

BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

Semanas 31-39

Del 29/07 al 29/09 de 2019

2019 Vol. 27 n.º 4 / 43-53

ISSN: 2173-9277

ESPAÑA



SUMARIO

Análisis de la evolución de la hepatitis B aguda en España, 2008-2018	43
Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.....	50

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA HEPATITIS B AGUDA EN ESPAÑA, 2008-2018

Victoria Hernando (1), Marta Ruiz-Algueró (1), Asunción Díaz (1)

(1) *Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III*

Resumen

La hepatitis B es una enfermedad vírica de distribución mundial. En 2016 la Organización Mundial de la Salud publicó su estrategia con el objetivo eliminar las hepatitis víricas como una amenaza para la salud pública en 2030. El objetivo de este estudio fue analizar la evolución de la hepatitis B aguda en España entre 2008-2018. Para ello se realizó un análisis descriptivo a partir de los casos de hepatitis B aguda notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Para valorar la tendencia de las tasas en el periodo se utilizó el programa Jointpoint Regression Program.

Se incluyeron 7.278 casos de los que 6.657 (91,5%) eran confirmados. Las tasas descendieron de forma significativa desde 2,12 a 0,92 casos por 100.000 entre 2008 y 2018. La tasa en hombres fue más elevada que en mujeres en todo el periodo y en ambos sexos se observa una tendencia decreciente. La edad media al diagnóstico aumentó desde 39,4 a 47,4 años. Se observa un desplazamiento de las tasas hacia grupos de edad superiores en los últimos años analizados, tanto de forma global como por sexo. Por Comunidad Autónoma se observa una tendencia descendente significativa en las tasas en ocho de ellas.

La tendencia descendente observada en el periodo es similar a la situación en la Unión Europea, así como la distribución y evolución por edad y sexo. La vigilancia de esta enfermedad es esencial para monitorizar los progresos hacia su eliminación.

Abstract

Hepatitis B infection is a worldwide viral disease. In 2016, the World Health Organization published a strategy towards its elimination as a public health threat in 2030. The objective of this study was to analyze the evolution of acute hepatitis B infection, in Spain between 2008 and 2018. A descriptive analysis was performed based on the cases of acute hepatitis B notified to the National Epidemiological Surveillance Network. Jointpoint Regression Program was used to evaluate trends in rates.

Overall, 7,278 cases were included, 6,657 (91.5%) of those were confirmed. Rates dropped significantly from 2.12 to 0.92 cases per 100,000 between 2008 and 2018. The sex pattern shows a greater involvement of men, but a decreasing trend is observed for both sexes. Mean age at diagnosis increased from 39.4 to 47.4. There is a shift in rates towards higher age groups in recent years, globally and by sex. By autonomous regions, there is a significant downward trend in rates being statistically significant in eight of them. Downward trend observed in the period is similar to that described in other European countries, as well as the distribution by age and sex. Surveillance of this disease is essential in order to monitor progress towards its elimination.

INTRODUCCIÓN

La hepatitis B es una infección vírica de distribución mundial. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2015, un total de 257 millones de personas tenían infección crónica por hepatitis B y se produjeron más de 850.000 defunciones asociadas a la hepatitis B, principalmente por cirrosis o carcinoma hepatocelular. La distribución geográfica es heterogénea, siendo las regiones del Pacífico Occidental y de África las que presentan las tasas más elevadas (tasa de infección en los adultos del 6,2% y del 6,1%, respectivamente), mientras que en el Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y Europa, la tasa en la población general es intermedia (3,3%, el 2,0% y el 1,6%, respectivamente). En la Región de las Américas, se estima una prevalencia total del 0,7%⁽¹⁾.

La situación en la Unión Europea y en el Área Económica Europea (UE/AEE) muestra también una importante variabilidad entre países. A nivel global en la UE/AEE, la carga de enfermedad de hepatitis crónica por el virus de la hepatitis B (VHB) se estimó en 4,7 millones y la prevalencia de HBsAg en población general en el 0,9% (0.7-1.2) en 2015. La prevalencia es más elevada en países del Este y Sur de la UE/AEE⁽²⁾.

Aunque la infección por el virus de la hepatitis B puede afectar a toda la población, existen grupos especialmente vulnerables relacionados con el mecanismo de transmisión. Así, la transmisión a través de la sangre puede afectar a aquellos que comparten material contaminado al consumir drogas inyectadas o en el caso del uso de inyecciones terapéuticas u otros procedimientos incorrectamente realizados en el ámbito sociosanitario; la transmisión sexual es especialmente relevante en hombres que tienen sexo con hombres y la confluencia de múltiples factores afecta tanto a personas privadas de libertad como a inmigrantes de países endémicos⁽³⁾.

A diferencia de la hepatitis por el virus C, el tratamiento de la hepatitis B no es curativo. No obstante, el control de las transfusiones de sangre y de la donación de órganos, la mejora de los procedimientos en el ámbito sanitario, los programas de reducción de daños en usuarios de drogas, las acciones preventivas realizadas en prisiones, el control de la transmisión vertical y la existencia de una vacuna efectiva han motivado que el objetivo de la eliminación de la hepatitis B se plantee como algo factible. En 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó su estrategia mundial con el objetivo eliminar las hepatitis víricas como una amenaza para la salud pública en 2030. El concepto de eliminación para la hepatitis B se basa en reducir la incidencia de hepatitis crónicas en un 90% y la mortalidad atribuible en un 65%. Según esta estrategia, y su adaptación en el primer plan de acción para la hepatitis viral en la Región Europea de la OMS, cada estado miembro debe definir sus objetivos nacionales específicos basados en el contexto epidemiológico local que se ha de sustentar en los mejores datos disponibles. Puesto que la distribución de la hepatitis B en la población no es aleatoria, es importante identificar los grupos de población más afectados^(4,5).

Uno de los principales indicadores para evaluar la situación de la hepatitis B es la incidencia de casos agudos, que informa sobre la transmisión reciente de la infección. En España la hepatitis B se incluyó como una Enfermedad de Declaración Obligatoria en 1995. La notificación se inició en 1997 con la declaración agregada semanal de casos. En 2005 se inició la recogida de información individualizada de variables demográficas, clínicas y sobre el estado de vacunación junto con la declaración agregada. A partir de los protocolos aprobados en 2013 solo se notifican al Centro Nacional de Epidemiología los casos probables y confirmados ampliándose el listado de variables a recoger en cada caso.

El objetivo de este trabajo es analizar la situación epidemiológica de la Hepatitis B aguda en España durante el período 2008-2018.

MÉTODOS

La información sobre Hepatitis B en España se recoge a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)⁽⁶⁾. La notificación de la hepatitis B sólo incluye los casos agudos, pudiendo ser clasificados como casos probables, en aquellos que tienen criterios clínicos y una relación epidemiológica y como casos confirmados, aquellos que tienen criterios clínicos y de laboratorio o con criterios de laboratorio si no hay constancia de antecedentes de enfermedad.

Se han analizado los casos de Hepatitis B declarados a RENAVE entre 2008-2018, describiendo su evolución según variables epidemiológicas de persona, lugar y tiempo. Para el análisis de tendencias de las tasas en el periodo de estudio se ha utilizado el programa *Jointpoint Regression Program* versión 4.5.01, calculándose el porcentaje anual de cambio y su intervalo de confianza.

RESULTADOS

En el periodo se notificaron 7.278 casos (rango: 430-968), 6.657 (91,5%) casos confirmados y 621 (8,5%) probables. Desde el año 2008 se ha producido un descenso significativo en las tasas de incidencia (Tabla 1).

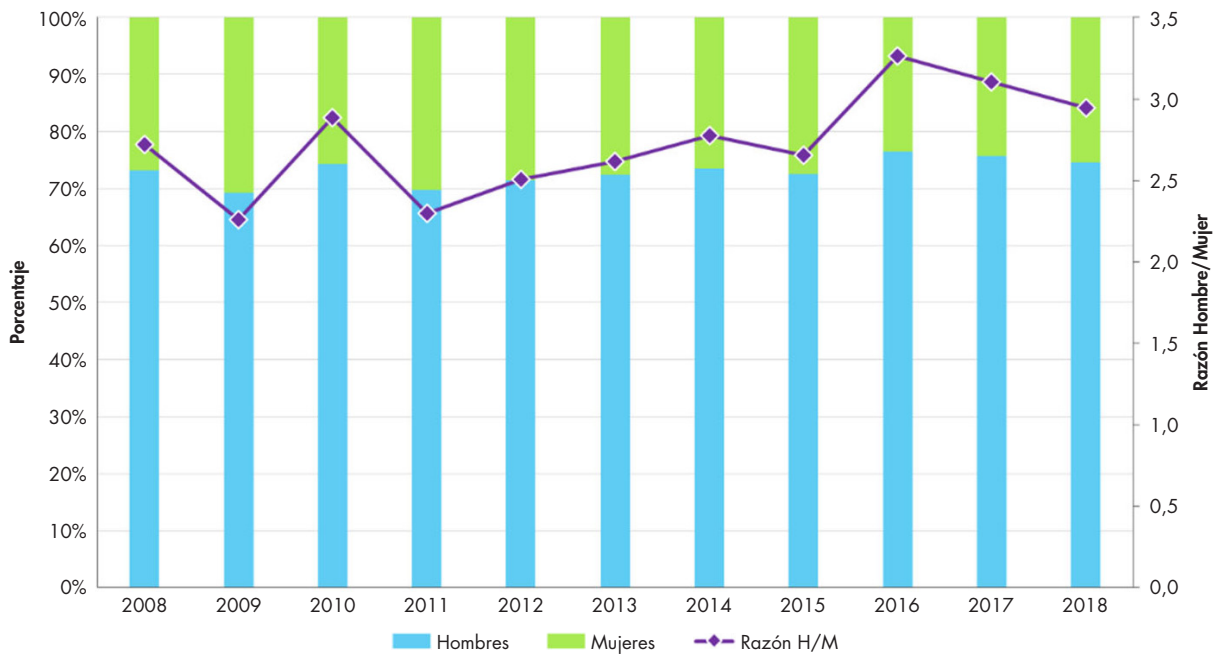
Tabla 1. Incidencia de hepatitis B. Número de casos y tasas por 100.000 habitantes. España, 2008-2018.

Año	Casos	Tasa por 100.000
2008	968	2,12
2009	848	1,85
2010	793	1,72
2011	719	1,56
2012	540	1,17
2013	658	1,41
2014	702	1,51
2015	570	1,23
2016	533	1,15
2017	517	1,11
2018	430	0,92

Fuente: Enfermedades de Declaración obligatoria (EDO).
Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Del total de casos, 5.155 (72,8%) fueron hombres y 1.923 (27,2%) mujeres. El porcentaje de hombres se situó por encima del 70% en todos los años analizados. La razón hombre/mujer osciló entre 2,7 en 2008 y 2,9 en 2013. La razón hombre/mujer más elevada se produjo en 2016 (3,3) (Figura 1).

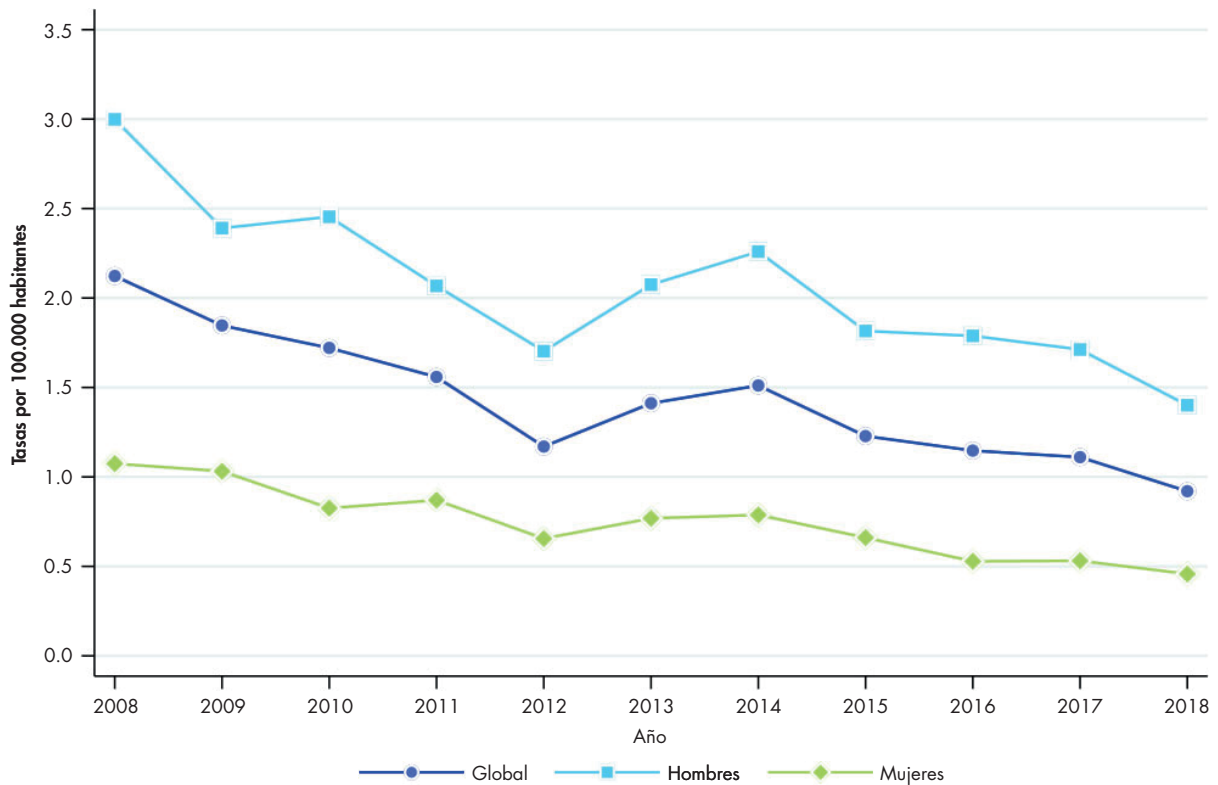
Figura 1. Porcentaje de casos según sexo y razón hombre/mujer, 2008-2018.



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Las tasas en hombres fueron superiores a las de mujeres en todo el periodo y en ambos sexos se observa un descenso significativo. En hombres, las tasas disminuyeron de 2,99 a 1,40 por 100.000 y en mujeres entre 1,07 y 0,46 por 100.000 entre 2008 y 2018 (Figura 2).

Figura 2. Tasas de incidencia de Hepatitis B global y por sexo, 2008-2018.

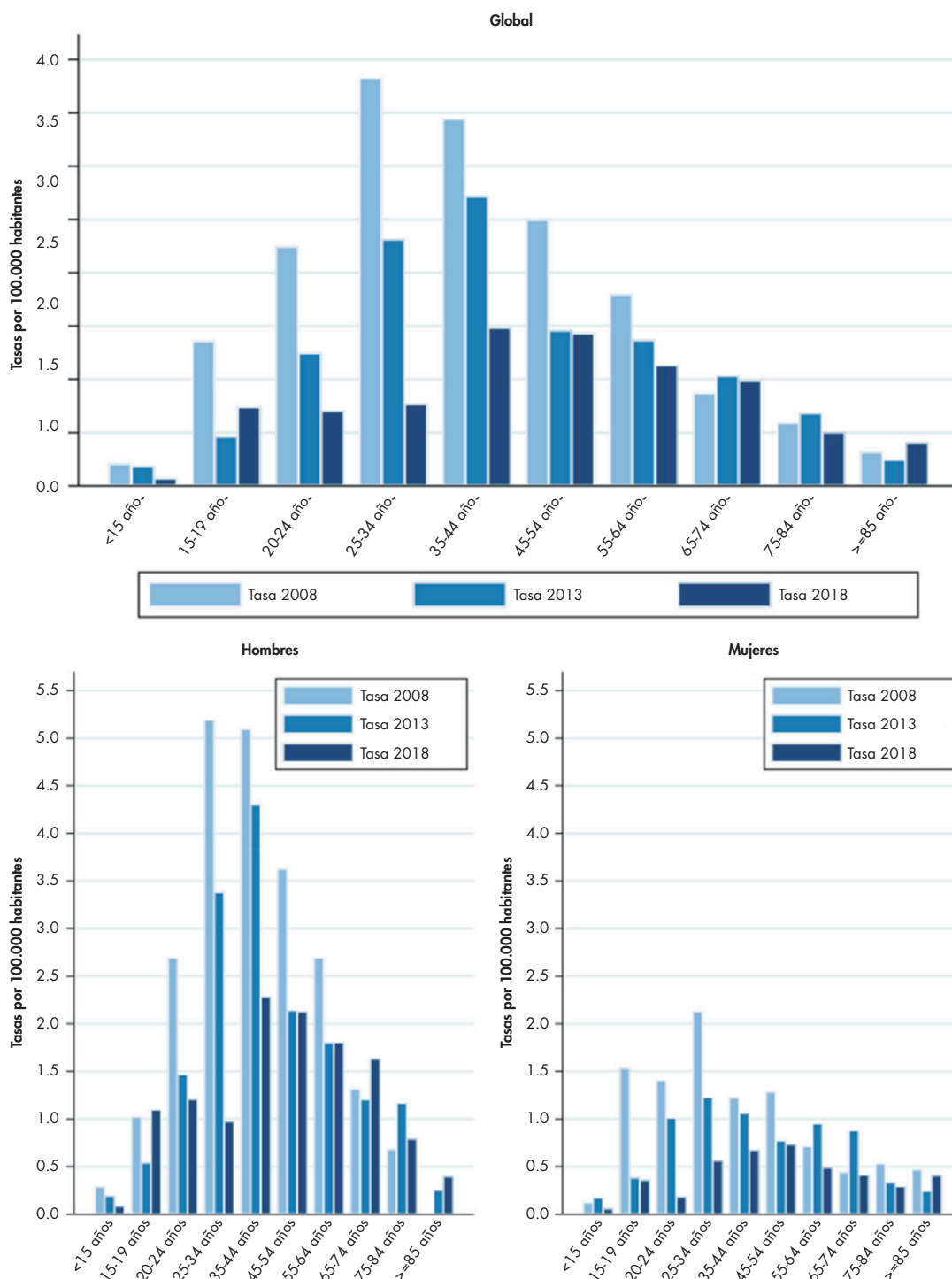


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

La edad media al diagnóstico aumentó desde 39,4 años (DE: 14,2) en 2008 a 47,4 años (DE: 16,0) en 2018, siendo muy similar este incremento al estratificar por hombres y mujeres (de 39,7 años (DE: 13,5) a 47,3 (DE: 15,3) y de 38,8 (DE: 16,5) a 47,6 (DE: 17,9), respectivamente).

En el año 2008, la mayor tasa se observó en el grupo de edad de 25-34 años (3,44 por 100.000 habitantes), desplazándose las tasas más elevadas hacia el grupo de edad de 35-44 años a partir de 2010 (2,75 por 100.000 habitantes). En el último año analizado, la tasa en el grupo de 45-54 años fue muy similar a la de aquellos entre 35-44 años (1,43 y 1,48 por 100.000 habitantes, respectivamente). En la **figura 3** se puede observar este desplazamiento de las tasas más elevadas hacia los grupos de mayor edad, tanto en el global de los casos como por hombres y mujeres.

Figura 3. Tasas de incidencia de Hepatitis B por grupos de edad, global y por sexo, en 2008, 2013 y 2018.



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

No se pudieron analizar los factores de riesgo ni el antecedente de vacunación debido a una elevada proporción de casos sin información.

Por comunidad autónoma se observa una tendencia descendente en las tasas en el periodo de análisis en la mayoría de ellas, aunque sólo en Aragón, Asturias, Castilla La Mancha, Castilla y León, Galicia, Madrid y País Vasco esta tendencia es significativa (Tabla 2).

Para las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla no se pudo calcular debido al bajo número de casos en cada año.

Tabla 2. Porcentaje anual de cambio en las tasas de notificación de Hepatitis B según comunidad autónoma, 2008-2018.

	Porcentaje Anual de Cambio	IC inferior	IC superior
Andalucía	2.2	-2.4	6.9
Aragón	-19.8	-27.5	-11.3
Asturias	-10.2	-18.2	-1.4
Baleares	-5.7	-12.1	1.2
Canarias	-6.0	-11.9	0.2
Cantabria	1.7	-20.2	29.7
Castilla La Mancha	-15.1	-23.2	-6.0
Castilla y León	-11.5	-15.2	-7.6
Cataluña	-6.9	-13.9	0.6
Com. Valenciana	-8.0	-10.9	-5.0
Extremadura	-3.8	-12.2	5.4
Galicia	-11.3	-16.2	-6.2
Madrid	-13.2	-19.6	-6.3
Murcia	1.8	-5.2	9.3
Navarra	-11.5	-23.2	1.9
País Vasco	-10.3	-14.4	-6.1
La Rioja	-2.0	-14.0	11.7
Global	-6.8	-8.8	-4.8

Fuente: Enfermedades de Declaración obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

En negrita se han marcado los cambios significativos.

IC: Intervalo de confianza del porcentaje anual de cambio.

DISCUSIÓN

Los datos analizados muestran un descenso progresivo de casos de hepatitis B aguda en España, en línea con la tendencia global observada en la UE/AEE donde las tasas de casos agudos disminuyeron desde 1,1 casos por 100.000 en 2008 hasta 0,6 casos en 2017, último año disponible. El patrón por sexo observado en España, con mayor afectación de los hombres, también es similar al descrito en los países de la UE aunque la razón hombre/mujer en 2017 es algo superior en nuestro país que en la UE/AEE (2,9 frente a 2,3). La distribución por edad es comparable con los datos europeos de 2017, con tasas más elevadas entre los 35 y 54 años⁽⁷⁾.

La vacunación de la hepatitis B en España se inició en los años 90 en adolescentes, grupos de riesgo y recién nacidos y se introdujo, de manera paulatina, en el calendario vacunal de cada comunidad autónoma, completándose el proceso en 2003⁽⁸⁾. El descenso en las tasas y el desplazamiento hacia grupos de edades superiores es compatible con la introducción y consolidación de la vacunación sistemática. Las coberturas de primovacunación de la hepatitis B entre 2008 y 2018 en España se han mantenido por encima del 95% alcanzado el 97,5% en 2018⁽⁹⁾.

Según el último informe del Centro Europeo de Control de Enfermedades el modo de transmisión más probable de los casos de hepatitis B aguda en 2017 fue la transmisión heterosexual (27%) seguida de la nosocomial (16%), transmisión homosexual entre hombres (13%), exposición no ocupacional (10%) y uso compartido de material de inyección de drogas (10%). No obstante, solo el 29% de los casos notificados disponían de datos acerca de la vía de la transmisión y no se pudo calcular tendencias por falta de información⁽⁷⁾. Otro aspecto importante es recoger información sobre el país del nacimiento del caso y si es importado o no. Los casos importados en la UE en 2017 representaron el 15% del total de casos agudos, siendo esta proporción de hasta el 90% en países del norte de Europa⁽⁷⁾. La información sobre exposición, antecedentes de riesgo y país de nacimiento se incorporó en los protocolos de vigilancia de 2013⁽⁶⁾ y su grado de cumplimentación va poco a poco en aumento aunque por el momento queda mucho margen de mejora. Los datos procedentes de la vigilancia epidemiológica de la hepatitis B en España son esenciales para el control de la enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales que trabajan en los distintos niveles de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Hepatitis B. Geneva: WHO; 2018. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
2. Hofstraat SHI, Falla AM, Duffell EF, Hahné SJM, Amato-Gauci AJ, Veldhuijzen IK, Tavoschi L. Current prevalence of chronic hepatitis B and C virus infection in the general population, blood donors and pregnant women in the EU/EEA: a systematic review. *Epidemiol Infect.* 2017; 145(14):2873-2885. doi: 10.1017/S0950268817001947.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B and C epidemiology in selected population groups in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Hepatitis-B-C-epidemiology-in-selected-populations-in-the-EU.pdf>
4. Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas, 2016-2021. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/es/>
5. Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region. World Health Organization 2017. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hepatitis/publications/2017/action-plan-for-the-health-sector-response-to-viral-hepatitis-in-the-who-european-region-2017>
6. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid, 2013. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hepatitis-B-annual-epidemiological-report-2017.pdf>
8. Grupo de Trabajo Criterios 2011, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Criterios de evaluación para fundamentar modificaciones en el Programa de Vacunación en España. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Criterios_ProgramaVacunas.pdf
9. Evolución coberturas de primovacunación. España 2008-2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CoberturasVacunacion/Tabla1.pdf>

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA CASOS POR SEMANAS (SEMANAS 31 A 38/2019)

ENFERMEDADES	Sem.31	Sem.32	Sem.33	Sem.34	Sem.35	Sem.36	Sem.37	Sem.38
Enfermedades de transmisión alimentaria								
Botulismo	3	2	0	1	0	1	1	1
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	1	1	1	0	4	0	2
Hepatitis A	23	21	10	14	15	20	19	13
Shigelosis	13	7	10	17	17	14	17	21
Triquinosis	0	0	2	0	0	0	0	0
Enfermedades de transmisión parenteral								
Hepatitis B	15	15	7	14	8	14	11	15
Enfermedades de transmisión respiratoria								
Gripe	332	288	288	333	335	353	419	517
Legionelosis	39	54	49	38	30	35	47	58
Lepra	0	1	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis respiratoria	30	36	20	26	25	42	37	22
Tuberculosis, meningitis	0	1	1	0	0	0	0	0
Tuberculosis, otras	8	9	8	7	7	4	6	7
Enfermedades de transmisión vectorial								
Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	15	17	15	20	28	29	28	25
Enfermedades de transmisión zoonótica								
Brucelosis	1	0	2	1	1	0	1	0
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0
Tularemia	18	3	15	6	16	5	8	15
Enfermedades prevenibles por vacunación								
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Meningocócica	8	12	2	1	6	2	1	3
Parotiditis	170	138	133	162	159	204	187	195
Poliomielitis	0	0	0	0	1	0	0	0
Rubéola (excluye rubéola congénita)	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	6	0	3	4	1	3	1	1
Tétanos (excluye tétanos neonatal)	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	68	69	91	73	79	93	59	55
Varicela	328	326	271	271	263	298	238	240
Infecciones de transmisión sexual								
Infección Gonocócica	105	109	100	121	138	132	130	124
Sífilis (excluye sífilis congénita)	54	65	46	54	62	50	71	64
Sífilis congénita	0	0	1	0	0	0	0	1

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA 39 QUE TERMINÓ EL 29/09/2019

ENFERMEDADES	CASOS DECLARADOS Sem. 39		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 2018 - 2014		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)		CÁLCULO ESPECIAL (2)
	2019	2018	2019	2018	Sem. 39	Acum. C.	Sem. 39	Acum. C.	
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	3	1	41	40	1	38			1,56
Hepatitis A	13	30	789	1.402	30	648	0,43	1,22	
Shigelosis	13	12	354	243	10	227	1,30	1,56	
Triquinosis	0	0	32	6	0	4			0,16
Enfermedades de transmisión parenteral									
Hepatitis B	9	14	444	514	14	514	0,64	0,86	
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Gripe	719	698	556.256	685.083	835	500.489	0,86	1,11	
Legionelosis	61	49	1.000	1.090	49	779	1,24	1,28	
Tuberculosis respiratoria	27	30	1.370	1.679	61	2.839	0,44	0,48	
Tuberculosis, meningitis	0	1	13	26	1	41			0,88
Tuberculosis, otras	7	7	334	397	15	684	0,47	0,49	
Enfermedades de transmisión vectorial									
Paludismo	30	27	456	495	27	445	1,11	1,02	
Enfermedades de transmisión zoonótica									
Brucelosis	0	0	31	34	0	38			0,88
Tularemia	6	0	132	6	0	13			1,40
Enfermedades prevenibles por vacunación									
Enfermedad Meningocócica	2	2	280	292	2	221	1,00	1,27	
Parotiditis	164	114	8.803	7.082	71	3.170	2,31	2,78	
Rubéola (excluye rubéola congénita)	0	0	9	3	0	5			0,20
Sarampión	1	1	278	211	1	116	1,00	2,40	
Tétanos (excluye tétanos neonatal)	0	0	4	5	0	6			0,20
Tos ferina	42	48	2.421	2.858	62	4.353	0,68	0,56	
Varicela	319	436	36.553	52.850	560	134.609	0,57	0,27	
Infecciones de transmisión sexual									
Infección Gonocócica	125	88	4.238	3.419	92	3.419	1,36	1,24	
Sífilis (excluye sífilis congénita)	44	58	2.559	2.355	58	2.452	0,76	1,04	

COMENTARIO GENERAL

Durante la presente semana las siguientes rúbricas han presentado:

* Un I.E. semanal superior o igual a 1,25: Shigelosis (1,30), Parotiditis (2,31) e Infección Gonocócica (1,36).

* Un I.E. acumulado superior o igual a 1,25: Shigelosis (1,56), Legionelosis (1,28), Enfermedad Meningocócica (1,27), Parotiditis (2,78) y Sarampión (2,40).

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal

(1) Índice epidémico para una enfermedad dada es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata 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.

(2) Cálculo especial: En enfermedades de baja incidencia (<150 casos anuales en España) no se usa el índice epidémico.

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII

Enfermedades vigiladas en las que es excepcional la declaración de algún caso: Botulismo, Cólera, Difteria, Encefalitis Transmitida por Garrapatas, Fiebre Amarilla, Fiebre de Ébola, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Hemorrágica Vírica (excluye fiebre amarilla y dengue hemorrágico), Lepra, Peste, Poliomieltis, Rabia, Rubéola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal. No se han declarado casos en la semana 39/2019.

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA POR CCAA EN LA SEMANA 39/2019 QUE TERMINÓ EL 29/09/2019

ENFERMEDADES	España																		
	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Ceuta	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	Rioja (La)	TOTAL
	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Hepatitis A	1	1	0	0	0	0	3		1	0	3	0	0	1	3	0	0	0	13
Shigelosis	0	0	0	0	0	0	0		6	0	6	0	0	0	0	0	1	0	13
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	1	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	9
Gripe	5	18	16	61	334	10	64	55	0	1	60	0	54	0	8	15	12	6	719
Legionelosis	3	2	1	0	0	1	1	3	21	0	13	1	5	3	1	2	3	1	61
Tuberculosis respiratoria	8	1	1	1	0	2	4	5	0	0	3	0	0	0	0	0	2	0	27
Tuberculosis, meningitis	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis, otras	3	2	0	0	0	0	0		0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	7
Paludismo	9	1	0	0	0	0	2	1	4	0	2	0	0	5	1	2	3	0	30
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tularemia	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Enfermedad Meningocócica	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Parotiditis	24	7	4	1	0	2	3	24	11	0	11	0	25	33	1	0	11	7	164
Rubéola (excluye rubéola congénita)	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
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tétanos (excluye tétanos neonatal)	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
Tos ferina	5	3	1	0	0	0	1		12	0	5	0	2	7	0	0	6		42
Varicela	70	17	3	8	20	10	25	19	43	0	54	3	32		7	1	3	4	319
Infección Gonocócica	17	11	4	0	0	3	1	1	0	0	45	0	10	29	1	3	0	0	125
Sífilis (excluye sífilis congénita)	13	4	1	0	0	0	1	6	0	1	5	0	2	9	0	2	0	0	44



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL (BES)

El BES es una publicación gratuita editada por el *Centro Nacional de Epidemiología*.

Dirección y Redacción: *Carmen Martín Mesonero*

El BES está disponible en formato electrónico en las direcciones:
<http://revistas.isciii.es/revistas.jsp?id=BES>

Dirección postal:
Centro Nacional de Epidemiología.
Instituto de Salud Carlos III.
C/ Monforte de Lemos, 5
28029 - Madrid, España

NIPO en línea: 695-19-006-4
NIPO libro electrónico: 695-19-007-X

Diseño y maquetación: DiScript Preimpresión, S. L.