

Sumario

Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. España 2009	121
Estado de las enfermedades de Declaración Obligatoria	127
Clasificación de los casos sospechosos de sarampión	126

Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. España 2009

Castellanos T¹, Masa J¹⁻², Terrés M¹, Peña-Rey I^{1,2} y Grupo de responsables autonómicos³ y de laboratorio⁴ de la Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en España

¹ Área de vigilancia de Salud Pública. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

² CIBERESP.

Resumen

En el año 2002, la Región Europea de la OMS recibió la certificación de "región libre de polio". Para mantener esta situación y evitar la reintroducción del virus se requieren elevadas coberturas de vacunación en todos los niveles geográficos y un sistema de vigilancia de alta calidad y sensibilidad. La primera reintroducción del virus de la polio en la región ha ocurrido en 2010 originando un importante brote en Tayikistán y casos aislados en países vecinos.

En España desde 1996 se mantienen altas coberturas de vacunación frente a polio en todas las comunidades autónomas; en 2009 la cobertura nacional fue 95,9% (rango por comunidades 88,6%-100%). En 2009 la Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA) ha alcanzado los estándares de calidad en lo referente a la investigación epidemiológica y de laboratorio, mientras que la sensibilidad en la identificación de casos está por debajo de la esperada.

La reciente reintroducción del virus de la polio en Tayikistán pone de manifiesto la importancia de mantener activo el sistema de vigilancia de PFA para poder detectar precozmente cualquier sospecha de polio.

Introducción

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los pasos para la erradicación de la poliomiélitis en el mundo, se han realizado grandes

progresos: tres Regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han recibido la certificación "libres de polio": la Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú en 1991; la Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998.

En España los últimos casos autóctonos de poliomiélitis fueron los ocurridos en un brote registrado en Andalucía en los años 1987-88 que afectó a población marginal no vacunada. En 1989 se detectaron dos casos de polio, uno importado de Mauritania y el segundo compatible con polio asociado a la vacunación. En 1995 hubo un caso probablemente asociado a vacunación y en 1999 se notificó un caso de polio post-vacunal en un niño de cinco meses tras recibir una primera dosis de vacuna VPO. En los años 2000 y 2005 se detectaron dos casos de poliomiélitis posvacunal en una niña y un niño de 6 meses de edad, con una inmunodeficiencia severa; tras recibir la vacuna VPO, el primero en España y el segundo en su país de origen, cuando en España ya no se utilizaba la VPO.

Entre 1988 y 2003 los casos de poliomiélitis en el mundo disminuyeron en un 99%. Desde el año 2003 se ha producido un incremento de casos como consecuencia de la diseminación a partir de focos endémicos, a países previamente libres de polio. Desde 2003

³ **Andalucía:** V. Gallardo; **Aragón:** C. Malo; J.P. Alonso; **Asturias:** M. Margolles; **Baleares:** A. Galmés; **Canarias:** P. Matute; N. Abadía; **Cantabria:** A. Blasco; **Castilla-La Mancha:** S. García; G. Gutiérrez; **Castilla y León:** H. Marcos; **Cataluña:** N. Torner (CIBERESP); **Comunidad Valenciana:** S. Guiral; **Extremadura:** J.M. Ramos; M. Álvarez; **Galicia:** A. Malvar; **Madrid:** J. García; **Murcia:** V. García; **Navarra:** A. Barricarte; J. Castilla; **País Vasco:** J.M. Arteagoitia; M. Calabuig; **La Rioja:** M.E. Lezaun; C. Garijo; **Ceuta:** A. Rivas; **Melilla:** D. Castrillejos.

⁴ Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. G. Trallero; M. Cabrerizo; P. Pérez Breña.

hasta 2009 se han duplicado los casos notificados a nivel mundial pasando de 784 en 2003 a 1.606 en 2009.

En abril de 2010 la OMS comunicó la presencia de poliovirus salvaje tipo 1 –relacionado con un poliovirus procedente de India– en Tayikistán, en el extremo suroccidental de Europa. Desde entonces se han notificado 458 casos de polio con 20 muertes (último caso notificado en julio 2010). Además se han notificado casos de polio relacionados con este brote en dos países vecinos: 12 casos en la Federación Rusa y tres en Turkmenistán. Desde el inicio del brote se han realizado cuatro campañas de vacunación en Tayikistán, dos campañas dirigidas a los menores de 6 años y otras dos a los menores de 15 años, con coberturas superiores al 99%. En otros países vecinos se están organizando campañas de vacunación similares, con el objeto de controlar la circulación del poliovirus en la zona.

En la actualidad quedan en el mundo cuatro focos endémicos de polio localizados en cuatro países: Nigeria, Pakistán, Afganistán e India. En 2010 la OMS ha reclasificado dos países africanos, Angola y República Democrática del Congo como países en los que se ha restablecido la transmisión del poliovirus.

Durante el año 2010 (hasta 21 septiembre) se han notificado 663 casos de polio en el mundo, de los que el 83% (553) se han dado en países no endémicos, a expensas fundamentalmente del brote de polio en Tayikistán.

Para mantener la situación libre de polio y evitar la reintroducción del virus, se requiere mantener elevadas las coberturas de vacunación en todos los niveles geográficos, así como mantener activo un sistema de vigilancia de alta calidad con alta sensibilidad. En 43 países de la Región Europea, entre ellos España, el sistema de vigilancia se basa en la notificación e investigación de todos los casos sospechosos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, con la finalidad de detectar y descartar de forma rápida y con criterios de calidad, la posible existencia de casos de poliomiélitis. Uno de los componentes esenciales de la vigilancia de la PFA es detectar, investigar y notificar rápidamente a la OMS los “casos calientes de PFA”. Un caso caliente es el que presenta una o más de las siguientes características: tener menos de tres dosis de vacuna de polio, sospecha clínica de polio, viaje reciente a un país endémico, o pertenecer a un grupo de población de muy alto riesgo. Cualquier “caso caliente” se considerará prioritario, debe ser notificado a la OMS tan pronto como sea posible y se activará el Nivel Uno de Alerta en el país donde se detecte (Ver “Plan de Acción para mantener un estado libre de polio en España tras obtener el certificado de interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje en la Región Europea”).

El cumplimiento de los objetivos de coberturas de vacunación y de calidad del sistema de vigilancia se evalúa anualmente en cada país por un Comité Nacional para la Certificación de la Erradicación de la Polio y por la OMS.

El Comité Europeo de postcertificación de la polio emite un informe anual sobre la situación de la enfer-

medad en la región. En el informe de 2009 se incluía la evaluación del riesgo que existía en cada país para que se diera la transmisión de poliovirus después de una importación. Teniendo en cuenta la calidad de los sistemas de salud, las coberturas de vacunación, los grupos de población a riesgo y los planes nacionales para mantener un estado libre de polio, se clasificaron los países en alto, medio y bajo riesgo. Bosnia Herzegovina, Georgia, Tayikistán y áreas del sureste de Turquía se clasificaron como zonas de alto riesgo. En Europa Occidental la probabilidad de que el poliovirus circule es, en general, baja pero en algunos países, como Holanda, se han identificado áreas geográficas con coberturas de vacunación inferiores al 90%, lo que supone un riesgo para la transmisión sostenida después de una importación.

1. Coberturas de vacunación España 2009

Desde 1996 las coberturas de vacunación con 3 dosis de polio han sido superiores al 90% en todas las Comunidades Autónomas (CCAA).

La cobertura media alcanzada durante 2009 para la serie básica con tres dosis fue de 95,9% (rango 88,6% - 100%). En todas las comunidades las coberturas alcanzaron niveles superiores al 90%, excepto Madrid con un 88,6%. La cobertura media de vacunación con la dosis de recuerdo fue de 94,1%, con un rango de 89,3%-100% por CCAA. La información sobre cobertura de vacunación en Valencia, Galicia y Ceuta para el año 2009 no está disponible.

2. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. España 2009

España inició este sistema de vigilancia a finales del año 1997 y en 1998 quedó implantado en todo el territorio nacional. El sistema de vigilancia de PFA implica la notificación urgente de todo caso sospechoso de parálisis flácida aguda en menores de 15 años, lo que inicia un proceso de investigación rápida, epidemiológica, clínica y de laboratorio, que permite descartar / confirmar y clasificar apropiadamente el caso, y si procede, tomar rápidamente las medidas de intervención adecuadas. La notificación se hace bajo sospecha clínica y el circuito se inicia en el hospital donde se detecta el caso.

La vigilancia pasiva se completa en cada CCAA con una búsqueda activa retrospectiva en hospitales. Se realiza una búsqueda mensual para obtener la notificación denominada “0 casos” y una búsqueda anual en el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBD) de cada CCAA.

La calidad del sistema de vigilancia se evalúa sistemáticamente mediante los indicadores establecidos por la OMS referentes a la sensibilidad y cobertura del sistema, notificación oportuna e investigación adecuada y análisis de muestras en el laboratorio. Entre estos indicadores los dos más importantes son el indicador

de sensibilidad del sistema, representado por la tasa de PFA que ha de ser al menos de 1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 años, y el porcentaje de casos de PFA, en los que se han tomado “muestras adecuadas” (dos muestras de heces recogidas en un período \leq 14 días del inicio de síntomas de la parálisis y separadas entre sí 24 horas), que ha de ser \geq 80%.

A. Estudio descriptivo de los casos de Parálisis Flácida notificados durante el año 2009

1. Tasa de notificación:

Durante el año 2009 se notificaron al sistema de vigilancia 21 casos de PFA, lo que supone una incidencia de 0,31 por 100.000 menores de 15 años (Tabla 1).

La tasa esperada de 1 por 100.000 habitantes menores de 15 años sólo se ha alcanzado en tres CCAA, Aragón, Baleares y País Vasco. Otras diez no notificaron ningún caso; el resto notificó menos casos de los esperados. Hay que tener en cuenta la variabilidad en el número de casos esperados, especialmente en las comunidades de menor población, en las que la aparición de casos de PFA se esperaría que ocurriera cada varios años. La notificación ha disminuido respecto a años anteriores.

Otros años se ha visto como la tasa óptima de PFA propuesta por la OMS, se podría haber alcanzado, si el Sistema de Vigilancia de PFA hubiera captado oportunamente los casos detectados por búsqueda activa retrospectiva. Así en el año 2008 se detectaron 33 casos por búsqueda activa en CMBD, con lo que la tasa de PFA pasó de 0,53 a 1,02 casos por 100.000 menores de 15 años. Hasta el momento se han notificado 18 casos de PFA como resultado de la búsqueda activa de casos en el CMBD de 2009. Por otro lado, durante el año 2009 casi todas las CCAA realizaron la búsqueda retrospectiva mensual y la notificación subsiguiente de “0 casos” (Tabla 1).

2. Distribución por sexo y edad:

El 52,4% de los casos sospechosos (11 casos) son hombres y el 47,6% (10 casos) mujeres. La edad media de los casos fue de 5,4 años (DE: 3,78). El grupo de edad en el que aparecieron más casos fue el grupo entre 1 y 4 años (48% del total).

3. Antecedentes de vacunación.

Todos los casos estaban correctamente vacunados con 3 ó más dosis de vacuna de polio oral (VPO) y/o vacuna de polio inactivada (VPI), excepto un niño de 5 años de nacionalidad rumana que llegó a España en el

Tabla 1

Sistema de Vigilancia de PFA. España 2009. Casos notificados y detectados por búsqueda activa e incidencia por CCAA

CCAA	POBL < 15 AÑOS	CASOS ESPERADOS	CASOS NOTIFICADOS	TASA	BUSQUEDA ACTIVA	TOTALES	TASA PFA
Andalucía	1.348.909	13,49	1	0,07		1	0,07
Aragón	179.398	1,79	2	1,11		2	1,11
Asturias	111.465	1,11	0	0,00		0	0,00
Baleares	165.072	1,65	3	1,82		3	1,82
Canarias	311.361	3,11	2	0,64	0	2	0,64
Cantabria	75.338	0,75	0	0,00		0	0,00
Castilla-La Mancha	317.029	3,17	0	0,00	1	1	0,32
Castilla y León	301.256	3,01	1	0,33	1	2	0,66
Cataluña	1.119.851	11,20	0	0,00	10	10	0,89
C. Valenciana	751.174	7,51	3	0,40	3	6	0,80
Extremadura	160.004	1,60	0	0,00		0	0,00
Galicia	318.109	3,18	0	0,00	1	1	0,31
Madrid	953.781	9,54	4	0,42		4	0,42
Murcia	251.084	2,51	2	0,80	2	4	1,59
Navarra	94.636	0,95	0	0,00		0	0,00
País Vasco	281.728	2,82	3	1,06		3	1,06
La Rioja	45.335	0,45	0	0,00		0	0,00
Ceuta	16.091	0,16	0	0,00		0	0,00
Melilla	16.259	0,16	0	0,00	0	0	0,00
TOTAL	6.817.880	68,18	21	0,31	18	39	0,57

año 2009 con estado de vacunación no documentado. Este caso se diagnosticó de Síndrome de Guillain-Barré, no presentó parálisis residual y la muestra de heces fue negativa.

4. Características clínicas de los casos:

- **Síntomas previos al inicio de parálisis:** fiebre, dolor muscular, síntomas respiratorios y oro faríngeos fueron los síntomas más frecuentes.
- **Afectación de la parálisis:** el 100% de los casos presentaron parálisis espinal. En el 38% de los casos la parálisis afectó a extremidades superiores e inferiores, en el resto, la parálisis sólo afectó a las extremidades inferiores. En un caso se desconoce su localización.
- **Progresión rápida de la parálisis:** en 12 casos (57%) la parálisis cursó con una progresión rápida, en 6 casos (29%) lenta, y en 3 casos (14%) se desconoce.
- **Asimetría:** se detectó asimetría en tres casos, sólo uno de ellos tenía dos muestras de heces con resultados negativos para enterovirus. Los tres casos estaban correctamente vacunados y no presentaron parálisis residual. Los diagnósticos definitivos son en dos casos Síndrome de Guillain-Barré y en el tercer caso Sinovitis Reactiva Transitoria.
- **Parálisis residual:** en la revisión a los 60-90 días, cuatro casos presentaron parálisis residual. Todos

los casos estaban correctamente vacunados y tenían muestras de heces negativas. Los diagnósticos definitivos son Síndrome de Guillain-Barré (2 casos) y Mielitis (2 casos).

- **Diagnóstico definitivo:** el 76% de los casos fueron diagnosticados de Síndrome de Guillain-Barré / Polirradiculoneuritis y el 10% se diagnosticó de Mielitis.

B. Indicadores de calidad del sistema de vigilancia de PFA

1. **Sensibilidad: Incidencia de PFA:** se ha calculado utilizando como denominador las poblaciones del padrón municipal del INE de 2009, en menores de 15 años para las diferentes CCAA. La tasa de PFA ha sido de 0,31, siendo la más baja desde el inicio del plan. Sólo tres CCAA alcanzan la tasa esperada de 1 por 100.000 menores de 15 años. La notificación ha disminuido considerablemente respecto a años anteriores
2. **Oportunidad en la notificación e investigación:** el porcentaje de casos notificados en un período ≤ 7 días desde el inicio de los síntomas es de un 47,6%. Si se considera la fecha de ingreso, este porcentaje asciende hasta el 81%; este indicador refleja mejor que el anterior el tiempo transcurrido desde que se tiene conocimiento del caso hasta su notificación, y alcanza el objetivo del 80% fijado por la OMS.

Tabla 2

Indicadores de calidad del sistema de vigilancia de la parálisis flácida aguda

INDICADORES	OBJETIVO OMS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Incidencia PFA/100.000 < 15 años	≥ 1	0,7	0,8	0,8	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,5	0,3
% PFA notificados ≤ 7 días desde el inicio de síntomas	≥ 80	55,0	50,0	45,0	48,0	43,0	35,0	50,0	40,5	45,9	40,0	47,6
% PFA notificados ≤ 7 días desde el ingreso	≥ 80	92,0	75,0	76,0	76,0	67,0	56,0	70,5	73,2	78,4	74,3	81,0
% PFA investigados ≤ 48 horas desde la notificación	≥ 80	97,5	98,0	96,0	97,0	93,0	100,0	100,0	100,0	94,6	100,0	95,2
% PFA con seguimiento a los 60-90 días	≥ 80	97,5	100,0	94,0	92,0	96,0	100,0	100,0	100,0	97,3	100,0	100,0
% PFA con diagnóstico clínico	≥ 80	97,5	100,0	100,0	97,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
% PFA con 2 muestras de heces en ≤ 14 días desde el inicio de síntomas	≥ 80	72,5	69,0	61,0	57,0	46,0	56,0	65,9	45,2	56,8	34,3	38,1
% PFA con 2 muestras de heces en ≤ 14 días desde el ingreso	≥ 80					67,0	67,0	72,7	64,3	78,4	40,0	47,6
% PFA con 1 muestra de heces en ≤ 14 días desde el inicio de síntomas	≥ 80	85,0	75,0	82,0	73,0	70,0	70,0	75,0	59,5	83,6	57,1	81,0
% PFA con 1 muestra de heces en ≤ 14 días desde el ingreso	≥ 80						88,0	77,3	78,6	94,6	82,9	81,0
% PFA con 2 muestras de heces en cualquier momento	≥ 80	92,5	90,0	90,0	81,0	73,0	77,0	77,3	78,6	83,8	51,4	52,4

3. **Investigación epidemiológica de los casos:** el 95,2% de los casos fueron investigados en 48 horas o menos desde su notificación.
4. **Revisión a los 60-90 días y diagnóstico definitivo:** el 100% de los casos fueron revisados y se informó del diagnóstico definitivo.
5. **Indicadores de calidad de la vigilancia relativos a la toma de muestras:** el 81% de los casos tienen una muestra de heces tomada en los 14 días posteriores a su ingreso y el 52,4% dos muestras independientemente del momento en el que fueron tomadas. Sin embargo, si se considera la toma de dos muestras de heces "adecuadas" recogidas en los 14 días siguientes al inicio de síntomas o al ingreso, este porcentaje se reduce a 38,1% y 47,6% respectivamente.
6. **Indicadores de calidad relativos a los tiempos de envío y proceso de muestras en el laboratorio:** Todos estos indicadores alcanzan o están cercanos a los objetivos marcados por las OMS para la Región Europea (Tabla2).

Conclusiones

El indicador de sensibilidad del sistema de vigilancia ha experimentado un descenso en los tres últimos años. Sólo tres CCAA alcanzan la tasa esperada de PFA de 1 por 100.000 habitantes menores de 15 años, si bien hay que tener en cuenta el pequeño número de casos esperados, especialmente en las comunidades de menor población. En otros años se ha visto que el objetivo de detección se podría haber alcanzado si el Sistema de Vigilancia de PFA hubiera captado oportunamente los casos detectados en la búsqueda activa que se realiza retrospectivamente.

Los indicadores de calidad de la vigilancia de PFA referentes a la investigación epidemiológica, una vez detectados los casos por el sistema, continúan con cifras superiores o cercanas al 80%, estándar de calidad de la OMS. Durante el año 2009 todos los casos han sido adecuadamente investigados y seguidos por los servicios de vigilancia.

El indicador relativo a la oportunidad en la toma de muestras, si se considera una sola muestra, es superior al 80%, estándar de calidad de la OMS. Si se considera la toma de dos muestras de heces, el indicador sólo alcanza el 47%.

Los indicadores referentes a la calidad del laboratorio han mejorado sensiblemente y alcanzan cifras superiores o cercanas al 80%, estándar de calidad de la OMS. Sólo se aisló enterovirus no polio en una muestra de un contacto; este descenso de aislamientos puede estar relacionado con la disminución del número de muestras procesadas.

Como se ha comentado en años anteriores, es difícil mantener la sensibilidad del sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda. El personal sanitario tiene la

sensación de que no estamos ante un problema importante de salud pública, dada la ausencia de casos de polio en nuestro país, situación similar a la que se observa en otros países de Europa occidental

La reciente reintroducción de poliovirus en una zona declarada libre de polio supone una llamada de atención, y nos indica que además de las altas coberturas de vacunación, hay que mantener la vigilancia de la parálisis flácida, por otra parte ya consolidada en nuestro país, como la mejor herramienta para detectar precozmente cualquier sospecha de polio. Hasta que la poliomiélitis no sea erradicada del mundo, sigue existiendo el riesgo de importación de poliovirus en cualquier zona declarada libre de polio.

España es un país que puede ser considerado de riesgo para la importación de poliovirus, por ser frontera física con el continente africano, por ser el tercer país del mundo en número de visitantes anuales, y por el incremento de inmigración procedente de países con diferentes coberturas de vacunación, sin olvidar el aumento de situaciones que favorecen el desarrollo de la enfermedad, como son las inmunodeficiencias. Es muy importante que el sistema de vigilancia esté activo y alerta, **manteniendo la sensibilidad y el elevado nivel de calidad exigido**, ante la posibilidad de importación de poliovirus salvajes o derivados de la vacuna, procedentes de países endémicos o de países en los que utiliza la vacuna de polio oral.

El 60º Comité Regional de la zona Euro de la OMS, celebrado en Moscú en septiembre 2010, reconoce las medidas rápidas llevadas a cabo en Tayikistán en respuesta a la importación de poliovirus salvaje y elogia al resto de países de la zona por las medidas preventivas establecidas. Además insta a Tayikistán y a todos los países de la región a mantener una vigilancia de PFA de alta calidad y a mejorar las coberturas de vacunación. Así mismo pide a los estados miembros que ratifiquen su compromiso en mantener el estado libre de polio en la Región Europea, instándolos a revisar su compromiso político y a asegurarse los recursos humanos y financieros necesarios para ello.

Bibliografía

- Wild Poliovirus Weekly Update. Disponible en: <http://www.polioeradication.org/casecount.asp>. Consultado el 27 de septiembre de 2010.
- Wild Poliovirus Infected Districts, March 2010-September 2010. Disponible en: <http://www.polioeradication.org/content/general/infecteddistricts.pdf>. Consultado el 27 de septiembre de 2010.
- Acute flaccid paralysis surveillance. Europe WHO region. Disponible en: <http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=198968>. Consultado el 27 de septiembre de 2010.
- Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Plan de erradicación de la poliomiélitis en España. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_pfa.jsp.
- World Health Organization. Report of the 22st Meeting of European Region Certification for Poliomyelitis Eradication. June 2009. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/E82183.pdf>.

- World Health Organization Executive Board report on Poliomyelitis: mechanism for management of potential risks to eradication EB122/6. 10 January 2008. http://www.polioeradication.org/content/meetings/EB_Report.pdf.
- Castellanos T, Masa J, Alcalde E y Peña-Rey I. Vigilancia de parálisis flácida aguda. España, 2008. Bol Epidemiol Semanal 2009; 17 (2): 13-24.
- World Health Organization Country Office Tajikistan, WHO Regional Office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of poliomyelitis in Tajikistan in 2010: risk for importation and impact on polio surveillance in Europe? Euro Surveill. 2010; 15 (17): pii=19558. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19558>.
- WHO European Region. Update on polio outbreak in WHO European Region and regional response, 10 September 2010. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/121799/WHO_EPI_Brief_10sep_2010e.pdf.

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN Casos acumulados desde 01/01/2010 hasta 14/08/2010 (semana 32)

CC.AA.	Casos notificados (1)	En Investigación	Casos Confirmados				Casos descartados (5)			
	Total	Total	Compatibles (2)	Autóctonos Laboratorio (3)	Importados Laboratorio (4)	Total	Rubéola	Otros Diagnósticos (6)	Sin Diagnosticar	Total
Andalucía	2	–	–	–	1	1	–	–	1	1
Aragón	1	–	–	1	–	1	–	–	–	–
Asturias	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Baleares	9	–	–	6	–	6	–	1	2	3
Canarias	12	–	–	5	2	7	–	–	5	5
Cantabria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Castilla-La Mancha	7	–	–	3	1	4	1	1	1	3
Castilla y León	9	–	–	3	1	4	–	–	5	5
Cataluña	9	1	–	1	4	5	–	1	2	3
Comunidad Valenciana	8	–	–	1	3	4	–	–	4	4
Extremadura	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Galicia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madrid	22	3	–	9	1	10	–	–	9	9
Murcia	104	–	12	82	1	95	–	1	8	9
Navarra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
País Vasco	1	–	–	–	–	–	–	1	–	1
Rioja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ceuta	1	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Melilla	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
TOTAL	185	5	12	111	14	137	1	5	37	43

(1) **Caso notificado sospechoso:** Todo caso que cursa con exantema máculo-papular, fiebre alta y alguno de los siguientes síntomas: tos, coriza o conjuntivitis.

(2) **Caso confirmado compatible:** Caso notificado sin muestras biológicas para diagnóstico y sin vínculo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.

(3) **Caso confirmado por laboratorio:** Caso notificado confirmado por laboratorio o caso vinculado en espacio y tiempo con un caso confirmado por laboratorio.

(4) **Caso confirmado importado:** Caso notificado confirmado por laboratorio con fuente de infección fuera de España.

(5) **Caso descartado:** Caso notificado con muestras de laboratorio negativas al virus del sarampión.

(6) **Otros diagnósticos:** Identificación de otros virus diferentes de Rubéola: Síndrome de Gianotti-Crosti, rubéola, parvovirus B19, sarampión vacunal, eritema multiforme.

SITUACIÓN GENERAL. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA QUE TERMINÓ EL 14 DE AGOSTO DE 2010

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	CASOS DECLARADOS Sem. 32		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 2005-2009		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)	
		2010	2009	2010	2009	Sem. 32	Acum. casos	Sem. 32	Acum. C.
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Botulismo	005.1	0	0	8	10				
Cólera	001	0	0	0	0				
Disentería	004	5	2	43	161	4	133	1,25	0,32
F. tifoidea y paratifoidea	002	1	1	34	40	3	48	0,33	0,71
Triquinosis	124	0	0	17	20				
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Enfermedad Meningocócica	036	6	9	357	512	10	570	0,60	0,63
Gripe	487	726	6.343	100.666	355.673	1.239	447.177	0,59	0,23
Legionelosis	482.8	26	32	603	549				
Meningitis tuberculosa	013.0, 320.4	0	2	34	67				
Tuberculosis respiratoria	011	92	113	3.092	4.216	116	4.216	0,79	0,73
Varicela	052	839	712	121.756	116.819	840	121.678	1,00	1,00
Enfermedades de transmisión sexual									
Infección gonocócica	098.0, 098.1	30	38	1.273	1.173	35	1.105	0,86	1,15
Sífilis	091	45	35	1.775	1.613	35	1.205	1,29	1,47
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Difteria	032	0	0	0	0				
Parotiditis	072	49	23	1.602	1.440	43	2.880	1,14	0,56
Poliomielitis	045	0	0	0	0				
Rubeola	056	0	1	7	22	0	53		0,13
Sarampión	055	3	3	130	41	0	234		0,56
Tétanos	037	0	0	6	5				
Tos Ferina	033	22	16	417	379	8	331	2,75	1,26
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	070.0, 070.1	8	40	595	2.113				
Hepatitis B	070.2, 070.3	18	19	554	584				
Otras hepatitis víricas	070	10	17	445	428				
Zoonosis									
Brucelosis	023	4	3	66	100	5	174	0,80	0,38
Rabia	071	0	0	0	0				
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	060	0	0	0	0				
Paludismo	084	9	6	161	235				
Peste	020	0	0	0	0				
Tifus exantemático	080	0	0	0	0				
Enfermedades declaradas sistemas especiales									
Lepra	030	0	1	5	29				
Rubéola congénita	771.0	0	0	0	2				
Sífilis congénita	090	1	0	9	8				
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:
Disentería (1,25). Sífilis (1,29). Tos Ferina (2,75).
- * Un I.E. inferior o igual a 0,75:
F. tifoidea y paratifoidea (0,33). Enfermedad Meningocócica (0,60). Gripe (0,59).
- * Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal
Hay que destacar 9 caso(s) de paludismo importado(s).

(1) Índice epidémico para una enfermedad dada es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata 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 32 DE 2010																			
ENFERMEDADES	ANDALUCÍA	ARAGÓN	ASTURIAS	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	C-MANCHA	C-LEÓN	CATALUÑA	C.VALENC.	EXTREMAD.	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	PAÍS VASCO	RIOJA	CEUTA	MELILLA
	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	1	0	0	0	0	1	0	1	2	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	1	0	0	0
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfer. Meningocócica	1	0	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gripe	0	21	26	69	331	7	11	38	67	57	2	49	18	12	7	8	0	3	0
Legionelosis	3	0	0	0	0	3	1	0	9	1	0	1	2	1	0	4	1	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	11	3	4	2	1	1	2	4	22	14	0	0	19	0	1	7	1	0	0
Varicela	136	35	19	38	46	23	23	24	261	76	17	34	50	26	10	14	0	6	1
Infección gonocócica	4	0	0	0	5	0	1	0	0	8	1	1	7	2	0	1	0	0	0
Sífilis	11	4	2	0	6	1	0	0	0	9	0	1	10	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	4	0	1	0	4	0	2	9	3	9	0	0	15	0	0	2	0	0	0
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	1	0	0	1	1	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	2	0	0	0	1	0	0	0	6	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0
Hepatitis B	3	4	1	0	0	0	1	4	0	1	0	1	2	0	0	1	0	0	0
Otras hepatitis víricas	4	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Brucelosis	2	0	0	0	0	0	0	2	0	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	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	4	0	0	1	0	0	0
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus 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	1	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

Dirección del BES: Odorina Tello Anchuela

Redacción: M.ª Elena Rodríguez Valín, Susana Villarrubia Enseñat

Una copia del Boletín Epidemiológico Semanal está disponible en formato electrónico en las direcciones:

<http://www.isciii.es/jsps/centros/epidemiologia/boletinessemanal.jsp> y <http://revistas.isciii.es>

La suscripción del Boletín Epidemiológico Semanal es gratuita. Solicitudes: Centro Nacional de Epidemiología.

Instituto de Salud Carlos III. C/ Monforte de Lemos, 5 • 28029 Madrid - España

NIPO: 477-10-064-0

Depósito Legal: M-41502-1978

Imprime: Grafoffset, S.L.