarampión, Rubéola y Parotiditis. España 1982-2005. Incidencia anual por 100,000 habitantes y Cobertura vacunal



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

Figura 6

Brucelosis en España. Tasas por 100.000 habitantes. España, 1999-2005



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

mitad respecto a 2004 (88 casos). En el resto de las comunidades tradicionalmente afectadas, igualmente se ha reducido la enfermedad: Castilla y León, (1,96 por 100.000 habitantes), Aragón con 1,64 y Andalucía con 1,58 casos por 100.000 habitantes son prueba de este hecho.

En el año 2005, no han sido comunicados casos de **rabia animal**. Como medida de vigilancia activa se continúan los estudios de circulación de Lyssavirus europeo de murciélagos entre las colonias de quirópteros españoles.

El **carbunco** esta considerada como zoonosis endémica de ámbito regional, por lo que solo es declarada por las comunidades en las que presenta este carácter. El número de casos comunicados de carbunco ha disminuido respecto a otros años, 10 casos frente a 26 declarados en 2004. Aragón con cinco casos, acumula el 50% de los casos, repartiéndose el resto como sigue: dos en Castilla La Mancha, y uno en Extremadura, Comunidad Valenciana y Andalucía.

El número de casos comunicados de **Fiebre Exantemática Mediterránea** ha sufrido un descenso respecto al año anterior (182 frente a 219 en 2004). Destaca Andalucía con 56 casos (tasa de 0,76), aunque son las CC.AA. de la Rioja (13 casos y tasa de 5,08) y Baleares (tasa 3,54 por 100.000 habitantes y 27 casos) las regiones con tasas más altas.

Se mantiene estable el número y distribución de casos de **hidatidosis**, 151 frente a 156 en 2004. Castilla y León es la Comunidad que más casos ha comunicado (47), seguida por Extremadura (35) y Aragón (27).

En el año 2005 se notificaron 112 casos de **Leishmaniasis**. Estas notificaciones proceden de siete Comunidades, especialmente Baleares (36 casos), Andalucía (28 casos), Madrid (24) y Cataluña (17).

En el año 2005 sólo se comunicaron 10 casos sospechosos de padecer **fiebre recurrente por garrapatas**, tres en Castilla y León, Baleares y Andalucía, y uno en Aragón.

Mediante el Sistema de Información Microbiológica (SIM) integrante de la Red Nacional de Vigilancia, recogemos información de otras zoonosis no incluidas en el sistema de EDO. Entre estas destacan la **Fiebre Q**, de la que en los últimos seis años se han comunicado una media de 110 casos anuales. En 2005 se ha sobrepasado ampliamente este número con 134 diagnósticos comunicados. Otra es la **listeriosis**, de la que se han comunicado 71 casos. En los últimos cinco años ha habido un importante incremento en el número de casos comunicados, probable reflejo de la consolidación del Sistema de Declaración. La listeriosis afecta a personas mayores o con patología de base y a mujeres gestantes y recién nacidos. Los diagnósticos de **teniasis** en este periodo se mantuvieron estables frente a años anteriores, 62 en 2005 frente a 70 en 2004. En 43 casos fue identificada la *Taenia saginata*.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

El número de casos de **sífilis** comunicados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica sigue aumentando (1.344 casos frente a 1.152 en 2004), con una tasa de 3,39 por cien mil habitantes (figura 7). Las Comunidades que presentan tasas más altas son la Ciudad Autónoma de Melilla, con 24,39 casos por 100.000 habitantes, y Baleares con 6,81 por 100.000. Otras comunidades con tasas elevadas son la comunidad de Asturias con 6,26 por 100.000 y Ceuta con 5,26 casos por 100.000. Se declararon 13 casos de **sífilis congénita**.

La **infección gonocócica** también ha sufrido un ligero aumento respecto a 2004, (1.155 casos frente a 981), pasando de una tasa de 2,47 por 100.000 habitantes en 2004 a 2,91 en 2005 (figura 7). Las tasas más altas se dan en la Ciudad Autónoma de Melilla (17,21), Baleares (5,37) y Cataluña (4,64).

Otra enfermedad de transmisión sexual, la **infección por C. Trachomatis**, vigilada por el SIM, ha pasado de 120 diagnósticos comunicados en 2004 a 148 en 2005.

Con respecto a años anteriores, los resultados de las ETS sometidas a vigilancia epidemiológica muestran un cambio de tendencia claro con un repunte a partir del año 2003, y destaca en particular el importante incremento en la incidencia de sífilis (figura 7).

Hepatitis víricas

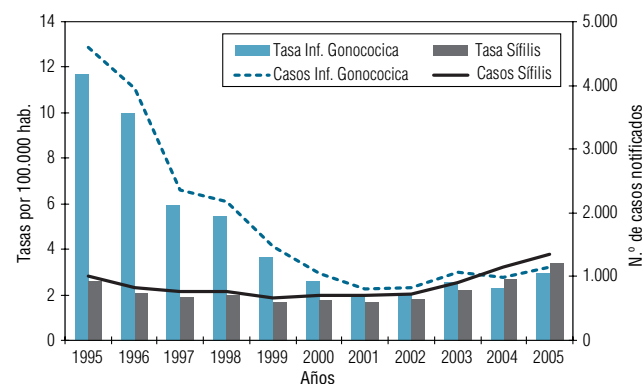
La incidencia de **hepatitis B** ha presentado un descenso importante desde 1998 (con tasas de 2,88 por 100.000 habitantes) manteniéndose estable desde el año 2001 hasta el momento actual, con tasas cercanas a 2 por 100.000 habitantes. En el año 2005 la incidencia fue de 1,66, con 659 casos, con un descenso porcentual de 13,5% con respecto al año anterior (1,92 por 100.000 habitantes). La vacuna de la Hepatitis B se incluyó en el año 1982 de forma selectiva en grupos de riesgo. En 1992 se inicia la recomendación de vacunación en adolescentes, y en 1996 todas las CCAA la habían incorporado en sus calendarios. Posteriormente, se incluyó en el calendario nacional español al nacimiento, y a los dos y seis meses de vida en el año 1992, pero no estuvo incorporada en todas las CC.AA. hasta el año 2002. La cobertura de vacunación con tres dosis en el 2005 fue del 96,1%. La incidencia de la **hepatitis A** en el año 2005 fue de 2,87 por 100.000 habitantes, contabilizándose 1.139 casos. Esto supone un aumento del 34,9% respecto del año anterior (incidencia de 2,13 por 100.000 habitantes y 844 casos). Ceuta tuvo la tasa de incidencia por 100.000 habitantes más elevada: 27,6. Seguida por Melilla (5,74), Extremadura (5,01) y País Vasco (4,96). El número de casos de "**otras hepatitis víricas**" ha disminuido respecto a 2004 (680 casos frente a 873).

Enfermedades de baja incidencia

Durante el año 2005 no se declaró ningún caso de **cólera**, **fiebre amarilla**, **peste** o **tifus exantemático**. Se comunicaron de forma numérica 332 casos de **paludismo** y 433 casos de forma individualizada. Todos los casos son importados, siendo África el continente más citado como zona de procedencia de los casos (265) y Guinea Ecuatorial el país africano con mayor número de casos (91). *Plasmodium falciparum* es responsable del 62,3 de los casos. En el 58,8% se detecta solo y 3,5% en unión de otros plasmodium como paludismo múltiple. A *P falciparum* sigue en cuanto a número de casos *Plasmodium vivax* culpable de casi el 5%. Entre los enfermos de paludismo predominan los varones adultos que han viajado a los países endémicos por turismo o que vienen a España procedentes de estos países como inmigrantes.

Figura 7

Incidencia de infecciones de transmisión sexual N.º de casos y tasas por 100.000 hab. España 1995-2005



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

