

Sumario

Detección tardía de un brote de shigellosis en un centro escolar de Madrid 1

Estado de las enfermedades de Declaración Obligatoria 5

Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica 9

Detección tardía de un brote de shigellosis en un centro escolar de Madrid*

María del Carmen Álvarez-Castillo^{1,2}, Juan Carlos Sanz³, Jerker Jonsson^{1,5}, Raquel Ramiro⁴, Elena Ballester¹, Marisa Fernández³, María Aurora Echeita⁴, Ferran Martínez Navarro¹

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

² Sección de Epidemiología del Servicio de Salud Pública del Área 7, Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

³ Laboratorio Regional de Salud Pública, Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

⁴ Laboratorio de Referencia de Salmonella y Shigella, Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III.

⁵ European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET).

Introducción

La shigellosis es una infección invasiva del colon de transmisión fecal-oral. La baja dosis infectiva (10-100 organismos) favorece una alta transmisibilidad. La incidencia es alta en países poco desarrollados; afecta preferentemente a niños y es potencialmente letal¹. En contraste con otros enteropatógenos, los únicos reservorios de *Shigella sp.* son los seres humanos (y ciertos primates superiores)². En España la shigellosis ha experimentado un marcado descenso, pasando de alcanzar cifras de aislamiento en la década de 1980 situadas en torno al 1 y el 5%^{3,4} a menos del 1% a finales de los noventa^{5,6}. Una proporción creciente de las cepas de *Shigella sp.* aisladas en nuestro país corresponde a viajeros que regresan de zonas poco desarrolladas⁷. Ocasionalmente se detectan brotes autóctonos de shigellosis de origen hídrico⁸⁻¹⁰ o alimentario¹¹. También es posible la aparición esporádica de brotes de transmisión persona a persona¹².

El objetivo de este estudio es describir un brote de shigellosis de transmisión persona a persona ocasionado por *Shigella sonnei* en un colegio de Madrid.

Metodos

Antecedentes y ámbito

El 31 de mayo de 2004 se notificó un caso de gastroenteritis aguda con aislamiento de *Shigella sonnei* en una alumna de tres años de un colegio de Madrid. Tras contactar con la dirección del centro se comprobó que en ese mismo mes se habían producido entre los alumnos de enseñanza infantil (3-5 años), al menos, una veintena de casos de características similares. Con el fin de confirmar la existencia de un brote, identificar la fuente de infección, la forma de transmisión y prevenir la ocurrencia de más casos se llevó a cabo una investigación epidemiológica. El colegio comprendía todos los niveles educativos desde educación infantil hasta secundaria y además incluía una guardería con niños desde un año. Existían dos clases de cada curso con aproximadamente 25-30 alumnos por clase con la siguiente distribución por nivel educativo: 148 alumnos de infantil, 312 de primaria y 60 de primer curso de secundaria.

Identificación de casos

Con objeto de identificar otros casos, se distribuyó una encuesta epidemiológica a los padres de los alum-

* Este trabajo ha sido publicado en la revista *Eurosurveillance* con la referencia: J Jonsson, M del Carmen Álvarez-Castillo, JC Sanz, R Ramiro, E Ballester, M Fernández, MA Echeita, F Martínez Navarro. Late detection of a Shigellosis outbreak in a school in Madrid. *Euro Surveill* 2005; 10 (10): 268-270.

Tabla 1

Distribución de casos escolares y casos familiares entre alumnos y sus contactos familiares. Brote de *shigellosis* en un colegio de Madrid, Abril-Junio, 2004

	Casos Escolares	Casos Familiares	Total
Alumnos	47	13	60
Contactos Familiares	0	28	28
Total	47	41	88

nos/as de educación infantil (3-5 años), educación primaria (6-11 años) y primer curso de educación secundaria (12 años). El cuestionario recogía información referente a la presencia de síntomas gastrointestinales desde el 15 de Abril. Se entrevistó telefónicamente a los padres de los alumnos considerados como posibles casos a través de la encuesta, con el objeto de identificar posibles casos entre los miembros del entorno familiar y recoger las fechas de inicio de los síntomas. Así mismo se contactó con los padres y médicos de familia de los alumnos que no acudían al colegio por padecer gastroenteritis, para asegurar la recogida de muestras de heces para cultivo y recomendar medidas higiénicas en el hogar, con el fin de evitar la transmisión entre los miembros de la familia.

Definición de caso

Se definió como caso probable a todo alumno/a del colegio, o cualquiera de sus convivientes, que desde el día 15 de Abril de 2004 presentará diarrea de comienzo brusco y duración igual o superior a tres días, acompañada, al menos, de dos de los siguientes síntomas: emisión de sangre y/o moco en heces, fiebre (>38° C) o dolor abdominal. El criterio de confirmación de caso incluyó a todos los casos probables con aislamiento de *Shigella sonnei* en coprocultivo. Se definió como caso escolar a todo caso (confirmado o probable) registrado en un alumno y que fuera el primero ocurrido dentro de su núcleo familiar y como caso familiar aquel con fecha de inicio de los síntomas en la semana posterior a un caso escolar ocurrido en su familia.

Investigación de Laboratorio

Se realizaron coprocultivos en ocho muestras de ocho casos probables siguiendo la metodología estándar¹³. La resistencia a antibióticos se estudió mediante la determinación de la concentración mínima inhibitoria (MIC) frente a ampicilina, amoxicilina/ácido clavulánico, cefotaxima, ceftazidima, ácido nalidíxico, ciprofloxacino, cloranfenicol, trimethoprim-sulfamethoxazol y tetraciclina empleando el método de E-test (AB Biodisk, Izasa. España). El tipado de los aislamientos se llevó a cabo por electroforesis en campo pulsado (PFGE) utilizando el enzima de restricción XbaI (Roche, Espa-

Tabla 2

Incidencia y Riesgo Relativo (RR) de shigellosis según el nivel educacional. Brote en un colegio de Madrid, Abril-Junio, 2004

Nivel Educacional	Nº Alumnos	Nº Casos	Incidencia (%)	RR	95% IC
Secundaria	60	1	1,7	Ref.	
Primaria	312	15	4,8	2,8	0,4-21,4
Preescolar	148	44	29,7	17,5	2,5-126,6
Total	520	60	11,5		

ña) y siguiendo el protocolo de Salm-gene¹⁴. El patrón de bandas de cada aislamiento (pulsotipo) se comparó con los obtenidos en una colección de cepas no relacionadas del Laboratorio Nacional de Referencia para *Salmonella* y *Shigella* del Instituto de Salud Carlos III.

Investigación medioambiental

Se efectuaron visitas al centro escolar para conocer la distribución de las aulas y los aseos correspondientes a cada nivel educativo. Se valoró la supervisión por un adulto del uso de los cuartos de baño entre los alumnos de educación infantil y la disponibilidad de jabón, toallas y papel higiénico. En estas visitas se informó de las medidas higiénicas para el control de la enfermedad (sustitución de las toallas de los servicios, potenciando el lavado de manos en los niños y recomendando la exclusión del centro a los alumnos sintomáticos hasta la resolución de la diarrea).

Estudio Epidemiológico

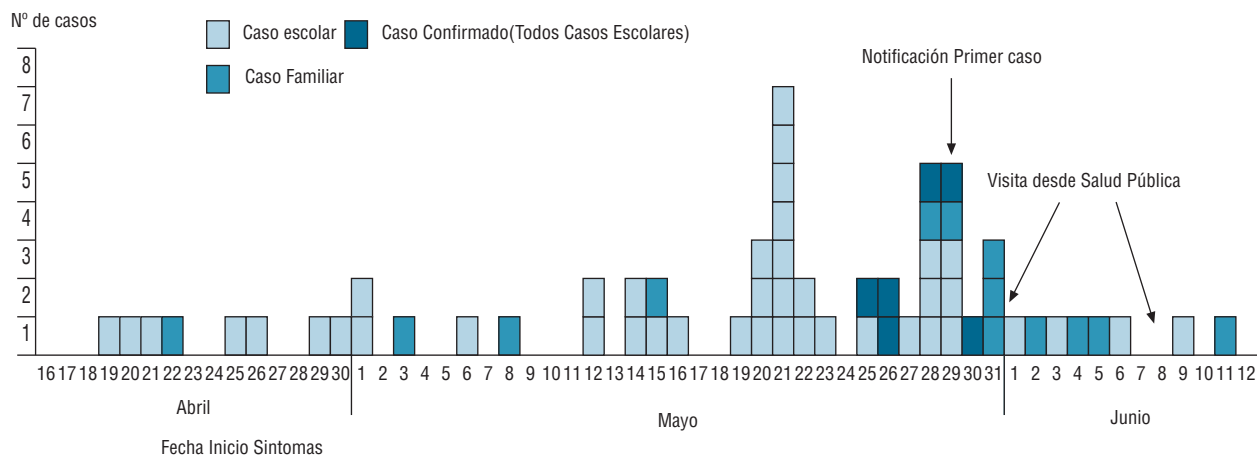
Se ha realizado un estudio descriptivo y se han calculado las tasas de ataque por nivel educativo y en las familias.

Resultados

Se distribuyeron 520 encuestas individuales a los padres de los alumnos del colegio. Entre los alumnos se identificaron 60 casos (54 probables y 6 confirmados), siendo 34 de ellos varones y con una tasa de ataque del 12 %. Cuarenta y siete de los 60 casos se definieron como casos escolares y 13 como casos familiares (Tabla 1). De los casos escolares, 25 causaron entre uno y tres casos más en el total de 130 convivientes familiares. Cuarenta y uno de los 130 convivientes expuestos cumplieron la definición de caso familiar (incluidos los 13 casos familiares entre alumnos), con una tasa de ataque en familiares de 32%. El periodo de incubación medio fue de 2,5 días y la mediana de tres días (rango= 0-7). Veinticuatro de los 25 casos que causaron casos secundarios en sus familias eran alumnos de preescolar. No se identificaron casos entre los profesores y no hubo evidencia de transmisión a la comunidad cercana

Figura 1

Distribución de los casos de shigelosis según el día de inicio de los síntomas. Brote de Shigelosis en un colegio de Madrid, Abril-Junio, 2004



a las viviendas de los alumnos. La tasa de ataque fue más alta en el nivel educativo más bajo (Tabla 2). Solo ocurrió un caso en un alumno de secundaria. Valorando este nivel como referencia, el riesgo relativo (RR) en el nivel escolar primario fue de 2,8 (95% IC: 0,4-21,4) y en preescolar de 17,5 (IC del 95%: 2,5-126,6).

Los síntomas más frecuentes fueron diarrea (100%), fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ (98%), dolor abdominal (92%), náuseas/vómitos (62%) y presencia de sangre/moco en heces (51%). La duración de la clínica fue de tres a 14 días con un periodo medio de siete días. Un caso fue ingresado en el hospital.

En seis muestras de heces correspondientes a seis alumnos distintos se aisló *Shigella sonnei*.

Cinco de estas cepas fueron caracterizadas fenotípica y genotípicamente. Los cinco aislamientos correspondieron al serotipo 1 de *Shigella sonnei* y mostraron un perfil antibiótico similar (sensibilidad a amoxicilina/ácido clavulánico, cefotaxima, ceftazidima, ácido nalidixico y ciprofloxacino y resistencia a ampicilina, cloranfenicol, trimetoprim-sulfametoxazol y tetraciclina). El tipado molecular de estas cinco cepas mediante electroforesis en campo pulsado reveló un patrón común y diferente a los observados en la colección de cepas no relacionadas con el brote.

El brote duró alrededor de dos meses (Figura 1). En el momento de la primera notificación ya habían ocurrido 40 casos en el colegio. Las múltiples agrupaciones de casos en el tiempo sugieren la aparición de varias ondas compatibles con una transmisión persona a persona. En la primera visita al colegio se pudo comprobar que los alumnos de preescolar (3-5 años) no siempre iban acompañados al baño por profesorado del colegio. Además sus aseos eran diferentes de los alumnos más mayores. Estos aseos disponían de una sola toalla de paño para el secado de manos. Tras esta

visita se recomendó que se asegurase que los alumnos más pequeños acudieran a los aseos acompañados siempre por algún adulto, que se sustituyera la toalla de paño por un dispensador de toallas de papel y se insistió en la importancia del lavado de manos después de usar el baño. También se recomendó que los alumnos con diarrea permanecieran en casa hasta la resolución completa de los síntomas. Se realizó una visita de seguimiento una semana después para asegurar que las medidas de control propuestas habían sido implementadas. Después de esta segunda visita al colegio sólo aparecieron dos nuevos casos entre los alumnos. El último caso del brote fue un caso familiar. El colegio cerró el día 22 de Junio para las vacaciones estivales y no se detectaron casos durante los últimos 11 días lectivos.

Discusion

La shigelosis cuando afecta a grupos de población general presenta tasas de ataque más altas en niños que en adultos¹⁰ y los niños menores de cuatro años de edad son los más susceptibles en estas situaciones¹². Los brotes en colegios, principalmente en grupos de edad preescolar, son relativamente frecuentes^{12,15} con una tasa de ataque de casos secundarios en sus familias que puede llegar a ser del 40%^{16,17}. En el brote aquí descrito, la desviación hacia la derecha de la curva epidémica indica que la transmisión de la enfermedad se produjo de persona a persona. La tasa de ataque familiar está en concordancia con otros estudios^{15,17} y confirma la transmisión interpersonal aún fuera de la escuela. Es posible que la existencia de casos con síntomas leves, excluidos en el estudio por la definición adoptada de caso, contribuyera a la transmisión de la infección. La diferente distribución de los casos escolares en función del nivel educacional y los aseos utilizados sugiere un mayor grado de exposición en los niños

más pequeños, posiblemente relacionado con sus peores hábitos higiénicos. Todos salvo uno de los 25 casos que causaron casos secundarios en sus familias se trataban de alumnos de preescolar, lo que apoya la hipótesis sobre la relación entre menor edad y peor higiene.

Los aislamientos de *Shigella sonnei* obtenidos a partir de cinco pacientes diferentes exhibieron un patrón similar de susceptibilidad antibiótica. El tipado molecular confirmó que eran idénticos. La sintomatología fue relativamente grave comparada con otros brotes de shigellosis ocurridos en España⁸, con un 50% de los casos con disentería y un alto porcentaje con fiebre, dolor abdominal y vómitos.

Un hecho muy relevante en este brote es la demora en su detección. El primer caso del que se tuvo constancia fue notificado cuando ya se habían producido al menos 40 casos en el colegio. La falta de una sospecha temprana sobre la existencia del brote se debió, probablemente, a que la transmisión interpersonal supuso un goteo de casos sin una acumulación inicial evidente. Muchos de estos casos, que fueron atendidos de forma individual en los servicios sanitarios asistenciales, se diagnosticaron clínicamente como gastroenteritis aguda sin otro tipo de estudios de laboratorio y sin sospechar una conexión entre ellos. La ausencia de un tratamiento antibiótico específico y el retraso en la adopción de medidas de control pudieron contribuir a la diseminación de la infección¹⁸.

El control de brotes de shigellosis requiere la notificación en tiempo oportuno a Salud Pública para informar a los contactos (familiares y del entorno escolar o laboral) de la necesidad de extremar las medidas de higiene con el fin de evitar la diseminación de la enfermedad¹⁵. Así mismo es preciso advertir a los médicos asistenciales de la zona sobre la necesidad de realizar un diagnóstico de confirmación que permita instaurar un tratamiento adecuado de los casos¹⁵. En contraste con otros cuadros de gastroenteritis bacteriana, en la shigellosis sí está indicada la administración de antibióticos. Cuando estos brotes se producen en centros escolares se recomienda excluir a los casos sintomáticos hasta que la diarrea haya cesado por completo¹⁵.

Bibliografía

1. Sansonetti PJ. Microbes and microbial toxins: paradigms for microbial-mucosal interactions III. Shigellosis: from symptoms to molecular pathogenesis. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2001 Mar;280(3):G319-23
2. Wachsmuth K, Morris GK1989. *Shigella*. In: Doyle, M.P. (ed) *Foodborne Bacterial Pathogens*. Marcel Dekker Inc. pp. 447-462.
3. Velasco AC, Mateos ML, Mas G, Pedraza A, Diez M, Gutiérrez

- A. Three-year prospective study of intestinal pathogens in Madrid, Spain. *J Clin Microbiol*. 1984; 20 (2): 290-292.
4. Castillo FJ, Carranza E, Clavel A, Rubio MC, Gómez-Lus R. Epidemiología de la shigellosis y colicinetipia de *Shigella sonnei*. Un estudio de 14 años. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1991;9(9): 530-536.
5. Prats G, Llovet T, Muñoz C, Sole R, Mirelis B, Izquierdo C, et al. Etiología de las enteritis en un hospital general universitario en Barcelona (1992-1995). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1997;15 (7): 349-356.
6. Prats G, Mirelis B, Llovet T, Muñoz C, Miro E, Navarro F. Antibiotic resistance trends in enteropathogenic bacteria isolated in 1985-1987 and 1995-1998 in Barcelona. *Antimicrob Agents Chemother*. 2000 May;44(5):1140-5.
7. Navia MM, Ruiz J, Vila J. Molecular characterization of the integrons in *Shigella* strains isolated from patients with traveler's diarrhoea. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2004 Mar;48(3):175-9.
8. López-Hernández B, Jiménez de la Higuera A, Maeso-Villafana J. Estudio de un brote de gastroenteritis de transmisión hídrica. *Aten Primaria*. 1996;17(3):234-235.
9. Jiménez M, Fuster C, Raya C, Díaz A, Carbajal J. Brote de disentería por *Shigella boydii* en la comarca de El Bierzo. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1996;14(3):155-159.
10. Morera MA, Espejo E, Coll P, Simo M, Uriz MS, Llovet T, et al. Brote epidémico de shigellosis por ingesta de agua. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1995;13(3): 160-165.
11. García-Fulgueiras A, Sánchez S, Guillén JJ, Marsilla B, Aladueña A, Navarro C. A large outbreak of *Shigella sonnei* gastroenteritis associated with consumption of fresh pasteurised milk cheese. *Eur J Epidemiol*. 2001;17(6):533-8.
12. Chover-Lara JL, Salazar-Cifre A, Gallego-Cruz M, Camaró-Sala ML, Segarra-Martínez C, Peñalver-Blasco MC. Brote de shigellosis en un barrio de nivel social. *Rev Esp Salud Pública*. 1999; 73(3):393-401.
13. Bopp CA, Brenner FW, Fields PI, Wells JG, Strockbine NA. *Escherichia, Shigella and Salmonella*. In: Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH, Tenover FC, Tenover FC (ed.) 2003. *Manual of clinical microbiology*, 8th edition, Washington DC: ASM; 2003. 42: 654-671.
14. Peters TM, Maguire C, Threlfall EJ, Fisher IST, Gill N, Gatto AJ. The Salm-gene project – a European collaboration for DNA fingerprinting for food-related salmonellosis. *Euro Surveill*. 2003 Feb;8(2):46-50.
15. Suspiro A, Menezes L. An outbreak of shigellosis in a child care institution in Queluz, Portugal – 1995. *Euro Surveill*. 1996 Jan;1(1):4.
16. Chin J. Shigellosis. In: El control de las enfermedades transmisibles. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica nº 581, 17ª edición. Washington DC, 2001. pp. 566-571.
17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Day care-related outbreaks of rhamnose-negative *Shigella sonnei*-six states, June 2001-March 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2004 Jan 30;53(3):60-3.
18. Tauxe RV, Johnson KE, Boase JC, Helgeson SD, Blake PA. Control of day care shigellosis: a trial of convalescent day care in isolation. *Am J Public Health*. 1986 Jun;76(6):627-30.

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 7 DE ENERO DE 2006

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 01		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 2001-2005		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		2006	2005	2006	2005	Sem. 01	Acum. casos	Sem. 01	Acum. C.
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0	0	0	0				
Cólera	001	0	0	0	0				
Disentería	004	2	1	2	1	0	0		
F. tifoidea y paratifoidea	002	3	2	3	2	0	0		
Triquinosis	124	1	0	1	0				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	23	22	23	22	22	22	1,05	1,05
Gripe	487	11.133	136.833	11.133	136.833	33.963	33.963	0,33	0,33
Legionelosis	482.8	8	10	8	10				
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	0	1	0	1				
Tuberculosis respiratoria	011	60	48	60	48	72	72	0,83	0,83
Varicela	052	2.537	1.979	2.537	1.979	2.317	2.317	1,09	1,09
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0,098.1	22	15	22	15	12	12	1,83	1,83
Sífilis	091	16	9	16	9	9	9	1,78	1,78
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	81	66	81	66	24	24	3,38	3,38
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubeola	056	2	1	2	1	2	2	1,00	1,00
Sarampión	055	0	0	0	0	0	0		
Tétanos	037	0	0	0	0				
Tos Ferina	033	1	1	1	1	2	2	0,50	0,50
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0,070.1	23	7	23	7				
Hepatitis B	070.2,070.3	6	9	6	9				
Otras hepatitis víricas	070	10	9	10	9				
Zoonosis									
Brucelosis	023	5	4	5	4	7	7	0,71	0,71
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	4	5	4	5				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Lepra	030	0	0	0	0				
Rubéola congénita	771.0	0	0	0	0				
Sífilis congénita	090	1	0	1	0				
Tétanos neonatal	771.3	0	0	0	0				

COMENTARIO GENERAL

Durante la presente semana las siguientes rúbricas han presentado:

* Un I.E. superior o igual a 1,25:
Infección gonocócica (1,83). Sífilis (1,78). Parotiditis (3,38).

* Un I.E. inferior o igual a 0,75:
Gripe (0,33). Tos Ferina (0,50). Brucelosis (0,71).

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal
Hay que destacar 4 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 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.

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA SEMANA 01 DE 2006																			
ENFERMEDADES	ANDALUCÍA	ARAGÓN	ASTURIAS	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	C-MANCHA	C-LEÓN	CATALUÑA	C-VALENC.	EXTREMAD.	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	PAÍS VASCO	RIOJA	CEUTA	MELLILLA
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Enfer. Meningocócica	4	0	2	0	0	0	1	0	3	1	0	3	2	1	1	5	0	0	0
Gripe	1	577	384	68	1.549	71	547	720	933	2.327	222	1.274	1.384	541	117	268	48	50	52
Legionelosis	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0	2	0	0	0
Meningitis tuberculosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis respiratoria	5	4	3	0	5	3	0	7	12	5	3	2	0	1	2	7	0	1	0
Varicela	40	94	132	22	42	67	110	119	295	278	44	139	763	164	27	174	22	4	1
Infección gonocócica	3	0	0	0	4	0	1	1	4	5	0	1	2	1	0	0	0	0	0
Sífilis	3	0	0	2	3	0	0	0	1	4	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	0	5	1	1	1	0	1	2	1	1	2	49	4	0	0	0	13	0	0
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubeola	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos Ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	5	0	0	0	1	0	5	0	3	3	0	0	0	3	0	3	0	0	0
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0
Otras hepatitis víricas	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
Brucelosis	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tífus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 14 DE ENERO DE 2006

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 02		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 2001-2005		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		2006	2005	2006	2005	Sem. 02	Acum. casos	Sem. 02	Acum. C.
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0	0	0	0				
Cólera	001	0	0	0	0				
Disentería	004	0	0	2	1	1	1	0,00	2,00
F. tifoidea y paratifoidea	002	0	1	3	3	1	3	0,00	1,00
Triquinosis	124	0	2	1	2				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	19	39	42	61	39	61	0,49	0,69
Gripe	487	15.171	208.440	26.304	345.273	37.532	68.190	0,40	0,39
Legionelosis	482.8	15	9	23	19				
Meningitis tuberculosa	013.0,320.4	1	0	1	1				
Tuberculosis respiratoria	011	91	104	151	152	123	203	0,74	0,74
Varicela	052	3.127	1.938	5.664	3.917	2.781	5.159	1,12	1,10
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0,098.1	15	19	37	34	14	23	1,07	1,61
Sífilis	091	19	23	35	32	17	28	1,12	1,25
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	67	55	148	121	55	87	1,22	1,70
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubeola	056	0	1	2	2	1	4	0,00	0,50
Sarampión	055	6	0	6	0	1	1	6,00	6,00
Tétanos	037	1	0	1	0				
Tos Ferina	033	2	5	3	6	5	6	0,40	0,50
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0,070.1	15	21	38	28				
Hepatitis B	070.2,070.3	6	11	12	20				
Otras hepatitis víricas	070	8	13	18	22				
Zoonosis									
Brucelosis	023	5	2	10	6	12	19	0,42	0,53
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	5	8	9	13				
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	1	0	1	0				
Sífilis congénita	090	0	0	1	0				
Tétanos neonatal	771.3	0	0	0	0				

COMENTARIO GENERAL

Durante la presente semana las siguientes rúbricas han presentado:

* Un I.E. superior o igual a 1,25:
Sarampión (6,00).

* Un I.E. inferior o igual a 0,75:
Disentería (0,00). F. tifoidea y paratifoidea (0,00). Enfermedad Meningocócica (0,49). Gripe (0,40). Tuberculosis respiratoria (0,74). Rubéola (0,00). Tos Ferina (0,40). Brucelosis (0,42).

* 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 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.

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA SEMANA 02 DE 2006																				
ENFERMEDADES	ANDALUCÍA	ARAGÓN	ASTURIAS	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	C-MANCHA	C-LEÓN	CATALUÑA	C-VALENC.	EXTREMAD.	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	PAÍS VASCO	RIOJA	CEUTA	MELLILLA	
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tríquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfer. Meningocócica	1	1	1	0	0	0	1	1	1	3	0	1	4	2	0	2	0	1	0	
Gripe	4	762	526	141	3.001	109	666	1.159	835	2.834	602	1.442	1.565	771	135	427	66	66	60	
Legionelosis	3	0	0	0	0	0	1	0	4	3	0	1	0	0	1	2	0	0	0	
Meningitis tuberculosa	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tuberculosis respiratoria	21	4	5	0	2	0	1	6	21	6	1	6	0	3	1	13	1	0	0	
Varicela	45	81	153	73	68	110	201	198	338	343	98	247	739	167	40	201	22	3	0	
Infección gonocócica	2	0	0	0	1	1	1	0	3	1	0	2	3	0	0	1	0	0	0	
Sífilis	1	3	0	1	2	0	0	1	3	3	0	3	1	0	0	1	0	0	0	
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Parotiditis	0	4	1	2	0	0	0	6	2	1	1	38	8	1	2	1	0	0	0	
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rubeola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tos Ferina	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hepatitis A	3	0	0	0	0	0	5	0	2	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	
Hepatitis B	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	
Otras hepatitis víricas	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0	0	2	0	0	0	
Brucelosis	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paludismo	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tífus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES BACTERIANAS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 01 QUE TERMINÓ EL 7 DE ENERO DE 2006

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 01		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 01		ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 01		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 01	
	2006	2005	2006	2005		2006	2005	2006	2005
Bacteriemias	60	83	60	83	-C.coli	2	1	2	1
-A.baumannii	0	1	0	1	-C.difficile	1	0	1	0
-B.fragilis	0	1	0	1	-C.jejuni	62	58	62	58
-E.cloacae	2	1	2	1	-Campylobacter sp.	7	14	7	14
-E.coli	14	17	14	17	-Y.enterocolitica	5	5	5	5
-E.faecalis	2	2	2	2	-Y.enterocolitica ser.03	1	0	1	0
-E.faecium	1	1	1	1	.Múltiple	1	0	1	0
-H.influenzae	0	2	0	2	.Otras	1	0	1	0
-K.pneumoniae	3	0	3	0	I.T.S.: Gonococia	4	1	4	1
-P.aeruginosa	2	4	2	4	-N.gonorrhoeae	4	1	4	1
-P.mirabilis	0	1	0	1	I.T.S.: Sífilis	7	8	7	8
-S.agalactiae	2	1	2	1	-T.pallidum	7	8	7	8
-S.aureus	9	17	9	17	I.T.S.: otras	2	2	2	2
-S.epidermidis	6	7	6	7	-C.trachomatis	2	2	2	2
-S.hominis	2	2	2	2	Infecciones respiratorias	62	83	62	83
-S.marcescens	2	1	2	1	-C.pneumoniae	1	7	1	7
-S.pneumoniae	4	14	4	14	-H.influenzae	1	1	1	1
-Staphylococcus coag-	1	0	1	0	-M.pneumoniae	1	3	1	3
.Múltiple	2	2	2	2	-S.pneumoniae	59	72	59	72
.Otras	8	9	8	9	Infección meningocócica	2	1	2	1
F.tifoidea y paratifoidea	1	1	1	1	-N.meningitidis gr.B	2	0	2	0
-S.Paratyphi A	0	1	0	1	-N.meningitidis gr.C	0	1	0	1
-S.Typhi	1	0	1	0	Legionelosis	1	4	1	4
Fiebre Q	1	2	1	2	-L.pneumophila	1	4	1	4
-C.burnetii	1	2	1	2	Mening.no meningocócicas	1	3	1	3
G.E.A.: Salmonelosis	54	78	54	78	-H.influenzae	0	1	0	1
-S.enteritidis	23	37	23	37	-S.pneumoniae	1	2	1	2
-S.typhimurium	9	17	9	17	Micobacterias	39	32	39	32
-Salmonella gr.B	4	10	4	10	-M.tuberculosis	39	32	39	32
-Salmonella gr.C1	0	1	0	1	Micobacterias atípicas	3	3	3	3
-Salmonella gr.D	1	0	1	0	-M.avium/intracellulare	1	1	1	1
-Salmonella gr.D1	1	0	1	0	-M.fortuitum	1	0	1	0
-Salmonella sp.	11	12	11	12	-M.kansasii	1	2	1	2
.Múltiple	4	1	4	1	Tos ferina	0	1	0	1
.Otras	1	0	1	0	-B.pertussis	0	1	0	1
G.E.A.: Shigelosis	1	1	1	1	Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	30	36	30	36
-S.flexneri	0	1	0	1					
-Shigella sp.	1	0	1	0					
G.E.A.: otras bacterias	85	78	85	78					
-A.caviae	3	0	3	0					
-A.hydrophila	1	0	1	0					
-Aeromonas sp.	1	0	1	0					

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 01 QUE TERMINÓ EL 7 DE ENERO DE 2006

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 01		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 01	
	2006	2005	2006	2005
Adenovirus	12	10	12	10
Astrovirus	1	2	1	2
Enterovirus	1	2	1	2
Epstein-Barr	15	13	15	13
Gripe A	0	124	0	124
Gripe B	0	3	0	3
Hepatitis A	1	3	1	3
Hepatitis B	1	1	1	1
Hepatitis C	1	4	1	4
Herpes simple	3	0	3	0
Herpes simple tipo 1	2	1	2	1
Herpes simple tipo 2	1	0	1	0
Parainfluenza 3	0	2	0	2
Parvovirus B 19	1	0	1	0
Respiratorio Sincitial	166	133	166	133
Rotavirus	204	107	204	107
Varicela Zoster	1	0	1	0
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	23	33	23	33

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 01		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 01	
	2006	2005	2006	2005
Cutáneas y Subcutáneas	4	7	4	7
-Microsporium canis	0	1	0	1
-Trichophyt.mentagrophytes	1	3	1	3
-Trichophyton rubrum	0	2	0	2
.Múltiple	1	0	1	0
.Otras	2	1	2	1
Sistémicas	3	1	3	1
-Candida albicans	0	1	0	1
-Candida parapsilosis	2	0	2	0
-Cryptococcus neoformans	1	0	1	0
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	4	3	4	3

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 01		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 01	
	2006	2005	2006	2005
Blastocystis hominis	10	10	10	10
Cryptosporidium sp	1	0	1	0
Entamoeba coli	0	1	0	1
Entamoeba histolytica	0	1	0	1
Enterobius vermicularis	3	4	3	4
Giardia lamblia	7	2	7	2
Plasmodium falciparum	2	2	2	2
Taenia saginata	0	2	0	2
Toxoplasma gondii	2	0	2	0
Trichomonas vaginalis	1	1	1	1
Trichuris trichiura	1	1	1	1
.Otros	3	0	3	0
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	8	11	8	11

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES BACTERIANAS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 02 QUE TERMINÓ EL 14 DE ENERO DE 2006

ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 02		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 02		ENFERMEDAD/AGENTE	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 02		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 02	
	2006	2005	2006	2005		2006	2005	2006	2005
Bacteriemias	68	85	128	168	-Aeromonas sp.	1	0	2	0
-A.baumannii	0	0	0	1	-C.coli	0	2	2	3
-B.fragilis	1	0	1	1	-C.difficile	5	1	6	1
-E.cloacae	1	0	3	1	-C.jejuni	79	86	141	144
-E.coli	21	21	35	38	-Campylobacter sp.	21	20	28	34
-E.faecalis	3	6	5	8	-Y.enterocolitica	3	6	8	11
-E.faecium	1	0	2	1	-Y.enterocolitica ser.03	0	2	1	2
-H.influenzae	0	0	0	2	.Múltiple	1	0	2	0
-K.pneumoniae	2	3	5	3	.Otras	0	1	1	1
-P.aeruginosa	3	0	5	4	I.T.S.: Gonococia	4	3	8	4
-P.mirabilis	2	2	2	3	-N.gonorrhoeae	4	3	8	4
-S.agalactiae	0	4	2	5	I.T.S.: Sifilis	6	8	13	16
-S.aureus	8	10	17	27	-T.pallidum	6	8	13	16
-S.epidermidis	4	12	10	19	I.T.S.: otras	1	5	3	7
-S.hominis	3	2	5	4	-C.trachomatis	1	5	3	7
-S.marcescens	1	1	3	2	Infecciones respiratorias	55	66	117	149
-S.pneumoniae	4	10	8	24	-C.pneumoniae	0	4	1	11
-S.pyogenes	0	3	0	3	-H.influenzae	0	3	1	4
-Staphylococcus coag-	1	1	2	1	-M.pneumoniae	1	9	2	12
.Múltiple	2	0	4	2	-S.pneumoniae	54	50	113	122
.Otras	11	10	19	19	Infección meningocócica	5	5	7	6
Ftifoidea y paratifoidea	1	1	2	2	-N.meningitidis	1	0	1	0
-S.Paratyphi A	0	0	0	1	-N.meningitidis gr.B	4	4	6	4
-S.Paratyphi B	1	0	1	0	-N.meningitidis gr.C	0	0	0	1
-S.Typhi	0	1	1	1	.Otras	0	1	0	1
Fiebre Q	1	2	2	4	Legionelosis	0	11	1	15
-C.burnetii	1	2	2	4	-L.pneumophila	0	11	1	15
Fiebre botonosa	0	1	0	1	Listeriosis	2	0	2	0
-R.conorii	0	1	0	1	-L.monocytogenes	2	0	2	0
G.E.A.: Salmonelosis	55	82	109	160	Mening.no meningocócicas	3	3	4	6
-S.enteritidis	20	46	43	83	-H.influenzae	0	0	0	1
-S.hadar	1	0	1	0	-S.pneumoniae	3	3	4	5
-S.typhimurium	14	13	23	30	Micobacterias	12	34	51	66
-Salmonella gr.B	2	5	6	15	-M.tuberculosis	12	34	51	66
-Salmonella gr.C1	1	0	1	1	Micobacterias atípicas	1	3	4	6
-Salmonella gr.C2	2	0	2	0	-M.avium/intracellulare	0	2	1	3
-Salmonella gr.D	3	0	4	0	-M.fortuitum	1	0	2	0
-Salmonella gr.D1	0	0	1	0	-M.kansasii	0	1	1	3
-Salmonella sp.	9	16	20	28	Tos ferina	0	0	0	1
.Múltiple	1	1	5	2	-B.pertussis	0	0	0	1
.Otras	2	1	3	1	Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	30	35	33	38
G.E.A.: Shigelosis	1	2	2	3					
-S.flexneri	1	2	1	3					
-Shigella sp.	0	0	1	0					
G.E.A.: otras bacterias	115	123	200	201					
-A.caviae	2	3	5	3					
-A.hydrophila	3	2	4	2					

RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES IDENTIFICACIONES DE VIRUS, PARÁSITOS Y HONGOS DECLARADAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LA SEMANA 02 QUE TERMINÓ EL 14 DE ENERO DE 2006

VIRUS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 02		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 02	
	2006	2005	2006	2005
Adenovirus	12	7	24	17
Adenovirus 40/41	1	1	1	1
Astrovirus	7	0	8	2
Enterovirus	1	0	2	2
Epstein-Barr	11	8	26	21
Gripe A	0	232	0	356
Gripe B	0	7	0	10
Hepatitis A	3	3	4	6
Hepatitis B	2	0	3	1
Hepatitis C	3	10	4	14
Herpes simple	5	3	8	3
Herpes simple tipo 1	3	5	5	6
Herpes simple tipo 2	0	0	1	0
Parainfluenza	0	3	0	3
Parainfluenza 3	1	0	1	2
Parotiditis	0	2	0	2
Parvovirus B 19	0	0	1	0
Respiratorio Sincitial	135	84	301	217
Rotavirus	207	142	411	249
Rubéola	1	0	1	0
Varicela Zoster	2	1	3	1
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	23	30	26	35

MICOSIS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 02		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 02	
	2006	2005	2006	2005
Cutáneas y Subcutáneas	19	10	23	17
-Candida albicans	7	3	7	3
-Candida glabrata	0	2	0	2
-Candida parapsilosis	4	2	4	2
-Microsporium canis	0	0	0	1
-Trichophyt. mentagrophytes	2	0	3	3
-Trichophyton rubrum	4	0	4	2
.Múltiple	0	0	1	0
.Otras	2	3	4	4
Mucosas	1	2	1	2
-Aspergillus niger	0	1	0	1
-Candida albicans	1	0	1	0
.Múltiple	0	1	0	1
Sistémicas	4	2	7	3
-Candida albicans	0	2	0	3
-Candida parapsilosis	3	0	5	0
-Cryptococcus neoformans	0	0	1	0
-Pneumocystis jirovecii	1	0	1	0
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	6	6	7	7

PARÁSITOS	IDENTIFICACIONES DECLARADAS EN LA SEMANA 02		ACUMULACIONES HASTA LA SEMANA 02	
	2006	2005	2006	2005
Blastocystis hominis	14	6	24	16
Cryptosporidium sp	3	0	4	0
Echinococcus sp.	0	1	0	1
Entamoeba coli	2	0	2	1
Entamoeba histolytica	0	0	0	1
Enterobius vermicularis	1	6	4	10
Giardia lamblia	10	9	17	11
Plasmodium falciparum	4	1	6	3
Plasmodium ovale	0	2	0	2
Plasmodium vivax	0	1	0	1
Taenia saginata	2	0	2	2
Toxoplasma gondii	1	1	3	1
Trichomonas vaginalis	4	2	5	3
Trichuris trichiura	0	1	1	2
.Otros	0	4	3	4
Nº DE LABORATORIOS DECLARANTES	12	12	14	15

Dirección del BES: Odorina Tello Anchuela
Redacción: M.ª Elena Rodríguez Valín

Una copia del Boletín Epidemiológico Semanal está disponible en formato electrónico en la dirección <http://cne.isciii.es>

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: 354-02-003-3
Depósito Legal: M-41502-1978
Imprime: Grafoffset, S.L.