

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

AÑO 2004

**Dirección General de Salud Pública y Planificación
Servicio de Información de Salud Pública y Servicios Sanitarios**



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD
Y SERVICIOS SANITARIOS

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. AÑO 2004
Oviedo, junio de 2005

Autores: *Sección de Vigilancia Epidemiológica*

Análisis, redacción y diseño

Pilar Alonso Vigil

Ismael Huerta González

Responsable del registro de datos

Blanca Álvarez Fernández

Colaboradores

M^a Yolanda González García

Mario Margolles Martins

Natalia Méndez Menéndez

M^a Olga Suárez Cuervo

Edición:

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Dirección General de Salud Pública y Planificación

Servicio de Información de Salud Pública y Servicios Sanitarios

Distribución:

Edición electrónica limitada en CD (500 ejemplares)

Disponible para descarga en el portal Salud Próxima de la web del Principado de Asturias (www.princast.es)

Depósito Legal: AS-2915-2005

ÍNDICE

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SISTEMA	4
1.1 Antecedentes legales	4
1.2 Estructura del SIVE	4
1.2.1 Sistema EDO	4
1.2.2 Declaración por sistemas especiales	5
2. METODOLOGÍA DEL INFORME	6
3. RESULTADOS	7
3.1 Resultados generales y evaluación del sistema	7
3.2 Enfermedades de Transmisión Respiratoria	11
3.2.1 Gripe	11
3.2.2 Tuberculosis respiratoria	14
3.2.3 Legionelosis	18
3.2.4 Enfermedad meningocócica	21
3.3 Enfermedades vacunables	27
3.3.1 Sarampión	27
3.3.2 Rubéola	30
3.3.3 Parotiditis	32
3.3.4 Tos ferina	34
3.3.5 Tétanos. Tétanos neonatal	36
3.3.6 Difteria	38
3.3.7 Poliomiélitis	38
3.3.8 Varicela	39
3.3.9 Hepatitis B	41
3.4 Zoonosis no alimentarias	43
3.4.1 Brucelosis	43
3.4.2 Rabia	45
3.4.3 Peste	45
3.5 Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica	45
3.5.1 Otros procesos diarreicos	46
3.5.2 Fiebres tifo-paratíficas	46
3.5.3 Shigelosis (Disentería)	47
3.5.4 Botulismo	49
3.5.5 Triquinosis	49
3.5.6 Cólera	50
3.5.7 Hepatitis A	51
3.6 Enfermedades de transmisión sexual y parenteral	53
3.6.1 Sífilis	53
3.6.2 Infección gonocócica	55
3.6.3 Otras Hepatitis	57
3.6.4 SIDA	59
3.7 Otras enfermedades	63
3.7.1 Paludismo	63
3.7.2 Lepra	64
3.7.3 Fiebre amarilla	65
3.7.4 Tifus exantemático	66
3.7.5 Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH)	66
3.8 Brotes	69
3.8.1 Brotes de transmisión aérea	69
3.8.2 Brotes por agua y alimentos	69
3.8.3 Otros brotes	72
Anexo: lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria en Asturias	74

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SISTEMA

1.1 Antecedentes legales

El actual Sistema de Vigilancia Epidemiológica se implanta en España en 1944 a partir de la Ley de Bases de Sanidad Nacional. Desde entonces se ha revisado sucesivas veces, tanto a nivel nacional como autonómico. La última legislación existente, a nivel nacional, es la correspondiente al **RD 2210/1995** que crea la **Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica** y, a nivel de Asturias, el **Decreto 69/97** por el que se constituye el **Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) del Principado de Asturias (BOPA, número 255, de 4.11.1997)**.

1.2 Estructura del SIVE

EL SIVE está constituido por un conjunto de **sistemas de información sanitaria** que permiten el conocimiento de la situación de salud de una comunidad para la puesta en marcha de medidas de intervención con vistas a la resolución de los problemas de Salud Pública. Los sistemas de información que forman el SIVE son:

- El **sistema básico de vigilancia**, integrado por el sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (sistema EDO), la notificación de brotes y situaciones epidémicas y la declaración microbiológica.
- **Sistemas específicos** de vigilancia epidemiológica, como los sistemas basados en registros de casos, sistemas centinela, encuestas de seroprevalencia y otros sistemas aplicados a la vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA.

1.2.1 Sistema EDO

El Sistema EDO incluye una relación de enfermedades a vigilar, mediante un sistema de **declaración obligatoria y universal**, en el conjunto de la Comunidad Autónoma. Las enfermedades objeto de declaración obligatoria vienen recogidas en un listado que incluye, en la actualidad, 35 enfermedades (ver Anexo). La declaración se refiere a **casos nuevos** de la enfermedad, aparecidos en el curso de la **semana epidemiológica**, que finaliza a las 24 horas del sábado, y basta la **sospecha clínica**, ya que el objetivo fundamental del sistema es la **detección precoz** de los casos de enfermedades susceptibles de una intervención.

Este sistema permite:

- Estudiar las tendencias de las enfermedades en el tiempo
- Observar cambios en el patrón epidemiológico de las mismas
- Detectar agrupaciones de casos, epidemias y enfermedades emergentes.
- Planificar y evaluar programas de salud en base a un mejor conocimiento del comportamiento de las enfermedades en nuestra Comunidad.

Existen diferentes tipos de declaración según la información que se recoge y la rapidez necesaria en la notificación.

- **Exclusivamente numérica**. Sólo se notifica el número de casos vistos en la semana.
- Con **datos epidemiológicos básicos**: Cada caso se acompaña de las iniciales de nombre y apellidos, edad, sexo y antecedentes de vacunación.
- **Individualizada o Nominal**: Cada caso se acompaña de una ficha epidemiológica con datos identificativos del enfermo e información relevante de la enfermedad.

- **Urgente:** Por el medio más rápido posible (teléfono, fax, etc.). Todos los casos de estas enfermedades deben intentar confirmarse con las pruebas de laboratorio adecuadas y debe realizarse una encuesta epidemiológica específica.

Asimismo, es obligatoria la **declaración de brotes epidémicos** de cualquier enfermedad o riesgo para la salud, aunque no sean EDO, con el fin de adoptar las medidas de control adecuadas.

La declaración por parte de los médicos debe realizarse a la Sección de Vigilancia Epidemiológica, en la Dirección General de Salud Pública y Planificación, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

1.2.2 Declaración por sistemas especiales

Se realiza mediante un Sistema especial de Registro de Casos, con una encuesta epidemiológica específica. En este apartado se incluye la vigilancia del SIDA, lepra, rubéola congénita, sífilis congénita, tétanos neonatal y de las encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (EETH).

Vigilancia del SIDA

El SIDA es una enfermedad de declaración obligatoria individualizada, para la que existe un sistema especial de vigilancia epidemiológica, que se puso en marcha en 1986. Se registran como **casos de SIDA** aquellas personas que, residiendo habitualmente en Asturias, cumplen los criterios de definición de caso establecidos por los CDC y modificados según recomendaciones de la OMS para Europa a partir de 1994.

Las principales fuentes de información para la notificación de casos de SIDA son::

- Los médicos de Atención Especializada del Sistema de Salud
- La Subcomisión de Epidemiología del Plan Nacional sobre el SIDA, que facilita los casos de personas residentes en Asturias pero notificados por otras Comunidades Autónomas.
- Registro de Mortalidad de Asturias.

El Registro de todos los casos notificados se lleva a cabo en la *Sección de Vigilancia Epidemiológica* de la Dirección General de Salud Pública y Planificación, donde una vez depurados y completados, se notifican a la correspondiente Subcomisión del Plan Nacional sobre el SIDA para su inclusión en el Registro Nacional.

2. METODOLOGÍA DEL INFORME

Con este informe se pretende dar a conocer los resultados obtenidos por el sistema de vigilancia epidemiológica, para el año 2004, en lo que se refiere a:

- Situación actual y tendencias de las enfermedades desde el año 1980.
- Cambios en el patrón epidemiológico de las mismas tanto a nivel temporal (estacionalidad, ciclos plurianuales, etc.) como espacial (distribución geográfica) y personal (características personales asociadas a un mayor riesgo de enfermedad: sexo, edad, estado vacunal, hábitos, etc.) y
- Brotes y epidemias detectadas.

Pretende, asimismo, que esta información sea un apoyo a los planificadores, gestores y profesionales del sector de la salud al mostrar el impacto de sus actuaciones.

Cada enfermedad se analiza por separado y se muestran los siguientes datos que se comparan con los obtenidos en España en el mismo periodo:

- Número de casos y tasa de incidencia por 100.000 h para el año 2004. Las poblaciones utilizadas en el denominador para el cálculo de las tasas se corresponden a las proyecciones intercensales realizadas a partir de los datos censales hasta el año 2001, publicados por el INE y actualizados en marzo de 2004.
- Tendencia de la enfermedad en los últimos años.
- Distribución geográfica por Área Sanitaria.
- Características relativas a edad, sexo, estado vacunal, hábitos, comportamientos, etc. para los procesos en que se conocen características personales de los propios afectados (es decir, enfermedades de declaración individualizada o nominal).

Se comparan, asimismo, las tasas asturianas con el resto de las CC.AA. con el fin de observar diferencias geográficas de ámbito estatal.

Se realiza, finalmente, una evaluación del sistema estudiando la cobertura de declaración a nivel poblacional para cada Área, el grado de exhaustividad de las mismas y su evolución a lo largo del año de 2004.

3. RESULTADOS

3.1 Resultados generales y evaluación del sistema

Las Enfermedades de Declaración Obligatoria que mayor incidencia presentaron en Asturias durante el año 2004 fueron los **procesos diarreicos** con 36.618 casos, lo que supone una tasa de 3.474,6 casos por 100.000 h. El segundo lugar lo ocupó la **gripe**, que registró 13.990 casos (tasa de 1.327,5 casos por 100.000) seguida de la **varicela** (6.021 casos; tasa de 571,3 casos por 100.000 h).

No se registró ningún caso de botulismo, cólera, difteria, fiebre amarilla, fiebres tifo-paratíficas, lepra, peste, poliomielitis, rabia, rubéola congénita, sarampión, shigelosis, sífilis congénita, tétanos, tétanos neonatal, tifus exantemático y triquinosis.

La tabla 1, en la página siguiente, muestra el número de casos y la tasa de cada enfermedad de declaración obligatoria durante los dos últimos años, para Asturias y España.

Tanto en Asturias como en España, en relación al año 2003, se ha producido un incremento en el número de casos declarados de varicela y sífilis. Además, en Asturias se han incrementado los procesos diarreicos (no sujetos a declaración obligatoria en el conjunto nacional) y, en España, el número de casos notificados de lepra y sífilis congénita. El porcentaje de variación experimentado por cada enfermedad en el año 2004 con respecto al 2003 se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 1: Porcentaje de variación de las EDO con respecto al año 2003. Asturias y España

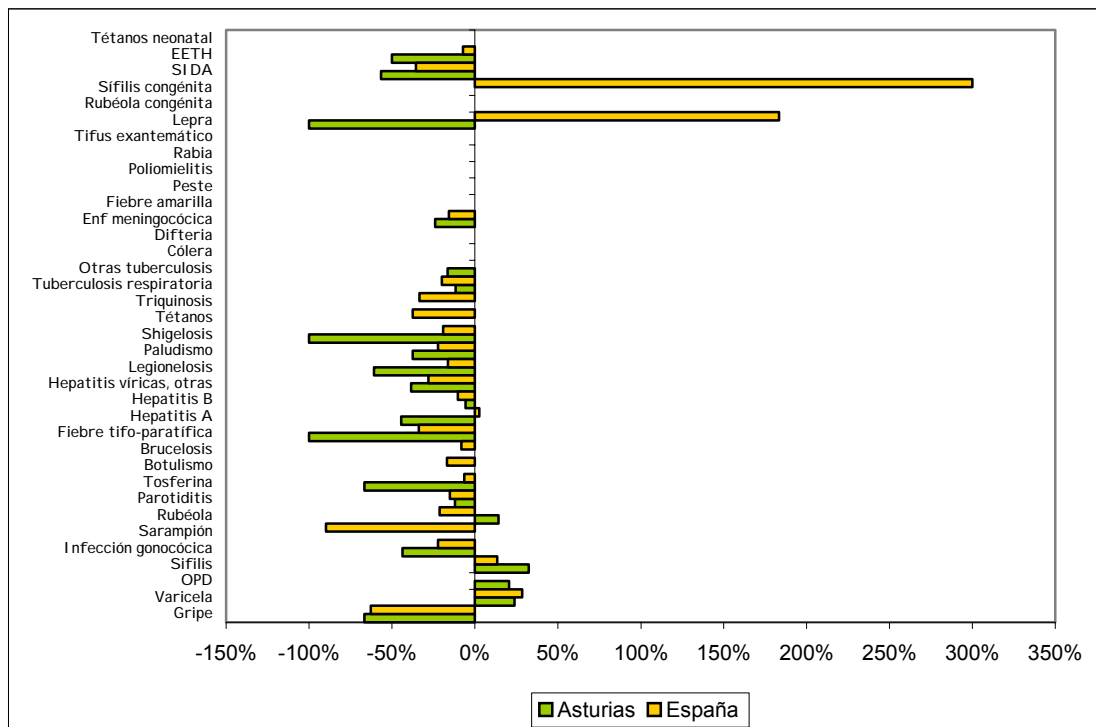


Tabla 1: N° de casos y tasa por 100.000 h. EDO. Asturias y España. 2003-2004

Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)	Asturias				España			
	2004		2003		2004		2003	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Numérica								
Gripe	13.990	1.327,47	41.829	3.957,65	546.098	1.322,87	1.490.098	3.622,36
Varicela	6.021	571,31	4.855	459,36	230.185	557,60	180.783	439,48
OPD	36.618	3.474,56	30.343	2.870,90	–	–	–	–
Sífilis	53	5,03	40	3,78	1.035	2,51	917	2,23
Infección gonocócica	22	2,09	39	3,69	829	2,01	1.069	2,60
Datos Epidemiológicos Básicos								
Sarampión	0	0,00	0	0,00	25	0,06	246	0,60
Rubéola	8	0,76	7	0,66	89	0,22	113	0,27
Parotiditis	89	8,44	101	9,56	1.421	3,44	1.677	4,08
Tos ferina	2	0,19	6	0,57	511	1,24	551	1,34
Nominal								
Botulismo	0	0,00	0	0,00	5	0,01	6	0,01
Brucelosis	3	0,28	3	0,28	587	1,42	642	1,56
Fiebre tifo-paratífica	0	0,00	1	0,09	98	0,24	148	0,36
Hepatitis A	5	0,47	9	0,85	773	1,87	760	1,85
Hepatitis B	17	1,61	18	1,70	712	1,72	801	1,95
Hepatitis víricas, otras	29	2,75	47	4,45	650	1,57	911	2,21
Legionelosis	27	2,56	69	6,53	1.050	2,54	1.263	3,07
Paludismo	5	0,47	8	0,76	349	0,85	456	1,11
Shigelosis	0	0,00	4	0,38	110	0,27	136	0,33
Tétanos	0	0,00	0	0,00	15	0,03	24	0,06
Triquinosis	0	0,00	0	0,00	32	0,08	48	0,12
Tuberculosis respiratoria	223	21,16	252	23,84	5.372	13,01	6.743	16,39
Otras tuberculosis	41	3,89	49	4,64	–	–	–	–
Urgente								
Cólera	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Difteria	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Enfermedad meningocócica	16	1,52	21	1,99	829	2,01	1.007	2,45
Fiebre amarilla	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Peste	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Poliomielitis	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Rabia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tifus exantemático	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Registro de casos								
Lepra	0	0,00	1	0,09	17	0,04	6	0,01
Rubéola congénita	0	0,00	0	0,00	1	0,00	0	0,00
Sífilis congénita	0	0,00	0	0,00	16	0,04	4	0,01
Tétanos neonatal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SIDA	20	1,90	46	4,35	1.274	3,09	1.974	4,80
EETH	2	0,19	4	0,47	65	0,16	70	0,17

En la tabla 2 se muestra la distribución de casos y tasas de incidencia, por Área Sanitaria, de las Enfermedades de Declaración Obligatoria con algún caso notificado en Asturias durante el año 2004.

Tabla 2: EDO. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h por Área Sanitaria. Asturias. 2004

Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)	Área Sanitaria																	
	Área I		Área II		Área III		Área IV		Área V		Área VI		Área VII		Área VIII		Asturias	
Númerica	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Gripe	738	1363,8	321	917,9	1651	1045,3	4731	1514,5	4855	1668,8	404	756,30	700	921,89	590	708,27	13.990	1327,47
Varicela	304	561,8	158	451,8	989	626,2	1620	518,6	2052	705,3	407	761,92	121	159,36	370	444,17	6.021	571,31
OPD	1713	3165,6	1062	3036,8	7124	4510,3	9374	3000,8	8707	2992,8	1935	3622,37	2683	3533,47	4020	4825,81	36.618	3474,56
Sífilis	0	0,0	0	0,0	18	11,4	12	3,8	16	5,5	3	5,62	2	2,63	2	2,40	53	5,03
Infección gonocócica	1	1,8	0	0,0	1	0,6	6	1,9	10	3,4	1	1,87	2	2,63	1	1,20	22	2,09
Datos Epidemiológicos Básicos																		
Rubéola	1	1,8	0	0,0	0	0,0	4	1,3	2	0,7	0	0,00	1	1,32	0	0,00	8	0,76
Parotiditis	5	9,2	4	11,4	16	10,1	17	5,4	28	9,6	8	14,98	9	11,85	2	2,40	89	8,44
Tosferina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,00	0	0,00	1	1,20	2	0,19
Nominal																		
Brucelosis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6	0	0,0	1	1,87	0	0,00	0	0,00	3	0,28
Hepatitis A	0	0,0	0	0,0	1	0,6	2	0,6	2	0,7	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,47
Hepatitis B	0	0,0	1	2,9	6	3,8	3	1,0	4	1,4	3	5,62	0	0,00	0	0,00	17	1,61
Hepatitis víricas, otras	1	1,8	0	0,0	2	1,3	6	1,9	12	4,1	1	1,87	5	6,58	2	2,40	29	2,75
Legionelosis	0	0,0	0	0,0	4	2,5	13	4,2	3	1,0	2	3,74	2	2,63	3	3,60	27	2,56
Paludismo	0	0,0	0	0,0	1	0,6	3	1,0	1	0,3	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,47
Tuberculosis respiratoria	3	5,5	5	14,3	23	14,6	60	19,2	70	24,1	5	9,36	23	30,29	34	40,82	223	21,16
Otras tuberculosis	2	3,7	5	14,3	4	2,5	11	3,5	8	2,7	0	0,00	6	7,90	5	6,00	41	3,89
Urgente																		
Enf meningocócica	0	0,0	1	2,9	3	1,9	2	0,6	7	2,4	1	1,87	1	1,32	1	1,20	16	1,52
Registro de casos																		
SIDA	2	3,7	0	0,0	1	0,6	6	1,9	8	2,7	1	1,87	2	2,63	0	0,00	20	1,90

Evaluación del sistema

En este apartado, se mide la **exhaustividad** en el número de declaraciones realizadas desde Atención Primaria.

Se valoran, para cada Área Sanitaria, dos aspectos: continuidad y globalidad del proceso de declaración obligatoria. Para ello, se emplean dos indicadores:

- **Índice de cobertura de declaraciones** (proporción de médicos que declaran respecto al total que deben declarar) que permite evaluar la globalidad del sistema.
- **Coefficiente de variación** de la cobertura de declaración a lo largo del año, que nos indica la variabilidad en la misma; es decir, es una medida de la continuidad y periodicidad del proceso. Se interpreta como una mejor continuidad la presencia de un menor valor de coeficiente de variación.

Todas las Áreas, excepto el Área IV, tuvieron una cobertura de declaración superior al 90%. Las Áreas con una mayor cobertura en el proceso de declaración fueron el Área VI (Arriondas, 100%), Áreas I y VII (Jarrio y Mieres, 99,7%), Área V (Gijón, 98,3%) y Área II (Cangas Narcea, 98%). Estos resultados mejoran los de años previos.

En cuanto a la variación en la declaración, el Área IV es, igualmente el que presenta unos peores resultados. Sin embargo, es de destacar la enorme mejoría de este Área Sanitaria con respecto a años previos.

Tabla 3: Cobertura y dispersión por Área Sanitaria. Asturias.2004.

Área Sanitaria	Media	Desviación Standard	Coefficiente dispersión
I	99,7%	1,24	1,25
II	98,0%	7,28	7,43
III	91,1%	7,90	8,68
IV	80,8%	10,92	13,52
V	98,3%	1,35	1,37
VI	100,0%	0,32	0,32
VII	99,7%	2,25	2,26
VIII	94,8%	2,57	2,71
Asturias	92,4%	3,42	3,70

3.2 Enfermedades de Transmisión Respiratoria

Bajo este epígrafe incluimos la gripe (enfermedad de declaración numérica), la tuberculosis, la legionelosis y la enfermedad meningocócica (enfermedades de declaración nominal).

Todas ellas son entidades de gran interés epidemiológico: la **gripe** por el elevado número de casos que ocasiona, alcanzando niveles epidémicos todos los años de modo habitual; la **tuberculosis** por su potencial de transmisión a partir de personas bacilíferas no tratadas; la **enfermedad meningocócica**, pese a su baja incidencia, por la enorme alarma social que genera pudiendo ocasionar la muerte de niños pequeños y la necesidad de intervenciones rápidas para evitar casos secundarios; y la **legionelosis** por ser una enfermedad que puede originar brotes urbanos a partir de instalaciones de uso colectivo.

Todas ellas han presentado una menor incidencia que durante el año 2003, tanto en Asturias como en España. En la tabla siguiente se muestra el número de casos de cada una de ellas durante 2004 y la tasa de incidencia que suponen.

Tabla 4: Enfermedades de transmisión respiratoria. Asturias y España 2004. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Enfermedad	Asturias		España	
	N° de casos	Tasa por 100.000 h	N° de casos	Tasa por 100.000 h
Gripe	13.990	1.327,5	546.098	1.322,9
Legionelosis	27	2,6	1.050	2,5
Tuberculosis	264 ¹	25,0	5.372 ²	13,0
Enf meningocócica	16	1,5	829	2,0

¹ Todas las tuberculosis

² Sólo Tuberculosis respiratorias+meningitis tuberculosas

3.2.1 Gripe

La gripe es una enfermedad sometida a Vigilancia Especial por la OMS, con el objetivo de identificar las cepas circulantes en cada temporada gripal y analizar la evolución de la incidencia. Estos hechos son fundamentales para decidir la composición de la vacuna para cada temporada.

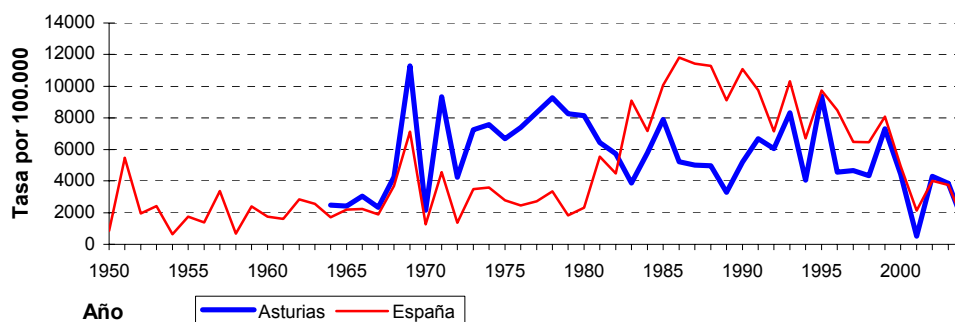
En Europa, es una de las enfermedades transmisibles que se incluye en la red de vigilancia epidemiológica de la Unión Europea, que recoge y analiza los datos mediante la red EISS (*European Influenza Surveillance Scheme*).

En España, además del sistema EDO, la gripe se vigila mediante una red de Sistemas de Vigilancia Centinela, dependientes de cada Comunidad Autónoma y formada por médicos y pediatras de Atención Primaria. Esta red permite recoger información epidemiológica individualizada de los casos (edad, sexo, estado vacunal etc) y se complementa con la toma de muestras para identificación virológica de las cepas de virus gripales circulantes cada temporada. Se trata de un sistema rápido, que permite realizar un seguimiento de la evolución de cada temporada, y conocer la distribución de la enfermedad entre la población, pero sin olvidar que se vigila sólo a una parte de la población.

Incidencia.

Durante el año 2004, fueron notificados al sistema de declaración obligatoria en Asturias 13.990 casos (tasa de 1.327 casos por 100.000 h). En España, se registraron 546.098 casos (tasa de 1.323 casos por 100.000 h). Esto supone un descenso relativo con respecto al año previo de un 63,4%. En el gráfico 2 se muestra la evolución de la enfermedad para Asturias y España desde 1950. En la última década, parece observarse una tendencia descendente.

Gráfico 2. Gripe. Asturias y España. 1950-2004. Tasa por 100.000 h

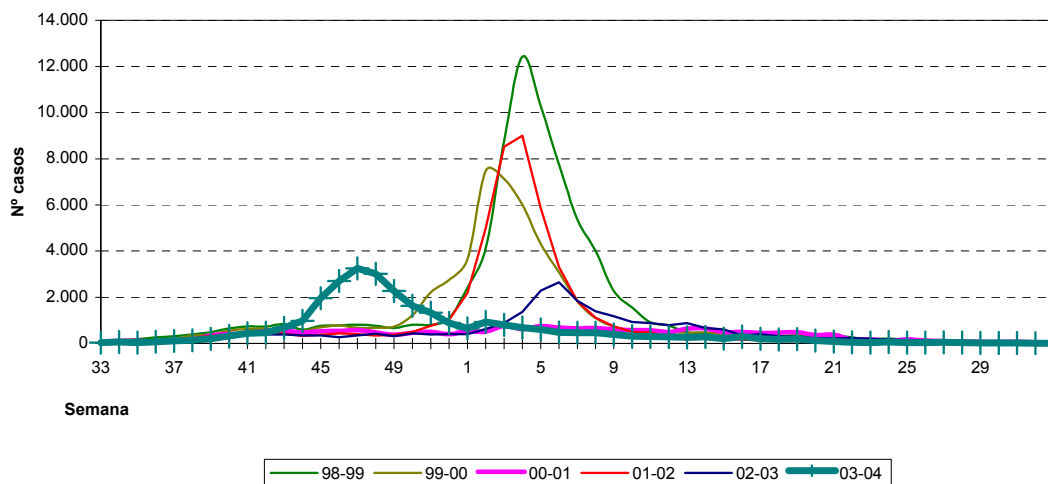


Estacionalidad.

La gripe es una enfermedad que se presenta en ondas epidémicas con claro componente estacional, por lo que su vigilancia se realiza por temporadas epidemiológicas. El periodo de estudio comienza en la semana 33 de un año y finaliza en la semana 32 del siguiente.

Durante la temporada epidemiológica 03-04, se produjeron 29.207 casos de gripe en Asturias, lo que supone una tasa de 2.716 casos por 100.000 h. Esta incidencia supone una actividad gripal claramente inferior a la mediana de las cinco temporadas previas. La semana de máxima incidencia fue, al igual que en el conjunto del país, la semana 47 (16 a 22 noviembre), adelantándose a lo habitual de los años anteriores. En el siguiente gráfico, observamos estas dos características que definen esta temporada.

Gráfico 3: Gripe en Asturias. Temporadas 98-04. Patrón epidemiológico anual

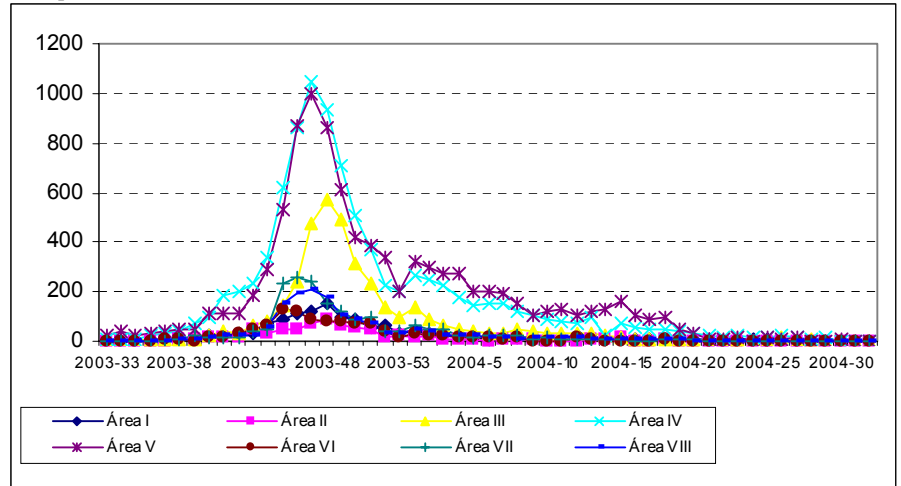


Las Áreas que presentaron una mayor incidencia fueron el Área V (tasa de 3.283 casos por 100.000 h) y el Área IV (tasas de 2.926 casos por 100.000 h). El Área VIII presentó la menor tasa, casi dos veces inferior a la de mayor incidencia.

Tabla 5: Gripe por Área Sanitaria Asturias. Temporada 03-04

Área	Temporada 03-04	
	Nº	Tasa
Área I	1.427	2.637
Área II	774	2.213
Área III	3.800	2.406
Área IV	9.140	2.926
Área V	9.552	3.283
Área VI	1.113	2.084
Área VII	1.833	2.414
Área VIII	1.568	1.882
Asturias	29.207	2.748

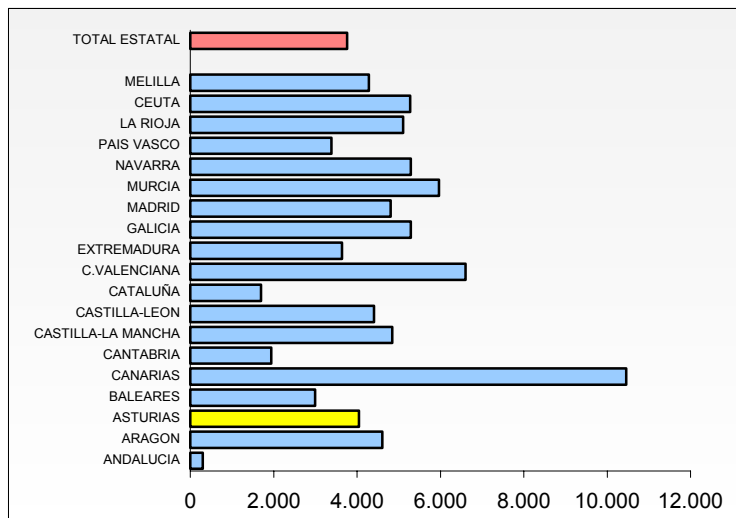
Gráfico 4: N° de casos por Área Sanitaria y semana epidemiológica. Asturias Temporada 03-04



Comparativo nacional

La CCAA con una mayor incidencia de gripe durante 2003 fue Canarias, con una tasa de 10.455 casos por 100.000 h.; Andalucía, con 300 casos por 100.000 h, fue la comunidad con la menor tasa. Asturias ocupa un lugar intermedio con una tasa de 4.000 casos por 100.000 h.

Gráfico 5: Gripe por CCAA. España 2003. Tasa de incidencia por 100.000 h



3.2.2 Tuberculosis respiratoria

Introducción

La tuberculosis ha sido una de las grandes causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país y Comunidad Autónoma, y, en la actualidad continúa siendo un importante problema de Salud Pública.

En la vigilancia de la tuberculosis juegan un papel importante los programas de control, ya que la notificación vía EDO está sujeta a una clara infradeclaración. Se estima en, aproximadamente, un 23% el porcentaje de casos que se escapan a este sistema y que podrían ser capturados con un sistema de búsqueda activa (CMBD, laboratorios de microbiología, etc). La única fuente de información para la obtención de datos sobre la tuberculosis en Asturias en 2004 ha sido el sistema EDO. Por tanto, los datos que se ofrecen en este informe como su comparación con años previos, deben ser interpretados con cautela.

Incidencia. Tendencias.

Durante el año 2004 se notificaron 223 casos de tuberculosis respiratoria en Asturias (212 pulmonares y 11 pleurales) lo que supone una tasa de 21,2 casos por 100.000 h, y 5.372 casos en España (tasa de 13 casos por 100.000 h). Esto supone un descenso relativo con respecto al año 2003 de un 12%, manteniéndose así una tendencia descendente, iniciada en 1998 y observada tanto en nuestra comunidad como en el resto de España.

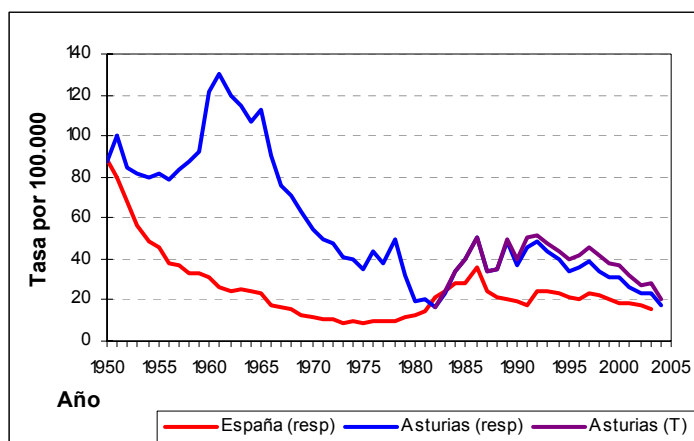
La tuberculosis en Asturias se ha mantenido siempre en niveles muy superiores a los de la media nacional, como se observa en el siguiente gráfico, y, aunque en la actualidad, se mantiene por encima, ha disminuido mucho la diferencia, tendiendo a la aproximación.

A continuación se muestran los datos de los últimos años, tanto para Asturias como para el conjunto nacional.

Tabla 6: TBC. Asturias y España. 1992-2004. N° de casos y tasa por 100.000 h

AÑO	Asturias		España	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1992	491	45,0	9.703	24,5
1993	444	40,7	9.067	22,8
1994	414	38,0	9.419	23,6
1995	351	32,3	8.101	20,2
1996	374	34,5	6.305	15,7
1997	418	38,6	9.351	23,1
1998	369	34,1	8.927	22,0
1999	332	30,8	8.298	20,4
2000	340	31,6	7.753	18,9
2001	281	26,4	7.441	18,2
2002	254	24,0	7.153	17,4
2003	252	23,8	6.743	16,4
2004	223	21,2	5.372	13,0
TOTAL	4.543	32,6	103.633	19,7

Gráfico 6: Tasa de incidencia por 100.000 h. Asturias y España. 1950-2004



El Área Sanitaria con una incidencia más elevada fue el Área VIII con una tasa de 40,8 casos por 100.000 h. El Área con la incidencia más baja fue el Área I con una tasa de 5,5 casos por 100.000 h.

Características de los casos

Distribución por edad y sexo

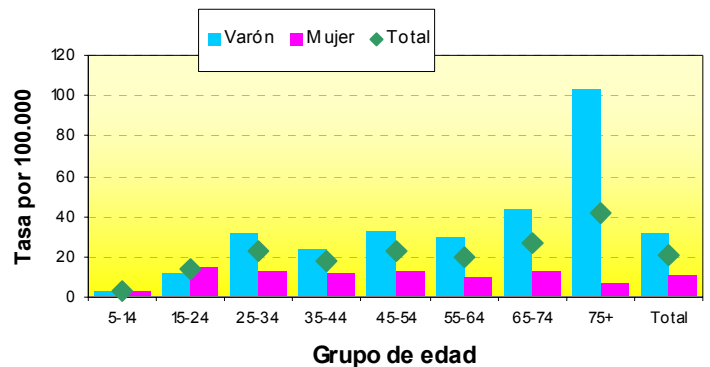
Según el género, hay un claro predominio masculino, como siempre lo ha sido. El 72,2% de los casos ocurrieron en varones siendo la tasa de incidencia para este sexo 2,8 veces superior a la del sexo femenino (31,6 casos por 100.000 h vs 11,2 casos por 100.000 h). Hasta los 24 años, la incidencia en mujeres es ligeramente superior a la de los hombres. Sin embargo, esta afirmación descansa en un pequeño número de casos. A partir de esta edad, comienza a manifestarse el predominio masculino siendo esta diferencia máxima en los mayores de 74 años donde la razón hombre/mujer es de 8:1.

El grupo de edad más afectado, de modo global, y más específicamente en varones, es el de la edad más avanzada con una tasa de 103 casos por 100.000. De este modo, continua la tendencia de desplazamiento de la enfermedad hacia estas edades, iniciada en el año 1996. Hasta entonces, las tasas más elevadas ocurrían en jóvenes hasta los 34 años. No obstante, en mujeres no se observa esta tendencia siendo las tasas similares para todos los grupos de edad de personas adultas excepto el grupo de mayores de 74 años cuya tasa es inferior.

Tabla 7: TBC por grupo de edad y sexo. Asturias 2004. N° de casos y tasa por 100.000 h

Grupo de edad	Varón		Mujer	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
5-14	1	2,6	1	2,7
15-24	8	11,7	10	15,3
25-34	26	32,1	10	12,6
35-44	19	23,8	10	12,1
45-54	24	32,5	10	13,0
55-64	16	29,4	6	10,1
65-74	25	43,3	9	12,8
75+	39	103	5	7,4
NS	3		1	
Total	161	31,6	62	11,2

Gráfico 7: TBC por edad y sexo. Asturias 2004. Tasa de incidencia por 100.000 h



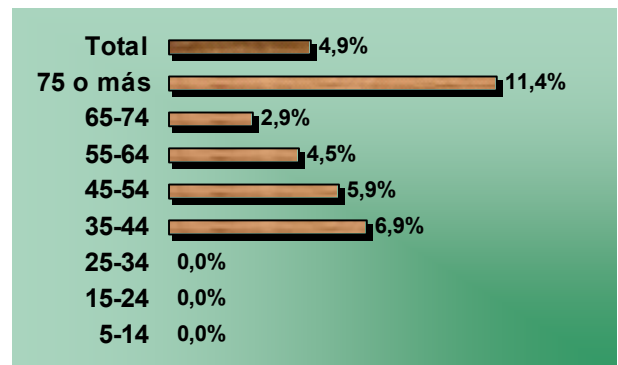
Mortalidad. Letalidad

Once pacientes fallecieron lo que supone una letalidad del 4,9% y una tasa de mortalidad de 1,02 casos por 100.000 h. La tasa de mortalidad más elevada fue, asimismo, en el grupo de mayores de 74 años.

Tabla 8: TBC. Asturias 2004. Casos y defunciones por grupo de edad. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Grupo de edad	Casos	Tasa	Defunciones	Tasa
5-14	2	2,6	0	0,0
15-24	18	13,4	0	0,0
25-34	36	22,4	0	0,0
35-44	29	17,8	2	1,2
45-54	34	22,5	2	1,3
55-64	22	19,4	1	0,9
65-74	34	26,6	1	0,8
75 o más	44	41,9	5	4,8
Desconocido	4		0	
Total	223	21,0	11	1,0

Gráfico 8: TBC. Asturias 2004. Letalidad por edad



Factores de riesgo

Ocho pacientes (3,6% del total) tenían una infección por VIH. La letalidad en este grupo de riesgo fue del 25% (2 fallecimientos). La incidencia de la tuberculosis respiratoria en este grupo de pacientes ha disminuido ligeramente en los últimos años y se ha reducido a la mitad desde el año 95 en que un 8% de los casos presentaban esta enfermedad de base.

Cinco pacientes eran inmigrantes procedentes de otros países. Once casos se asociaron a brotes familiares.

Clasificación de los casos

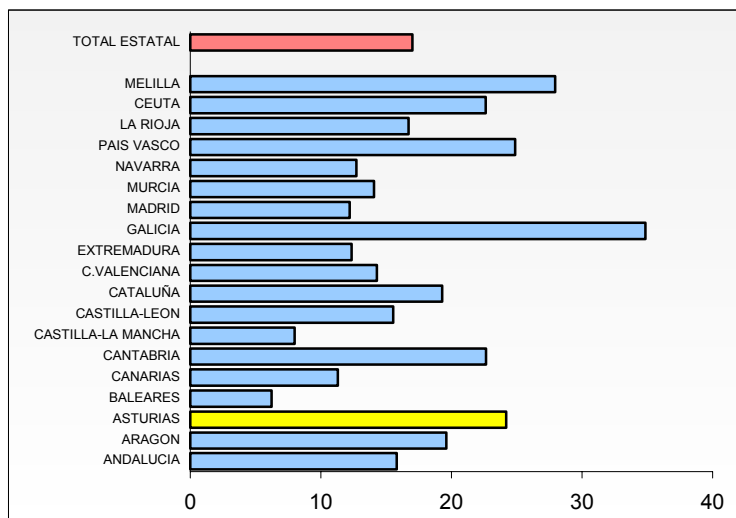
El 73,1% de los casos se confirmaron mediante cultivo. Además, un 17,5% de enfermos presentaron una baciloscopia positiva, desconociéndose el resultado del cultivo. En un 9,4% de casos, el diagnóstico se realizó por sospecha clínica.

Un 52,9% de pacientes eran bacilíferos y, por tanto, potenciales transmisores de la enfermedad.

Comparativo nacional

Asturias es una de las CCAA con mayor incidencia de tuberculosis respiratoria ocupando el cuarto lugar de España tras Galicia (tasa de 34,8), Melilla (tasa de 27,8) y País Vasco. La incidencia más baja corresponde a Baleares con 6 casos por 100.000 h.

Gráfico 9: Tuberculosis por CCAA. España 2003. Tasa de incidencia por 100.000 h



Otras tuberculosis

Se registraron 41 casos de otras tuberculosis (tasa de 3,8 casos por 100.000 h), lo que supone un descenso importante con respecto a años previos. La localización más frecuente fue la linfática (14 casos)

Tabla 9: TBC. Asturias. 1992-2004. Nº de casos y tasa por 100.000 h por localización.

Año	Osteoarticular		Genitourinaria		Linfática		Miliar		Meningea		Otras	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1992	3	0,3	4	0,4	14	1,3	7	0,6	0	0	9	0,8
1993	7	0,6	10	0,9	18	1,6	8	0,7	5	0,5	11	1,0
1994	2	0,2	3	0,3	25	2,3	17	1,6	7	0,6	7	0,6
1995	5	0,5	8	0,7	24	2,2	20	1,8	6	0,5	13	1,2
1996	5	0,5	8	0,7	23	2,1	15	1,4	2	0,2	9	0,8
1997	8	0,7	17	1,6	27	2,5	14	1,3	4	0,4	10	0,9
1998	5	0,5	14	1,3	31	2,8	12	1,1	1	0,1	17	1,6
1999	3	0,3	12	1,1	27	2,5	15	1,4	8	0,7	12	1,1
2000	3	0,3	10	0,9	20	1,8	7	0,6	4	0,4	14	1,3
2001	4	0,4	14	1,3	17	1,6	14	1,3	3	0,3	7	0,6
2002	3	0,3	6	0,6	13	1,2	5	0,5	1	0,1	8	0,7
2003	4	0,4	6	0,6	26	2,4	4	0,4	3	0,3	6	0,5
2004	2	0,2	7	0,7	14	1,3	6	0,5	2	0,2	10	0,9

Por Área Sanitaria, de modo global y para todas las formas de tuberculosis, las Áreas VII y VIII fueron las que presentaron una mayor tasa de incidencia.

Tabla 10: TBC por localización anatómica. Asturias 2004. Tasa por 100.000 h

Localización	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Asturias
Pulmonar	1,8	10,3	13,9	19,2	23,7	9,4	27,7	34,8	19,9
Pleural	1,8	0,0	0,6	0,3	0,3	0,0	2,6	6,0	1,0
Osteoarticular	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,2
Genitourinario	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	6,6	0,0	0,7
Linfática	1,8	2,9	1,3	1,3	0,7	0,0	0,0	3,6	1,2
Miliar	1,8	0,0	0,0	1,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,6
Meningea	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	1,3	0,0	0,2
Otras	0,0	8,6	1,3	0,3	1,0	0,0	0,0	1,2	0,9
TOTAL	7,4	28,6	17,1	22,7	26,8	9,4	38,2	46,8	24,7

Características de los casos

En las formas extrapulmonares desaparece la preponderancia del sexo masculino y la razón varón/mujer es de 1. Por edad, al igual que las formas pulmonares, la tasa de incidencia más elevada corresponde al grupo de mayores de 75 años (tasa de 8,6 casos por 100.000 h).

Tres pacientes presentaban una infección VIH como enfermedad de base.

Cinco pacientes fallecieron, lo que supone una letalidad global del 12,2%. En el grupo de pacientes con infección por VIH la letalidad fue del 33,3%,

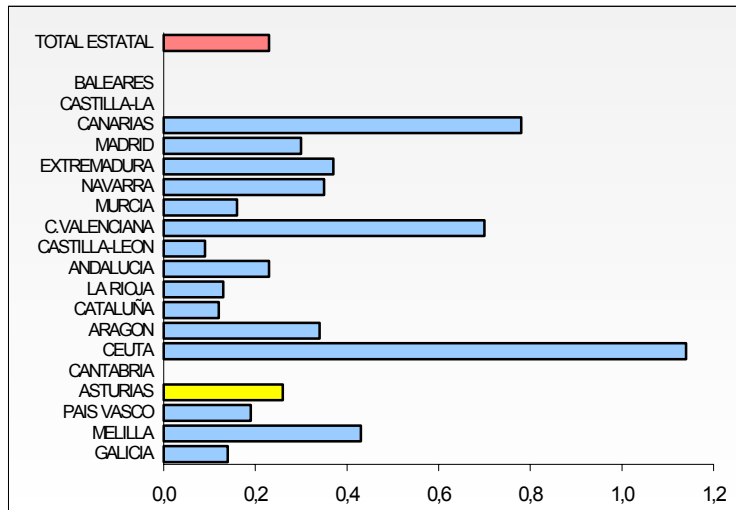
Siete pacientes (17% del total) tenían baciloscopia positiva.

Comparativo nacional

Sólo es posible realizar la comparación de las meningitis tuberculosas, ya que las otras formas de tuberculosis no son de declaración obligatoria nacional. Esta localización es muy poco frecuente, y durante el año 2003, se registraron en el total nacional 93 casos.

Ceuta fue la CCAA con una mayor tasa (1,14 casos por 100.000 h). En todas las demás CCAA, la tasa fue inferior a 1 caso por 100.000 h. Asturias tuvo una incidencia de 0,26 casos por 100.000 h, muy similar a la global para España (0,23 casos por 100.000 h).

Gráfico 10: Meningitis tuberculosa por CCAA. España 2003. Tasa de incidencia por 100.000 h



3.2.3 Legionelosis

Introducción

La Legionelosis es una enfermedad de declaración obligatoria en España desde el año 1997 y en Asturias desde el año 1999.

Es importante señalar que puede considerarse una enfermedad emergente ya que el microorganismo causante de la enfermedad ha visto favorecida su difusión debido a las actuales condiciones de vida. Sin embargo, su tendencia creciente en los últimos años se relaciona, asimismo, con la disponibilidad desde la segunda mitad de los 90 de un test diagnóstico muy sensible y específico que permite la detección de casos de modo muy precoz.

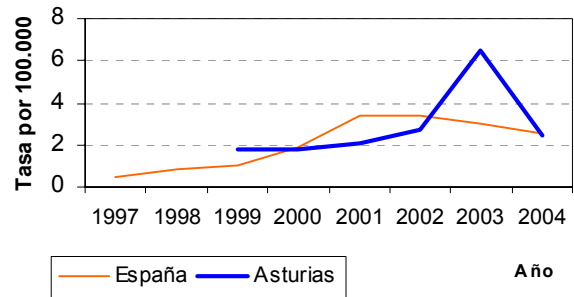
Incidencia. Tendencias

Durante el año 2004 se notificaron 25 casos aislados y 2 casos relacionados de legionella (tasa de 2,6 casos por 100.000 h). Esto supone un descenso importante con respecto al año 2003, en que se produjeron 69 casos, de los que 26 se asociaron a 4 brotes ocurridos durante el verano y 11 fueron casos relacionados (relación espacial pero en un intervalo de tiempo superior a 6 meses).

La tasa del año 2004 es muy similar a la registrada en el conjunto nacional para el mismo periodo. En la siguiente tabla y gráfico se muestran los datos para Asturias y España desde el año 1997 (año en que pasa a ser enfermedad de declaración obligatoria). En España, se muestra una tendencia ascendente hasta el año 2002 observándose una ligera disminución de la incidencia en los dos últimos años. En Asturias, se observa la misma tendencia, distorsionada por los brotes ocurridos en 2003.

Tabla 11 y Gráfico 11: Legionelosis. Asturias (EDO, búsqueda activa) y España (EDO) Años 1992-2004. N° de casos y tasa por 100.000 h

AÑO	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1997			191	0,5
1998			342	0,8
1999	19	1,8	430	1,1
2000	19	1,8	749	1,8
2001	22	2,1	1.404	3,4
2002	29	2,7	1.406	3,4
2003	69	6,5	1.263	3,1
2004	27*	2,6	1.050	2,5
Total	185	2,9	6.835	2,1



* No incluye búsqueda activa

Por Área Sanitaria, el Área IV es el que muestra de modo global, en estos seis años, una incidencia más elevada, influenciada, en gran medida, por el aumento asociado a los cuatro brotes ocurridos en este Área durante el año 2003.

Tabla 12: Legionelosis. Asturias. Años 1999-2004 por Área Sanitaria de residencia. Número de casos y tasas por 100.000 h.

Área	1999		2000		2001		2002		2003		2004*	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
I	0	0	1	1,8	0	0,0	1	1,8	2	3,7	0	0,0
II	0	0	0	0	1	2,9	0	0,0	1	2,9	0	0,0
III	2	1,3	4	2,5	7	4,4	0	0,0	4	2,5	4	2,5
IV	12	3,8	8	2,6	8	2,6	9	2,9	43	13,8	13	4,2
V	4	1,4	5	1,7	4	1,4	15	5,2	12	4,1	3	1
VI	0	0	1	1,9	1	1,9	0	0,0	2	3,7	2	3,7
VII	1	1,3	0	0	0	0,0	2	2,6	4	5,3	2	2,6
VIII	0	0	0	0	1	1,2	2	2,4	1	1,2	3	3,6
Asturias	19	1,8	19	1,8	22	2,1	29	2,7	69	6,5	27	2,4

Características de los casos

Distribución por edad y sexo

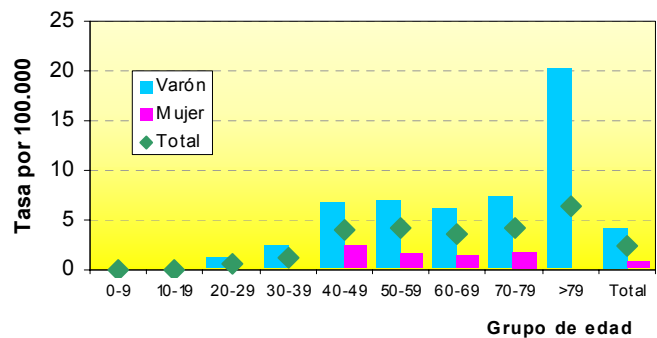
Aunque en esta enfermedad está descrito un predominio masculino de 2,5/1, la razón varón/mujer fue muy superior a la esperada (4,4:1)

La mayor tasa de incidencia fue la registrada para pacientes mayores de 79 años. En este grupo de edad, la tasa en varones fue de 20,2 casos por 100.000 h frente a 0 casos por 100.000 h en mujeres. En el siguiente gráfico se representan las tasas de incidencia del año 2004 por edad y sexo.

Tabla 13. Legionelosis. Asturias Año 2004. Número de casos y tasas por 100.000 h edad y sexo

Edad	Hombres		Mujeres	
	N°	Tasa	N°	Tasa
0-9	0	0	0	0
10-19	0	0	0	0
20-29	1	1,2	0	0
30-39	2	2,5	0	0
40-49	5	6,7	2	2,4
50-59	4	7,1	1	1,7
60-69	4	6,2	1	1,4
70-79	3	7,4	1	1,8
80 y más	3	20,2	0	0
TOTAL	22	4,2	5	0,9

Gráfico 12: Legionelosis. Asturias 2004. Distribución por edad y sexo



El factor de riesgo más importante fue el tabaquismo, presente en el 50% de los casos, seguido de la diabetes en un 20% de casos.

Clasificación de casos

Todos los casos fueron comunitarios. No se registró ningún caso nosocomial.

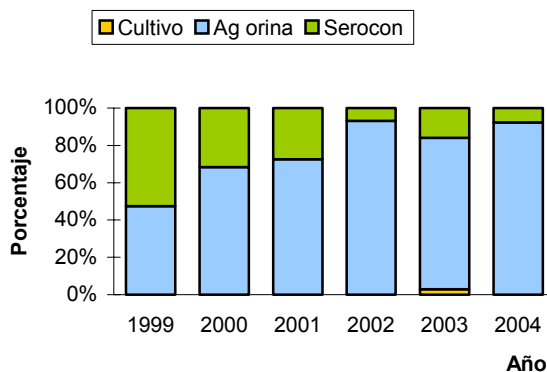
En la siguiente tabla se describen los casos nosocomiales identificados desde 1999.

Tabla 14: Legionelosis nosocomial. Asturias 1999-2004

Año	Edad	Sexo	Profesión	Concejo	Diagnóstico	Factor de Riesgo	Hospital	Nosocomial
1999	35	Hombre	Leñador	Villaviciosa	Ag orina	Fumador	Cabueñes	Probable
1999	65	Hombre	Jubilado	Siero	Seroconversión	Diabetes, EPOC	Valle Nalón	Confirmado
1999	64	Hombre	No consta	Oviedo	Seroconversión	Fumador, EPOC, tumor	Central	Probable
2001	46	Mujer	SL	Llanes	Ag orina	Enf renal, tumor, inmunosupresión	Central	Confirmado
2001	66	Hombre	Jubilado	Soto del Barco	Ag orina	Diabetes, inmunosupresión	Central	Confirmado
2003	88	Hombre	Jubilado	Villaviciosa	Ag orina	Fumador, EPOC	Cabueñes	Confirmado

El diagnóstico se realizó por presencia de antígeno en orina en el 92% de los casos. Sólo en dos casos el diagnóstico fue hecho por seroconversión. Es llamativa y comprensible, dada la rapidez y fiabilidad de la misma, la generalización como método diagnóstico de esta prueba que, en el año 1999, sirvió para el diagnóstico de menos del 50% de casos siendo el método diagnóstico predominante la determinación serológica de anticuerpos frente a la legionella. No obstante, no se ha realizado búsqueda activa de casos para el año 2004, en la que es habitual detectar los casos tardíos por seroconversión que no suelen notificarse al sistema EDO.

Gráfico 13: Legionelosis en Asturias. 1999-2004. Base diagnóstica por año



Evolución

La evolución fue hacia la curación en 22 casos (81,5%); 2 casos fallecieron (letalidad: 7,4%), lo que representa una tasa de mortalidad de 0,19 casos por 100.000 h.

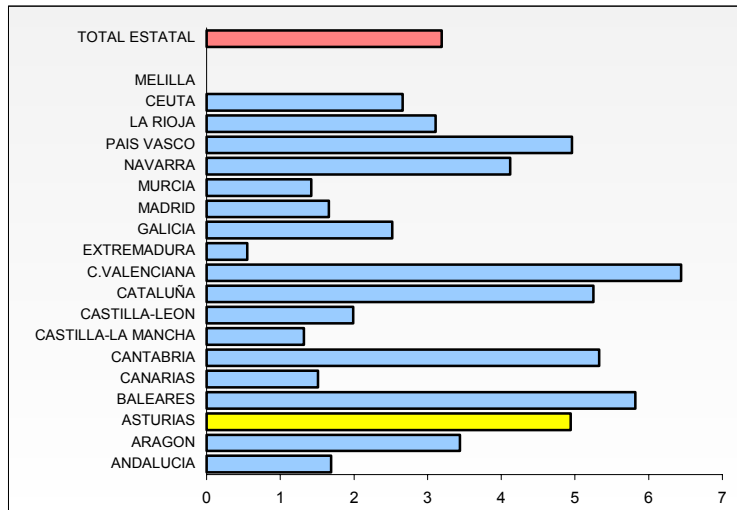
Tabla 15: Legionelosis. Asturias y España. 1997-2004. Tasa de mortalidad por 100.000 h. Letalidad.

Año	Asturias			España		
	Fallecidos	Tasa	Letalidad	Fallecidos	Tasa	Letalidad
1997				12	0,03	6,3%
1998				7	0,02	2,0%
1999	1	0,1	5,3%	12	0,03	2,8%
2000	3	0,3	15,8%	25	0,06	3,3%
2001	0	0,00	0,0%	20	0,05	1,4%
2002	2	0,2	6,9%	16	0,04	1,1%
2003	2	0,2	2,9%			
2004	2	0,2	7,7%			

Comparativo nacional

La CCAA con una mayor incidencia de legionella durante 2003 fue la Comunidad Valenciana, que registró tasas de 6 casos por 100.000 h. Asturias ocupó el sexto lugar con una tasa superior a la media nacional, en relación con cuatro brotes ocurridos en Oviedo en el verano de dicho año.

Gráfico 14: Legionelosis por CCAA. España 2003. Tasa de incidencia por 100.000 h



3.2.4 Enfermedad meningocócica

Introducción

La importancia de la enfermedad meningocócica radica en que es una de las enfermedades infecciosas que más alarma social crea debido a la evolución fulminante de algunos casos.

Los casos se suelen presentar de forma esporádica, pudiendo también producirse pequeñas agrupaciones o, incluso, amplios brotes epidémicos. Los serogrupos B y C son responsables del 80-90% de los casos.

El serogrupo predominante en España ha sido tradicionalmente el B (para el que no hay vacuna), pero, a partir de 1995, se observó un incremento en el aislamiento de cepas del serogrupo C. Este incremento motivó que, en 1997, en Asturias y otras CCAA, se hayan realizado campañas de vacunación frente al meningococo C, incorporándose en el año 2000 al calendario vacunal. En el año 1997 no se disponía de vacuna conjugada, por lo que se utilizó la vacuna de polisacáridos A+C, que no es inmunógena en niños menores de 2 años y, además, confiere una protección de duración limitada en los niños de más edad.

Esta enfermedad requiere, en función del serogrupo causal, actuaciones de quimioprofilaxis y/o vacunación en el entorno del enfermo (familia, contactos íntimos, colectivos), a ser posible en las primeras 24 horas, con el fin de interrumpir la transmisión de la infección e impedir la aparición de casos secundarios. De ahí, el hecho de que sea considerada una enfermedad de declaración urgente.

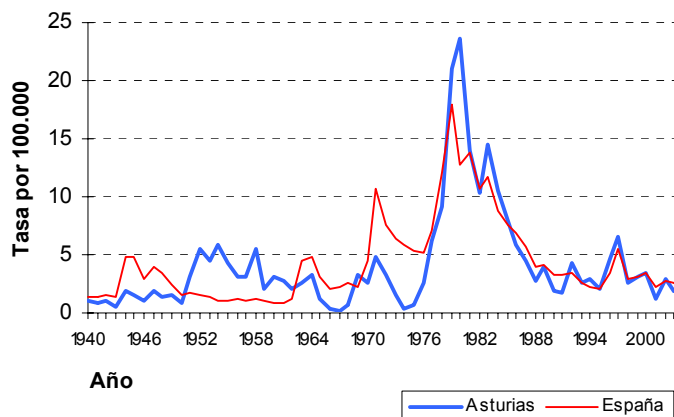
Incidencia. Tendencias

Durante el año 2004 fueron notificados 16 casos de enfermedad meningocócica, lo que supone una tasa de incidencia global de 1,5 casos por 100.000 h. Esta cifra es ligeramente inferior a la del año 2003, en que se habían registrado 21 casos. Con respecto al conjunto de España, las tasas de nuestra Comunidad son ligeramente inferiores.

Tabla 16: Enf meningocócica. Asturias y España. 1990-2004. Nº de casos. Tasas de incidencia

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1990	22	2,0	1258	3,2
1991	18	1,6	1308	3,3
1992	47	4,3	1344	3,4
1993	29	2,7	1009	2,5
1994	32	2,9	915	2,3
1995	22	2,0	854	2,1
1996	50	4,6	1384	3,4
1997	72	6,6	2210	5,5
1998	29	2,7	1132	2,8
1999	33	3,1	1195	2,9
2000	38	3,5	1393	3,4
2001	14	1,3	908	2,2
2002	31	2,9	1102	2,7
2003	21	2,0	1007	2,4
2004	16	1,5	829	2,0

Gráfico 15: Enf meningocócica. Asturias y España. 1940-2004. Tasa de incidencia por 100.000 h



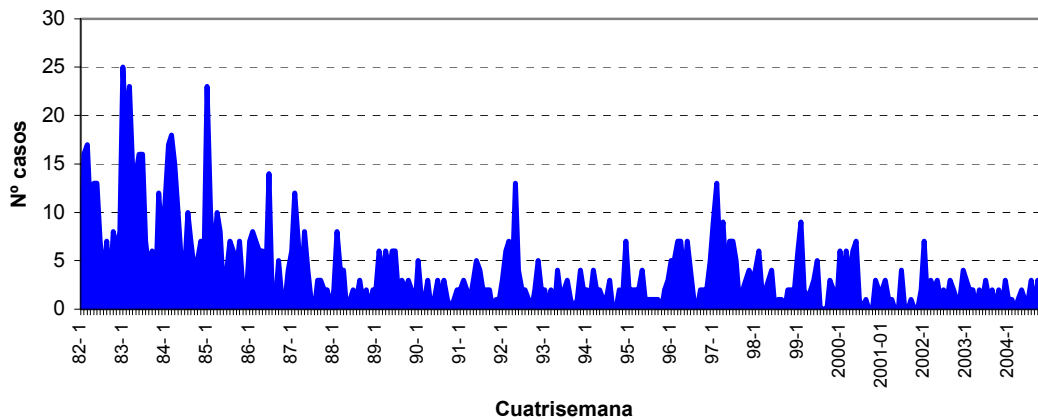
De la serie histórica de la enfermedad, es de reseñar que la incidencia se había mantenido en niveles bajos (en torno a 5 casos por 100.000 h) con excepción de la onda epidémica registrada en los años 80 en que se alcanzaron tasas de 20 casos por 100.000 h. Durante el año 97 se produjo un pequeño pico (tasa de 6,6 casos por 100.000 h) que, unido a un cambio epidemiológico de la enfermedad con predominio del serogrupo C, motivó una alarma social importante que condujo a la vacunación de la población.

Dinámica de presentación

La enfermedad meningocócica tiene un componente estacional, con predominio en los meses fríos, por ello es más correcto realizar el análisis por temporada epidemiológica. La temporada se inicia la semana 41 de un año y finaliza la semana 40 del año siguiente. La tasa de incidencia de la temporada 2003-2004 fue de 1,65 casos por 100.000 h.

En el gráfico 16, que muestra la evolución de casos cuatrisesmanales se observa la típica evolución en picos propia de las enfermedades estacionales.

Gráfico 16: Enfermedad meningocócica. Asturias 1982-2004. Casos cuatrisesmanales.



Distribución espacial.

Las Áreas con tasas de incidencia más elevadas, en torno a 2,5 casos por 100.000 h y año fueron la II, la III y la V. El Área con una tasa de incidencia más baja (0,3 casos por 100.000) fue el Área IV. En la siguiente tabla se muestra la incidencia por temporada y Área.

Tabla 17: Enf meningocócica. Asturias 1999-2004. Tasa de incidencia por Área y temporada.

Temporada	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Asturias
92-93	1,7	0,0	0,0	1,3	6,3	3,5	2,3	6,4	3,0
93-94	1,7	9,7	1,9	2,6	3,5	0,0	3,5	2,1	2,8
94-95	0,0	4,9	0,6	1,6	3,9	3,5	2,3	4,3	2,5
95-96	3,3	9,7	2,5	3,9	1,1	5,2	4,7	15	4,2
96-97	13,9	18,3	5,6	5,4	4,5	9,1	4,9	8,8	6,5
97-98	5,2	2,6	4,4	1,9	4,5	0,0	1,2	2,2	3,0
98-99	0,0	2,6	5,0	3,2	2,8	1,8	3,7	3,3	3,1
99-00	0,0	0,0	3,7	5,1	3,8	0,0	3,7	2,2	3,5
00-01	3,5	0,0	3,7	0,3	2,1	0,0	1,2	1,1	1,6
01-02	1,7	2,6	1,9	3,8	2,4	0,0	0,0	3,3	2,5
02-03	0,0	0,0	2,5	2,2	2,8	0,0	2,4	1,1	2,0
03-04	1,7	2,6	2,5	0,3	2,8	1,8	1,2	1,1	1,7

Características del agente infeccioso

Del total de casos, 11 (68,7%) estuvieron causados por meningococo del serogrupo B; 2 casos (12,5%) por meningococo C y en 3 casos no se logró identificar serogrupo.

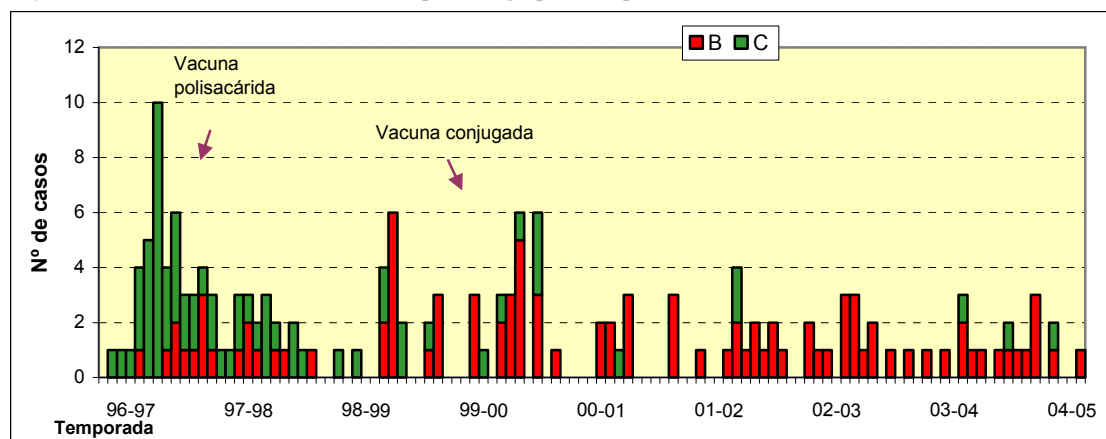
La temporada 03-04 es la cuarta tras la introducción de la vacuna conjugada C en el calendario vacunal y la séptima tras la vacunación con vacuna polisacárida A+C. La consecuencia de ello ha sido una práctica desaparición de casos por este serogrupo, que ya no afecta a niños. Los dos casos registrados por este serogrupo en el año 2004 se describen a continuación:

Tabla 18: Enfermedad meningocócica serogrupo C. Asturias 2004. Descripción de casos

Casos	Sexo	Edad	Área	Enfermedades de base	Serotipo	Evolución
1	Femenino	79 años	V	Mieloma	C:2a:P1.5	Fallecimiento
2	Femenino	34 años	IV	Infección VIH Hepatopatía VHB, VHC	—	Fallecimiento

En el siguiente gráfico se observa la evolución de la incidencia por serogrupos desde el año 96 hasta la actualidad.

Gráfico 17: Serie de casos cuatrisesmanales por serogrupos. Temporadas 96-97 a 03-04

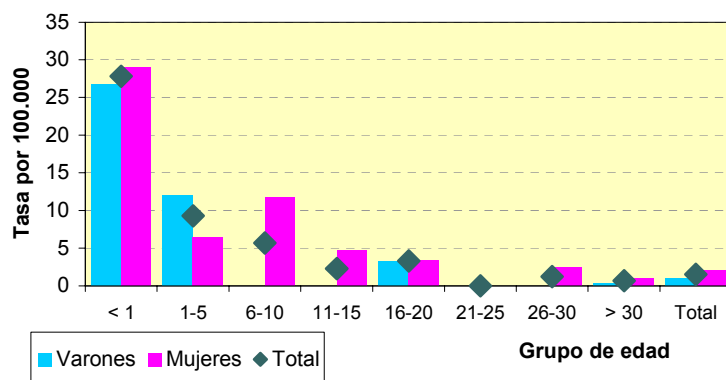


Características de los casos

Distribución por edad y sexo

Los tasas de incidencia más elevadas por edad corresponden a los niños de 0 a 1 año y de 1 a 4 años (27,7 y 11,6 casos por 100.000 h respectivamente). Sin embargo, el mayor número de casos (una tercera parte de los mismos) ocurren en mayores de 30 años. Por sexo, las mujeres son las más afectadas, con una tasa de 2 casos por 100.000 h vs 1 caso por 100.000 h en varones. En el siguiente gráfico se muestra la distribución de casos por edad y sexo.

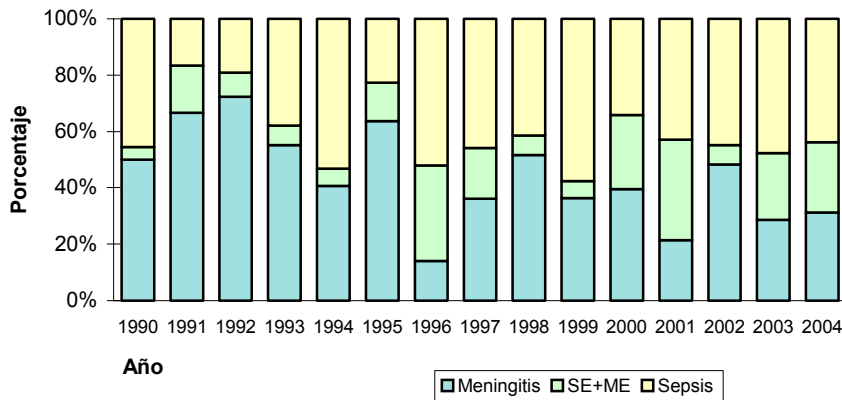
Gráfico 18: Enfermedad meningocócica. Asturias 2004. Tasa por edad y sexo.



Forma clínica

La forma clínica de presentación más frecuente fue la sepsis (44% de casos). La meningitis se presentó en un 31% de casos. En el resto, se combinaron ambas formas de manifestación de la enfermedad. Aunque oscila con los años y no presenta un patrón claro de presentación, podemos decir que la meningitis como manifestación clínica predominante ha dejado el paso a la sepsis (sola o combinada con ella).

Gráfico 19: Enfermedad meningocócica. Asturias 1990-2004. Distribución por forma clínica



Mortalidad. Letalidad.

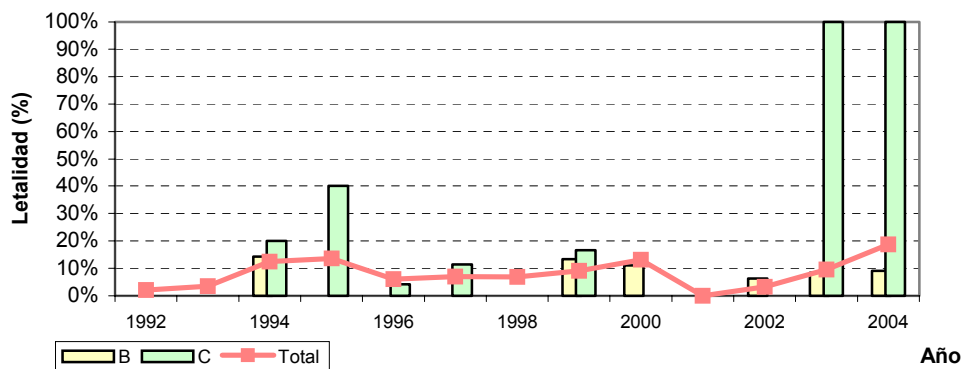
Durante el año 2004, fallecieron 3 casos por enfermedad meningocócica, lo que supone una tasa de 0,28 casos por 100.000 h. Esta tasa es la más elevada desde el año 2000 y supone un incremento relativo del 35% con respecto al año previo.

La letalidad de la enfermedad meningocócica en su conjunto fue de un 18,8%. Sin embargo, por serogrupos, el C tuvo una letalidad del 100% (los únicos dos casos que hubo fallecieron) y el B del 9,1% (1 caso de 11). No se produjo ningún fallecimiento en edad infantil.

Tabla 19: Nº de defunciones y letalidad por serogrupo. Asturias. Temporadas 99-00 a 03-04

	Defunciones					Letalidad				
	99-00	00-01	01-02	02-03	03-04	99-00	00-01	01-02	02-03	03-04
Serogrupo B	1	1	0	2	0	5,9%	9,1%	0,0%	15,4%	0,0%
Serogrupo C	0	1	0	0	3	0,0%	50,0%	0,0%		100,0%
Total	3	0	2	2	3	7,9%	0,0%	7,4%	9,1%	16,7%

Gráfico 20: Letalidad por serogrupo. Asturias 1992-2004



Clasificación de casos

En el 81% de casos el diagnóstico se confirmó por aislamiento del germen. El resto fueron casos sospechosos/probables. Con los años, ha aumentado el número de casos confirmados que, en los cinco años previos, se mantenía en torno a un 65%.

Evaluación de la introducción de la vacuna en el calendario vacunal

En el año 1997, se realizó una campaña de vacunación utilizándose en ese momento la vacuna de polisacáridos A+C. Se vacunó a población con edades comprendidas entre los 18 meses y los 19 años de edad.

En el año 2000, al disponer de una vacuna conjugada frente a meningococo C, más eficaz y de protección más prolongada, se realizó una campaña de *catch-up*, vacunando a niños entre 2 meses y 6 años de edad, y se incluyó en el calendario vacunal con la pauta de 2-4-6 meses.

La consecuencia fue un descenso de la incidencia de la meningitis por meningococo C, que pasó de una tasa de 0,55 casos por 100.000 h en temporada prevacunal a una tasa de 0,28 casos por 100.000 h en la última temporada de la que disponemos de datos (2003-2004). En números absolutos supone un descenso de 6 a 3 casos respectivamente.

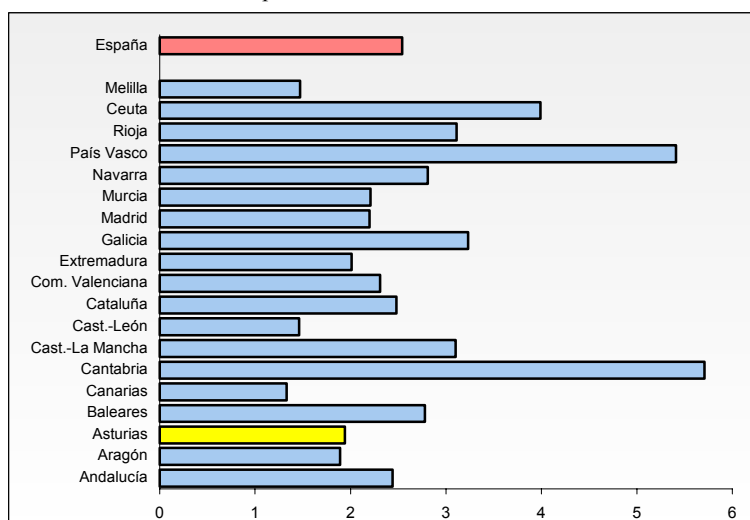
Si tenemos en cuenta la edad, no se produce ningún caso de meningitis C en niños menores de 15 años desde el año 2001 en que se produjo un caso en un niño del grupo de 11 a 15 años. Previamente, más de una tercera parte de los casos por este serogrupo ocurrían en niños pequeños.

Con respecto al estado vacunal, de los 7 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C ocurridos desde la primera temporada postvacunal hasta la actualidad, sólo uno estaba vacunado frente al meningococo C y con vacuna polisacáridica.

Comparativo nacional

Asturias es una de las CCAA con tasas más bajas de enfermedad meningocócica. Sin embargo, Cantabria y el País Vasco se colocan a la cabeza con tasas superiores a 5 casos por 100.000 h. En el siguiente gráfico se muestran estos datos. De modo global y, en la mayor parte de CCAA, con respecto al año previo, la incidencia ha disminuido.

Gráfico 21: Tasas de incidencia por CCAA. Años 2002-2003



3.3 Enfermedades vacunables

Son enfermedades, tradicionalmente infantiles, que se pueden controlar e, incluso, eliminar o erradicar manteniendo programas adecuados de vacunación. Cada una de ellas tiene peculiaridades propias que justifican su vigilancia.

El sarampión y la poliomielitis están sometidos a planes de eliminación por parte de la OMS, siendo la vigilancia uno de los pilares básicos para alcanzar este objetivo. Algo similar ocurre con la rubéola, enfermedad que, en mujeres embarazadas, puede transmitirse al feto y ocasionar graves malformaciones e, incluso, la muerte fetal, habiendo en la actualidad estrategias en marcha para eliminar el síndrome de rubéola congénita.

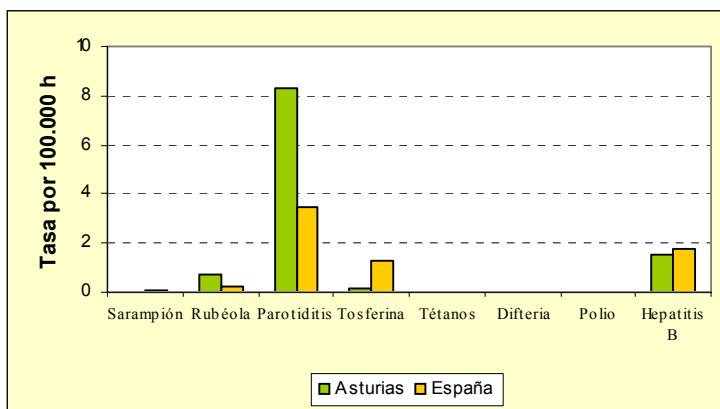
La parotiditis puede ocasionar complicaciones graves en adolescentes y adultos, por lo que es importante asegurar que los niños lleguen protegidos a estas edades. La tos ferina, por el contrario, afecta con mayor frecuencia y más complicaciones a niños pequeños, especialmente menores de 6 meses.

La varicela es una de las enfermedades de declaración obligatoria con mayor incidencia y se considera que, prácticamente, todas las personas se acaban infectando a lo largo de la vida, especialmente durante la infancia.

La hepatitis B es una enfermedad de transmisión, básicamente, sexual. Hoy día, está incluida en calendario vacunal. En España, se inició la vacunación sistemática de recién nacidos en el año 2000. Previamente, desde el año 1994, se vacunaba a adolescentes de 13-14 años.

Tabla 20: Enfermedades vacunables. Asturias y España. 2004. Gráfico 22: Enf vacunables. Asturias y España. 2004
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h. Tasa de incidencia por 100.000 h.

Enfermedades vacunables	Asturias		España	
	Nº casos	Tasa	Nº casos	Tasa
Sarampión	0	0	25	0,06
Rubéola	8	0,8	89	0,22
Parotiditis	89	8,4	1421	3,44
Tétanos	0	0	0	0
Difteria	0	0	0	0
Tosferina	2	0,2	511	1,24
Poliomielitis	0	0	0	0
Varicela	6.021	571,3	230.185	557,6
Hepatitis B	17	1,6	712	1,72



3.3.1 Sarampión

Introducción

En 1998, la Oficina Regional para Europa de la OMS aprobó el Plan Estratégico de Eliminación del Sarampión, con dos objetivos básicos: disminuir la morbi-mortalidad por esta enfermedad y eliminar el sarampión autóctono de la Región para el año 2007.

En este contexto, y dentro del Plan de Acción Nacional, Asturias pone en marcha en el año 2000 el "Plan para la Eliminación del Sarampión en Asturias" que pretendía erradicar esta enfermedad para el año 2005 en nuestra Comunidad Autónoma. Para llevarlo a cabo se ha reforzado la vigilancia epidemiológica de la enfermedad, cambiando el modo de notificación y pasando a ser enfermedad de declaración urgente, debiendo declararse antes de 24 horas tras el

establecimiento de la sospecha clínica, por el medio más rápido, y asegurando la toma de muestras adecuadas para confirmar o descartar la enfermedad.

Incidencia. Tendencias.

Durante el año 2004, el cuarto desde la puesta en marcha del “Plan de Eliminación del Sarampión en Asturias”, se han notificado dos casos sospechosos que, tras la realización de los estudios pertinentes, han sido descartados.

- El primero de ellos, en marzo, correspondía a un niño de 3 años del concejo de Avilés, correctamente vacunado con dos dosis de triple vírica, en el que se aisló estreptococo en faringe.
- El segundo caso, en octubre, también del concejo de Avilés, era una niña de 9 meses con alta sospecha clínica de parvovirus.

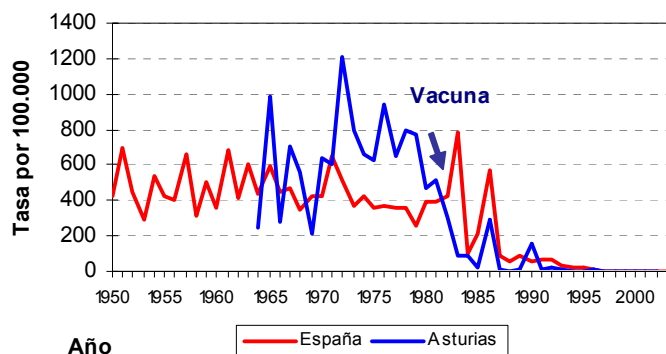
El último caso de sarampión en nuestra Comunidad Autónoma es del año 1999 remontándose los últimos brotes identificados en Asturias a 1.986 (3.196 casos, tasa de 287,6 casos por 100.000 h) y 1.990 (1.721 casos, tasa de 156,9 casos por 100.000 h). En España, todavía se siguen registrando casos, siendo 25 los casos notificados en 2004. Esto supone un descenso importante con respecto a 2003 en que aún se registraron 246 casos.

Los datos referentes a Asturias y España en los últimos años se muestran en la siguiente tabla y gráfico. Es de reseñar que hasta la introducción de la vacuna antisarampión en 1977, la incidencia acumulada anual era muy elevada y se mantenía en torno a 429 casos por 100.000 h en España y 600 casos por 100.000 h en Asturias. A partir de este momento, se observa una tendencia descendente y la incidencia disminuye hasta 0,1 casos por 100.000 h en la actualidad.

Tabla 21: Sarampión. Asturias y España 1990-2004
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h.

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1990	1.721	156,9	21.650	55,1
1991	169	15,4	24.445	62,0
1992	214	19,6	24.460	61,8
1993	63	5,8	11.977	30,1
1994	5	0,5	6.845	17,1
1995	23	2,1	8.804	22,0
1996	66	6,1	4.877	12,1
1997	3	0,3	1.839	4,5
1998	4	0,4	446	1,1
1999	7	0,6	244	0,6
2000	0	0,0	152	0,4
2001	0	0,0	107	0,3
2002	0	0,0	89	0,2
2003	0	0,0	246	0,6
2004	0	0,0	25	0,1

Gráfico 23: Sarampión. Asturias y España. 1950-2004.
Tasa de incidencia por 100.000 h



Evaluación de la introducción de la vacuna en el calendario vacunal

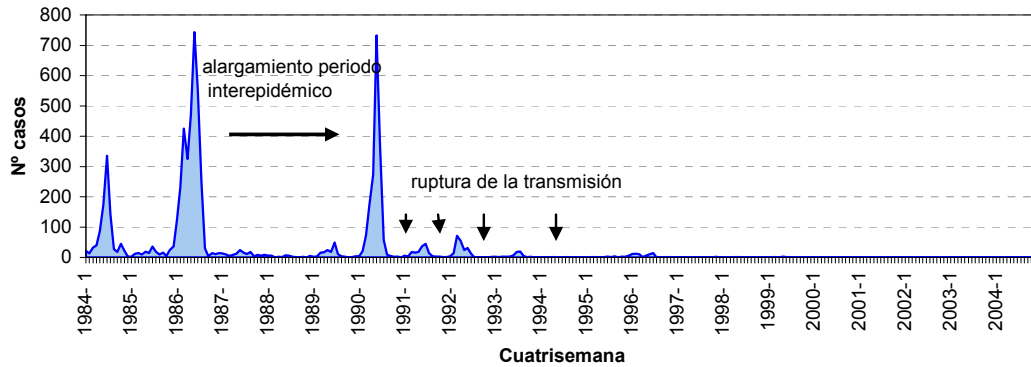
El mayor impacto que ha supuesto la introducción de la vacuna del sarampión, en números absolutos, ha sido una reducción drástica de la morbilidad.

El año de máxima incidencia del sarampión en Asturias de modo previo a la vacunación fue el año 1972 con 12.678 casos que suponen una incidencia de 1.205 casos por 100.000 h. En los

últimos cinco años, se ha interrumpido la transmisión del virus del sarampión en Asturias, no registrándose ningún caso desde 1999.

Tras la introducción de la vacuna, se produjo un alargamiento del periodo interepidémico y una ruptura de la transmisión, como se observa en el gráfico 24.

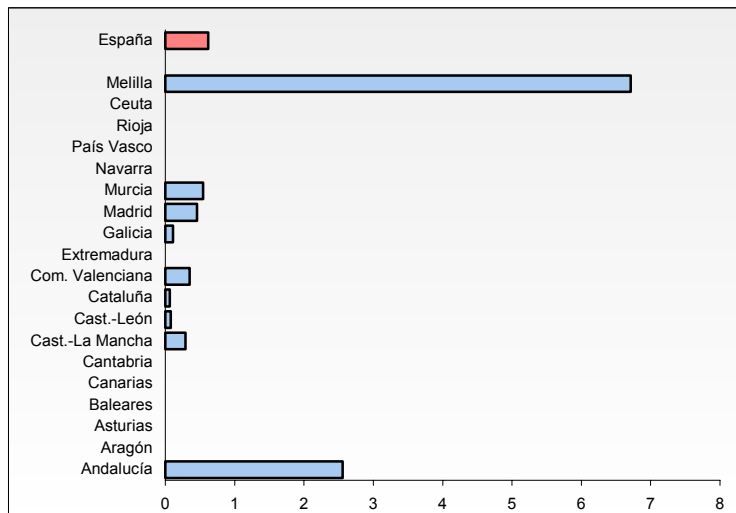
Gráfico 24: Sarampión en Asturias 1984-2004. Serie de casos cuatrisesmanales



Comparativo nacional

Melilla es la Comunidad Autónoma con una mayor tasa de incidencia de sarampión (6,7 casos por 100.000 h). Le sigue Andalucía (2,6 casos por 100.000 h) donde se registró el mayor número de casos en 2003. En 10 CCAA no se registró ningún caso de sarampión.

Gráfico 25. Sarampión por CCAA. España 2003. Tasa de incidencia por 100.000 h



3.3.2 Rubéola

Introducción

La rubéola es una enfermedad potencialmente erradicable.

La Región Europea de la OMS ha puesto en marcha un Plan, integrado en el Plan de Eliminación del Sarampión, cuyo objetivo para el año 2010 es conseguir menos de 1 caso de rubéola congénita por cada 100.000 nacidos vivos.

Los principales componentes de las estrategias de eliminación son los siguientes:

- Alcanzar y mantener altas coberturas de vacunación en niños y adultos, especialmente en mujeres en edad fértil, con dos finalidades:
 - Mantener niveles elevados de inmunidad en mujeres en edad fértil.
 - Reducir el riesgo de exposición de estas mujeres a la enfermedad mediante la disminución de la circulación del virus en la población general
- Incorporar una vigilancia precisa de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita
- Tomar medidas de control rápidamente cuando se presenten brotes.

Incidencia. Tendencias.

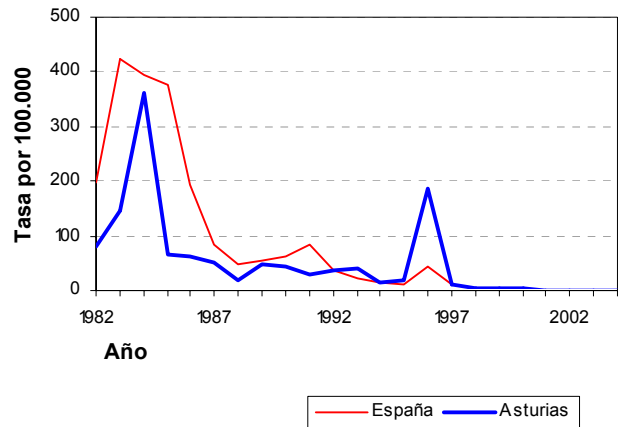
Durante el año 2004 se notificaron 8 casos, lo que supone una tasa de incidencia de 0,8 casos por 100.000 h. Esta incidencia es superior a la de España en su conjunto, donde se registraron 89 casos (tasa de 0,2 casos por 100.000 h) y similar a la del 2003 para Asturias.

En la serie anual de la rubéola, que se vigila en España desde el año 1982, se observa una disminución marcada de la incidencia de esta enfermedad a partir de los años 1985-1986. El inicio del descenso coincide con el inicio de la notificación obligatoria de la rubéola en España, por lo que no se puede evaluar el impacto real de la introducción de la vacuna en la incidencia.

En el siguiente gráfico se muestra el número de casos y la tasa por 100.000 h en Asturias y España desde 1982 hasta la actualidad. Es de señalar tasas siempre inferiores en Asturias con respecto al conjunto nacional con excepción del año 1996, en el que se produjo un brote en nuestra Comunidad registrándose 2.032 casos (tasa de 187,4 casos por 100.000 h) y un caso de rubéola congénita. Este brote se puso en relación con las bolsas de susceptibles (varones de 15-20 años y, en menor medida, mujeres de 25-30 años) que se formaron tras la implantación de la vacunación universal.

Tabla 22: Rubéola. Asturias y España. 1990-2004
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1990	489	44,6	23.462	59,8
1991	330	30,2	32.570	82,6
1992	391	35,8	14.440	36,5
1993	446	40,9	8.555	21,5
1994	156	14,3	6.179	15,5
1995	192	17,7	4.677	11,7
1996	2.032	187,4	16.608	41,2
1997	135	12,5	3.825	9,5
1998	42	3,9	872	2,1
1999	26	2,4	533	1,3
2000	24	2,2	345	0,8
2001	15	1,4	179	0,4
2002	3	0,3	138	0,3
2003	7	0,7	113	0,3
2004	8	0,8	89	0,2

Gráfico 26: Rubéola. Asturias y España. 1982-2004.
Tasa de incidencia por 100.000 h

Distribución por Área Sanitaria

El 50% de casos pertenecían al Área IV, un 25% al Área V y un 12,5% respectivamente a las Áreas I y VII. En las Áreas II, III, VI y VIII, no se registraron casos.

Tabla 23: Rubéola por Área Sanitaria. Asturias 2004.

Área	Nº	Tasa
I	1	1,8
II	0	0,0
III	0	0,0
IV	4	1,3
V	2	0,7
VI	0	0,0
VII	1	1,3
VIII	0	0,0
Total	8	0,8

Características de los casos

La afectación por género no mostró diferencias. Por edades, el grupo más afectado fue el de 0 a 15 meses con una tasa de 37,7 casos por 100.000 h (3 casos) seguido del grupo de 3 a 5 años (un caso con una tasa de 5,2 casos por 100.000 h). Sólo ocurrió un caso en una mujer en edad fértil que refería el antecedente de estar vacunada.

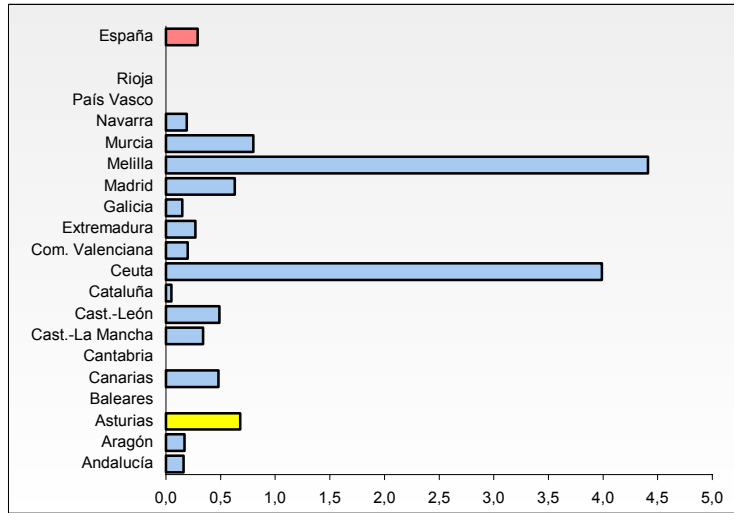
Con respecto al estado vacunal, podemos reseñar que dos niños de 0 a 15 meses aún no habían recibido la triple vírica y un caso en el que no consta la edad estaba incompletamente vacunado. El resto habían recibido dos dosis de triple vírica.

Comparativo nacional

En todo el territorio nacional, con excepción de Ceuta y Melilla donde las tasas de incidencia de la rubéola están en torno a 4 casos por 100.000 h, la incidencia de esta enfermedad es inferior a 1 caso por 100.000 h. Asturias ocupa el cuarto lugar en cuanto a incidencia con una

tasa de 0,68 casos por 100.000 h siendo la media nacional de 0,3 casos por 100.000 h. En Cantabria, Baleares, País Vasco y La Rioja no se registró ningún caso en el periodo señalado

Gráfico 27: Tasa de incidencia de rubéola por CCAA. España 2003



3.3.3 Parotiditis

Introducción

La parotiditis es una de las enfermedades vacunables que presenta una mayor tasa de incidencia, pese a mantener coberturas vacunales elevadas. No es considerada una enfermedad erradicable, por eso, los esfuerzos se orientan sólo a su control.

Incidencia. Tendencias.

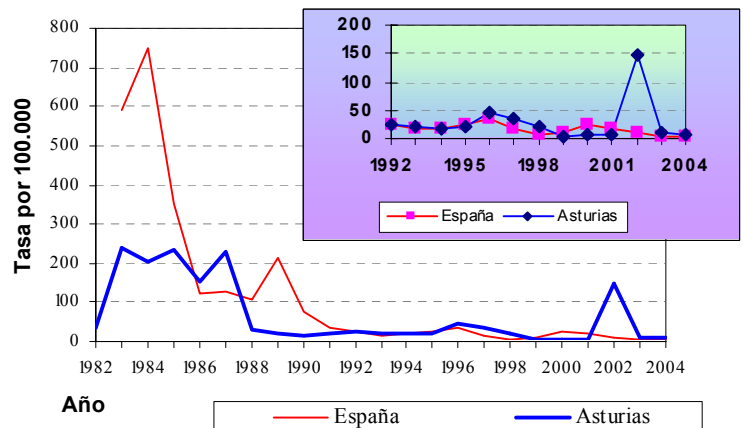
Durante el año 2004 se notificaron en Asturias 89 casos (tasa de incidencia: 8,4 casos por 100.000 h), lo que supone un descenso relativo de un 15% con respecto al año 2003. Esta incidencia es muy superior a la que presenta el conjunto de España: 3,4 casos por 100.000 h.

En el año 2002 se había producido un brote importante, con 1561 casos, que afectó fundamentalmente a adolescentes del Área V y que se puso en relación con la bolsa de susceptibles originada tras el inicio de la vacunación

Tabla 24: Parotiditis. Asturias y España. 1994-2004. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1994	209	19,2	7.002	17,5
1995	245	22,6	9.932	24,8
1996	508	46,8	14.411	35,8
1997	378	34,9	6.970	17,2
1998	241	22,3	2.857	7,0
1999	53	4,9	4.145	10,2
2000	68	6,3	9.282	22,7
2001	71	6,7	7.566	18,5
2002	1.561	147,3	4.431	10,8
2003	101	9,6	1.677	4,1
2004	89	8,4	1.421	3,4

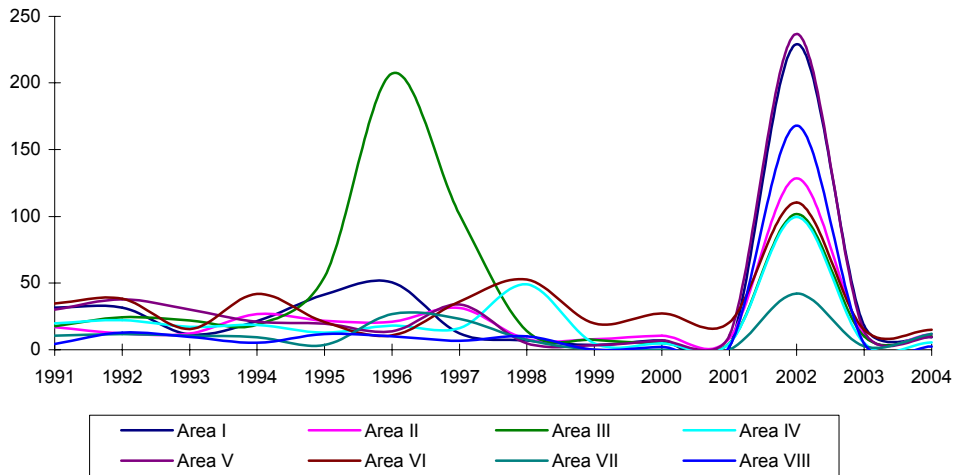
Gráfico 28: Parotiditis. Asturias y España. 1992-2004. Tasa de incidencia por 100.000 h



En la serie histórica, reflejada en el gráfico 28, se observa un descenso importante en la incidencia de la enfermedad a partir del año 1988 pasando en Asturias de unas tasas en torno a los 200 casos por 100.000 h en los años 1983-1987 a unas tasas medias de 27 casos por 100.000 h en los años 91 a 98.

Por Área Sanitaria, la mayor incidencia ocurrió en el Área VI (tasa de 14,9 casos por 100.000 h) y la menor en el Área VIII (tasa de 2,4 casos por 100.000 h). La evolución por Área Sanitaria desde 1991 se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 29: Parotiditis. Asturias 1991-2004. Tasa por Área Sanitaria



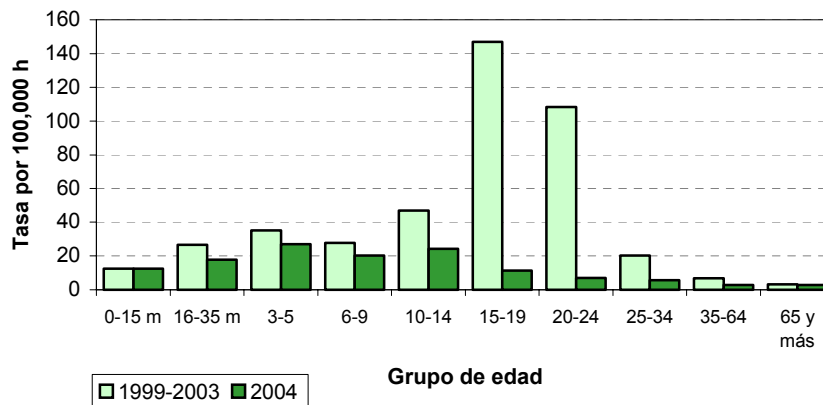
Características de los casos

La razón varón/mujer fue de 2/1 aunque en 13 casos no constaba el sexo.

El grupo de edad con una mayor incidencia de parotiditis fue el de niños de 3 a 5 años (tasa de 27,1 casos por 100.000 h), seguido de los niños de 10 a 14 años (24,1 por 100.000 h).

En el siguiente gráfico se comparan las tasas de parotiditis por edad del año 2004 con respecto a la tasa media de los cinco años previos. Se puede observar como los grupos con mayor incidencia en el último quinquenio son los de adolescentes de 15 a 24 años, en relación con el brote de 2002.

Gráfico 30: Parotiditis. Asturias 1999-2003 y 2004. Tasa de incidencia por 100.000 h



Con respecto al estado vacunal de los casos, señalar que 32 (36% del total) estaban correctamente vacunados. Nueve no lo estaban y en el resto se desconoce su estado inmunitario.

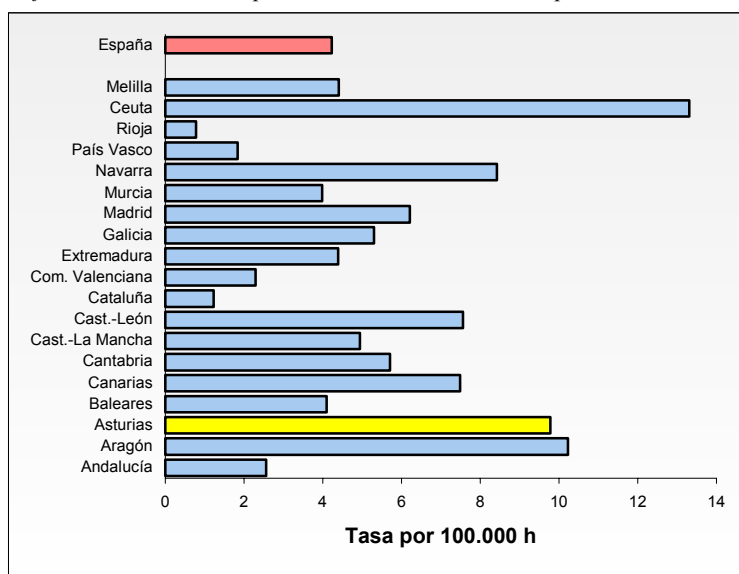
Clasificación de los casos

Todos los casos fueron sospechosos/probables sin llegar a confirmarse ninguno de ellos

Comparativo nacional

Asturias es una de las CCAA con mayor incidencia de parotiditis, colocándose en tercer lugar tras Ceuta y Zaragoza. País Vasco, Cataluña y La Rioja son las CCAA con incidencias más bajas. La diferencia entre las CCAA con una mayor y menor tasa es de 17 veces (tasa de 13,31 en Ceuta vs 0,78 en La Rioja)

Gráfico 31: Parotiditis. España 2003. Tasa de incidencia por 100.000 h



3.3.4 Tos ferina

Introducción

Antes de la introducción de la vacuna, la tos ferina era una de las enfermedades más comunes de la infancia y una de las causas más importantes de mortalidad en niños. Los niños lactantes, en edades previas a la administración de la serie primaria de vacunación, son los más afectados por la enfermedad, y los que sufren, con mayor frecuencia, complicaciones

Es una EDO desde 1982. No está sujeta a un programa de erradicación, pero la OMS, en su programa Salud 21, establece un objetivo de control de la tos ferina para el año 2010 y recomienda mantener una incidencia que no supere la tasa de 1 caso por 100.000 h al año.

Incidencia. Tendencias.

Durante el año 2004, sólo se declararon dos casos de tos ferina en Asturias, lo que supone una tasa de incidencia de 0,2 casos por 100.000 h. En el conjunto de España se han notificado 511 casos (1,2 casos por 100.000 h). Esto supone un descenso leve de un 6,4% con respecto al año 2003.

Desde el año 1982, año en que la tos ferina pasa a ser una Enfermedad de Declaración Obligatoria y comienzan a registrarse datos de la enfermedad, su incidencia disminuye paulatinamente en el tiempo, conservando inicialmente picos epidémicos cada 3-4 años que desaparecen a partir del año 1996. En los últimos siete años, en Asturias, la enfermedad está bajo control, registrando una tasa de incidencia inferior a 1 caso por 100.000 h. La última defunción registrada en Asturias es del año 1982.

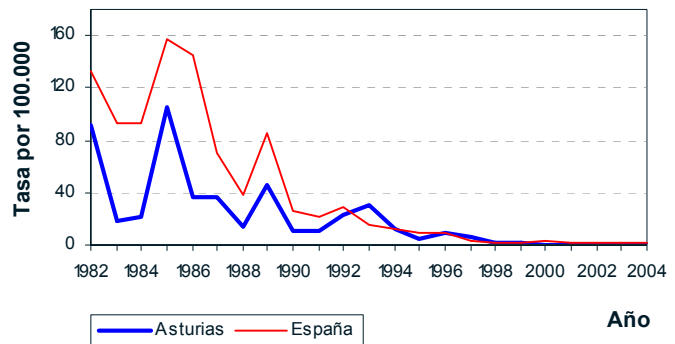
En España, la evolución es similar. Sin embargo, mantiene tasas ligeramente superiores a las de Asturias y superiores a la tasa propuesta por la OMS de 1 caso por 100.000.

En el siguiente gráfico se muestra la evolución de la incidencia de la enfermedad, en Asturias y España, desde el año 1982 hasta la actualidad.

Tabla 25: Tos ferina. Asturias y España. 1994-2004
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1994	132	12,1	5.020	12,6
1995	56	5,2	3.713	9,3
1996	107	9,9	3.534	8,8
1997	63	5,8	1.097	2,7
1998	10	0,9	315	0,8
1999	10	0,9	410	1,0
2000	5	0,5	915	2,2
2001	3	0,3	379	0,9
2002	3	0,3	347	0,8
2003	6	0,6	551	1,3
2004	2	0,2	511	1,2

Gráfico 32: Tos ferina. Asturias y España. 1982-2004.
Tasa de incidencia por 100.000 h



Características de los casos

Sólo se registraron dos casos durante 2004 en Asturias cuyas características se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 26: Tos ferina. Asturias 2004. Descripción de los casos.

	Edad	Sexo	Área	Estado vacunal	Diagnóstico	Tipo de caso
Caso 1	Desconocida	Femenino	IV	Desconocido	Clínica	Sospechoso/probable
Caso 2	1 mes	Femenino	VIII	No vacunada	Aislamiento	Confirmado

Incidencia por edad

Desde el año 1998, se notificaron 39 casos de tos ferina, de los que, casi una tercera parte, ocurrieron en el grupo de niños menores de 15 meses (tasa de incidencia global en este grupo de edad: 27,6 casos por 100.000). Otro 30% afectó a niños entre los 16 meses y los 9 años de edad. Sin embargo, la tasa media en este grupo de edad es mucho inferior: 3,2 casos por 100.000.

Estado vacunal

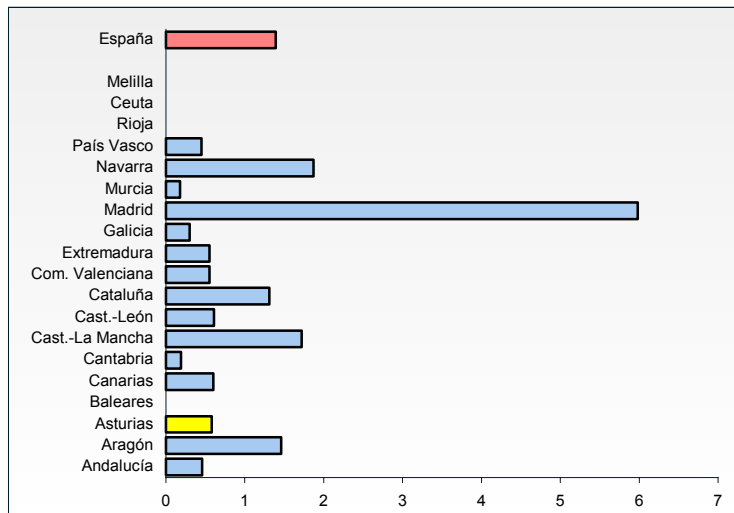
Con respecto al estado vacunal, los dos casos del año 2004 no estaban vacunados. Sin embargo, de modo global desde el año 1998, algo más de la mitad de los casos sucedieron en personas vacunadas.

Comparativo nacional

Durante el año 2003, Madrid es la CCAA con una mayor incidencia de tos ferina, casi de 6 casos por 100.000 h superando ampliamente al resto de comunidades. El segundo lugar lo ocupa Navarra con una tasa de 1,8 casos por 100.000. Sólo cinco CCAA tienen una tasa superior a 1 caso por 100.000 h. Por orden de mayor o menor tasa están Madrid, Navarra, Castilla-La Mancha, Aragón y Cataluña.

En el siguiente gráfico se muestran estos datos.

Gráfico 33. Incidencia de tos ferina por CCAA. Año 2003



3.3.5 Tétanos. Tétanos neonatal

Introducción

El tétanos es una enfermedad de reservorio animal y ambiental que no se transmite directamente entre humanos, por lo que la vacuna no confiere inmunidad de grupo y el control de esta enfermedad requiere la vacunación de cada persona.

El tétanos neonatal es la forma generalizada de la enfermedad en recién nacidos y está en relación con malas prácticas higiénicas en la atención perinatal. En 1993, la OMS propuso alcanzar la eliminación del tétanos neonatal. En España se creó un registro especial para esta manifestación de la enfermedad en 1997. En Asturias existe un Registro Regional de Tétanos desde 1973 que incluye todos los tipos de esta enfermedad.

Incidencia. Tendencias

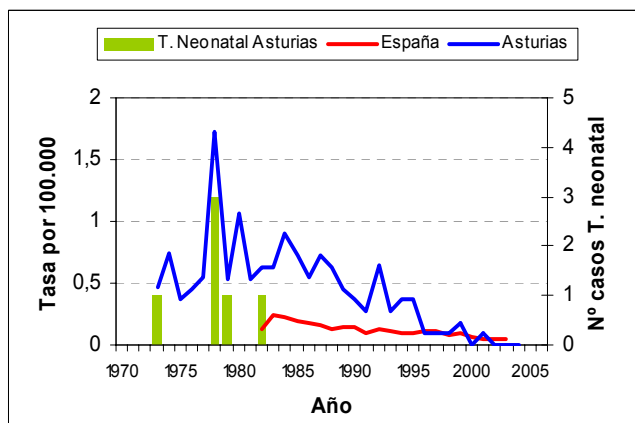
El último caso registrado en Asturias de tétanos neonatal es de 1982. Desde 2001, no se registra ningún caso de tétanos. En España, se han notificado 15 casos de tétanos durante el año 2004 (tasa de 0,03 casos por 100.000 h) y no hay recogido ningún caso de tétanos neonatal desde que se creó el registro en 1997.

La serie anual de tétanos muestra, desde el año 1980, tasas siempre inferiores a 1 caso por 100.000 h y en tendencia decreciente, estando la tasa media de los últimos 10 años en 0,09 casos por 100.000 h.

Tabla 27: Tétanos. Asturias y España. 1990-2004
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1990	4	0,4	54	0,14
1991	3	0,3	51	0,13
1992	7	0,6	51	0,13
1993	3	0,3	48	0,12
1994	4	0,4	35	0,09
1995	4	0,4	35	0,09
1996	1	0,1	32	0,08
1997	1	0,1	45	0,11
1998	1	0,1	32	0,08
1999	2	0,2	37	0,09
2000	0	0,0	28	0,07
2001	1	0,1	23	0,06
2002	0	0,0	21	0,05
2003	0	0,0	24	0,06
2004	0	0,0	15	0,03

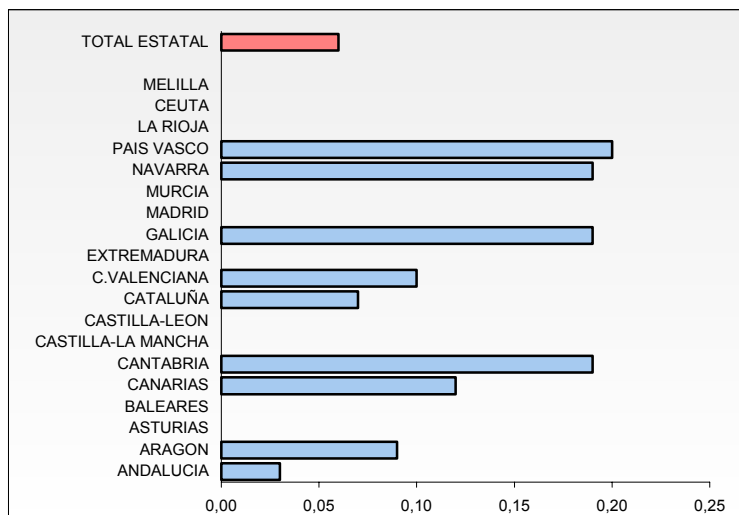
Gráfico 34: Tétanos. Asturias y España. 1973- 2004
Tasa de incidencia por 100.000 h



Comparativo nacional

Durante el año 2003, hubo casos de tétanos en 9 Comunidades Autónomas. La CCAA que registró un mayor número de casos fue Galicia con 5 casos (tasa de 0,19 casos por 100.000 h). Cantabria y Navarra, con un caso cada una, tuvieron la misma tasa. El País Vasco, con cuatro casos, registró una tasa de 0,2 casos por 100.000 h.

Gráfico 35: Tétanos. España 2003. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.3.6 Difteria

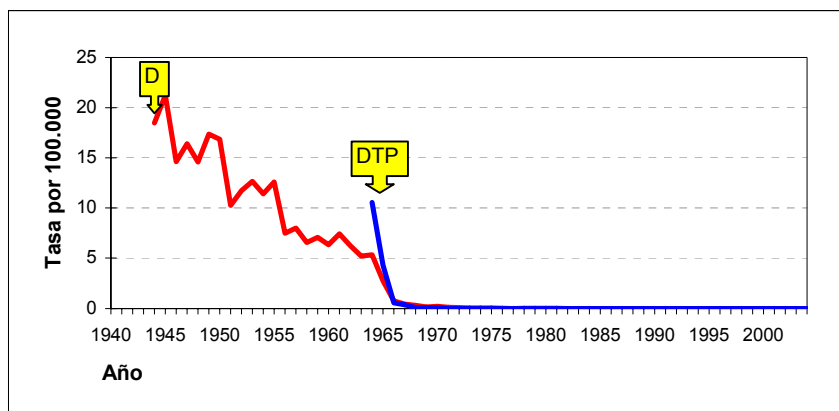
Introducción

Aunque, tras el inicio de la vacunación en 1945, esta enfermedad ha desaparecido en nuestro país, la epidemia de difteria ocurrida en los años 90 en los Nuevos Estados Independientes de la anterior Unión Soviética ha puesto de manifiesto que esta enfermedad puede reemerger entre la población susceptible y originar brotes a partir de casos importados. Por ello, se ha incrementado la vacunación frente a la enfermedad, añadiéndose el componente diftérico a todas las dosis de recuerdo frente al tétanos.

Incidencia.

El último caso de difteria declarado en Asturias es de 1971 y, en España, de 1986.

Gráfico 36: Difteria. Asturias y España. 1941-2004
Tasa de incidencia por 100.000 h



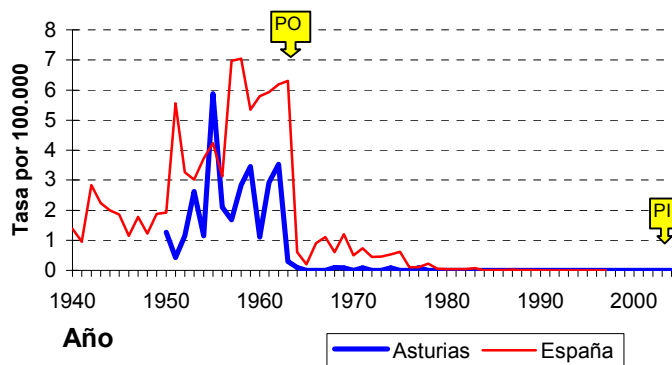
3.3.7 Poliomielitis

En mayo de 1988, la 41ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la polio para el año 2000. Al no alcanzarse dicho objetivo, la OMS propuso el Plan Estratégico 2001-2005 mediante el cual planteaba alcanzar la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje en todo el mundo al final del año 2002 y la certificación mundial de la erradicación de la poliomielitis a finales del 2005. Al inicio del año 2004, sólo había poliomielitis endémica en seis países: Afganistán, Egipto, India, Pakistán, Níger y Nigeria y, desde 1999, ya no hay casos por poliovirus salvaje de serotipo 2, considerándose erradicado este serotipo.

En Junio de 2002 Europa consiguió el Certificado de Región libre de Polio de la OMS.

En España, el último caso sospechoso es de 1990 y, en Asturias, de 1977. En el siguiente gráfico se muestra la evolución de la poliomielitis en Asturias y España desde 1950. En él se observa como, con la introducción de la vacunación en 1963, desciende de modo brusco la incidencia de la enfermedad, con una reducción del 90% en el número de casos declarados entre el año anterior y posterior a la introducción de la misma. Tras este descenso brusco se produce una disminución paulatina de los casos hasta su desaparición

Gráfico 37: Poliomielitis. Asturias y España. 1940-2004. Tasa de incidencia por 100.000 h



El último brote por virus salvaje autóctono se registró entre 1987 (8 casos) y 1988 (4 casos) en Andalucía y fue debido a poliovirus 1; afectó a niños no vacunados, de bajo nivel socio-económico y población gitana. En 1989 se declararon dos casos, uno importado de Mauritania y otro, asociado a la vacuna; y en los años 1999 y 2001, otros dos casos asociados a la recepción de vacuna oral atenuada.

Desde 1998 se vigilan las Parálisis Flácidas Agudas (PFA) en menores de 15 años con el fin de detectar y descartar de modo rápido la posible existencia de un caso de polio. En Asturias, en 2004, se han detectado dos casos de PFA, ambos en el concejo de Gijón, Área V, en los que se descartó el virus de la polio como causante del cuadro.

Tabla 28: Descripción casos PFA en menores 15 años. Asturias. 2004

	Semana	Área	Sexo	Edad	Vacuna polio	Diagnostico final
Caso 1	19	V	Varón	12 años	5 dosis, oral	S Guillén-Barré
Caso 2	33	V	Varón	13 años	5 dosis, oral	S Guillén-Barré

3.3.8 Varicela

Introducción

La inclusión de la vacuna frente a la varicela en el calendario vacunal está sujeta a un amplio debate entre pediatras y epidemiólogos. La razón para no vacunar a los niños de modo sistemático estriba en el hecho de que, aunque la efectividad es elevada, la duración de la protección está muy condicionada por el efecto de refuerzo por el contacto con el virus salvaje. Se ha visto, en poblaciones altamente vacunadas en EEUU, que la protección ha disminuido de modo significativo a los 3 años de la vacunación. En España, el Consejo Interterritorial, en marzo de 2005, ha aprobado la vacunación frente a la varicela en adolescentes

Incidencia. Tendencias

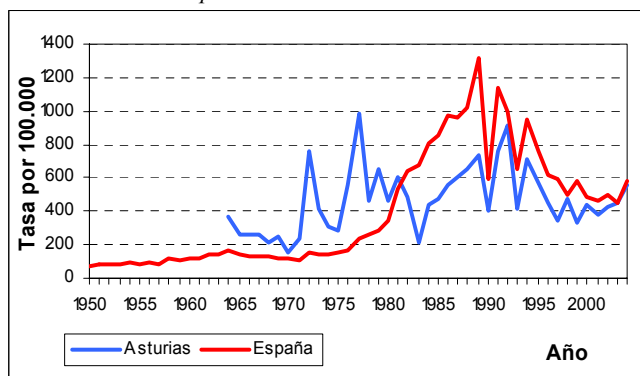
Durante el año 2004 se notificaron 6.021 casos, lo que supone una tasa de incidencia de 571 casos por 100.000 h, tasa ligeramente superior a la registrada en España en el mismo periodo que, con 230.185 casos, tuvo una tasa de 558 casos por 100.000 h. Ocupa el tercer lugar en cuanto a número de declaraciones tras la gripe y los procesos diarreicos.

Con respecto al año 2003, se ha producido un incremento relativo de un 27%, como corresponde a su patrón habitual de picos epidémicos bianuales.

Tabla 29: Varicela. Asturias y España. 1993-2004. N° de casos y tasa de incidencia anual por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1993	4.595	421,5	256.865	646,0
1994	7.850	721,3	370.601	928,1
1995	6.243	574,6	296.107	738,4
1996	4.867	448,7	240.143	596,4
1997	3.749	346,3	232.425	574,8
1998	5.195	480,6	193.867	477,5
1999	3.624	335,9	228.529	560,5
2000	4.768	442,6	193.003	471,4
2001	4.085	384,3	183.639	449,6
2002	4.569	431,1	196.257	478,8
2003	4.855	459,4	180.783	439,5
2004	6.020	571,2	230.185	557,6

Gráfico 38: Varicela. 1950-2004. Tasas de incidencia anual por 100.000 h

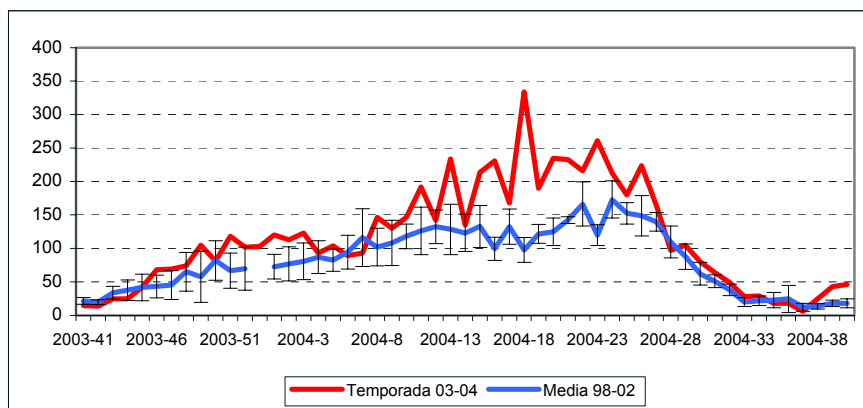


Por Área Sanitaria, el Área VI es la que presenta la mayor incidencia con 762 casos por 100.000 h. El Área V con 705 casos por 100.000 h ocupa el segundo lugar. El Área VII con 159 casos por 100.000 h es la que presenta la menor incidencia.

Por temporada epidemiológica (semana 41 de un año a semana 40 del año siguiente), la temporada 03-04 ha supuesto un incremento relativo en el número de casos de un 34% y el número de casos observados ha sido superior a la media de las cinco temporadas previas en el periodo comprendido entre las semanas 10 y 27.

El patrón epidemiológico anual muestra como la incidencia aumenta de forma progresiva desde octubre hasta junio donde alcanza el máximo, para caer bruscamente durante el verano, coincidiendo con las vacaciones escolares.

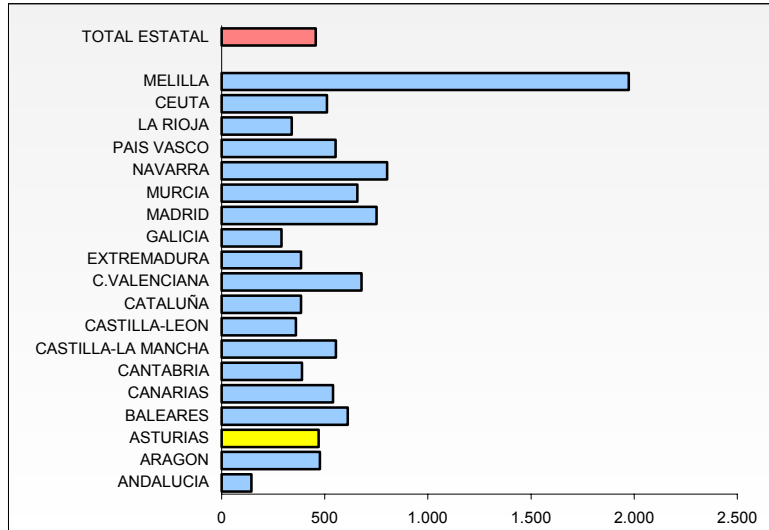
Gráfico 39: Varicela. Asturias. Temporadas epidemiológicas 98-99 a 03-04



Comparativo nacional

La CCAA con una mayor tasa de incidencia es Melilla, que registró 1.974 casos por 100.000 h. Todas las demás CCAA se sitúan a gran distancia. El segundo lugar lo ocupa Navarra con 803 casos por 100.000 h. Andalucía registra la menor tasa: 144 casos por 100.000 h. Asturias presenta tasas intermedias con 470 casos por 100.000 h

Gráfico 40: Varicela. España 2003. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.3.9 Hepatitis B

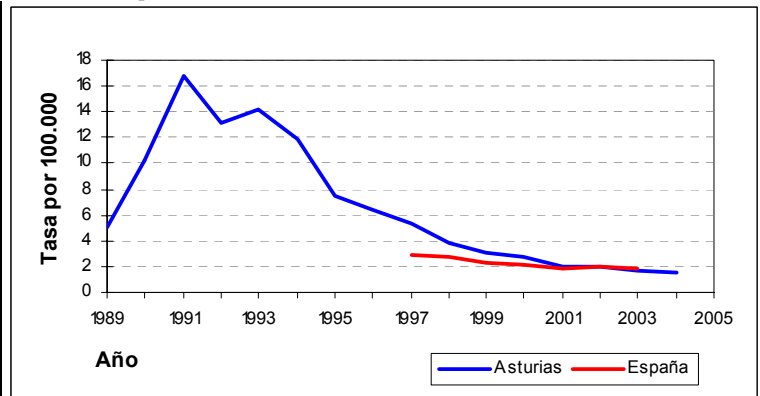
En Asturias, la hepatitis B muestra una tendencia descendente desde 1995, habiendo presentado en el año 2004 la menor incidencia desde que se registra la enfermedad. En España, el descenso es menos marcado, ya que las tasas nacionales eran inferiores a las asturianas. Sin embargo, desde 2001 las tasas son similares, y en los dos últimos años, las tasas de España superan ligeramente a las de Asturias.

En el año 2004, Asturias registró 17 casos (tasa de 1,6 casos por 100.000 h) y España 712 (1,8 por 100.000). El descenso relativo con respecto al 2003 es de un 10% aproximadamente.

Tabla 30: Hepatitis B. Asturias y España. 1995-2004
Nº de casos y tasa por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1995	66	6,0		
1996	50	4,6		
1997	52	4,8	1163	2,96
1998	41	3,8	1134	2,88
1999	33	3,0	927	2,35
2000	29	2,7	885	2,24
2001	22	2,0	780	1,97
2002	21	2,0	818	2,07
2003	18	1,7	801	2,02
2004	17	1,6	712	1,8

Gráfico 41: Hepatitis B. Asturias y España 1989-2004.
Tasa por 100.000 h



Distribución espacial

La distribución por Área Sanitaria muestra que el mayor número de casos (35,3% del total) se localizaron en el Área III. Sin embargo, la mayor incidencia correspondió al Área VI con 5,6 casos por 100.000 h.

Tabla 31: Hepatitis B. Asturias 2004
Nº de casos y tasa por Área Sanitaria

Área	Nº	Tasa
I	0	0
II	1	2,80
III	6	3,84
IV	3	0,95
V	4	1,36
VI	3	5,55
VII	0	0
VIII	0	0
Total	17	1,49

Características de los casos

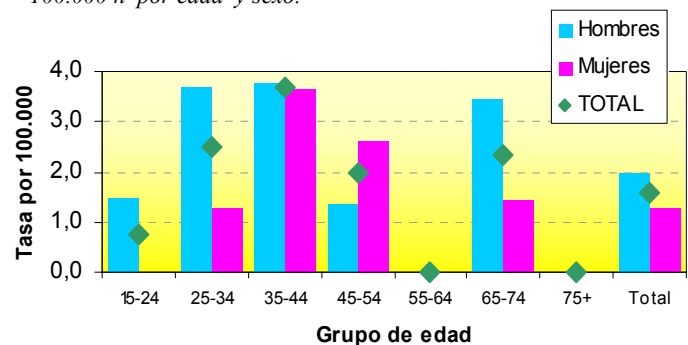
Distribución por edad y sexo

La razón hombre/mujer fue de 1,4 (10 casos en varones y 7 en mujeres). La incidencia más elevada, tanto en varones como en mujeres, correspondió al grupo de 35 a 44 años. Los hombres de 25 a 34 años tuvieron una incidencia tres veces superior a la de las mujeres de la misma edad. Sin embargo, las mujeres de 45 a 54 años tuvieron una incidencia superior en dos veces a la de los varones de su grupo de edad.

Tabla 32: Hepatitis B. Asturias 2004. Nº de casos y tasa por 100.000 h por edad y sexo

Edad	Hombres		Mujeres		TOTAL	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
15-24	1	1,46	0	0	1	0,75
25-34	3	3,70	1	1,26	4	2,49
35-44	3	3,76	3	3,63	6	3,69
45-54	1	1,35	2	2,60	3	1,99
55-64	0	0,00	0	0	0	0,00
65-74	2	3,46	1	1,42	3	2,34
75+	0	0,00	0	0	0	0,00
Total	10	1,96	7	1,26	17	1,60

Gráfico 42: Hepatitis B. Asturias 2004. Tasa por 100.000 h por edad y sexo.



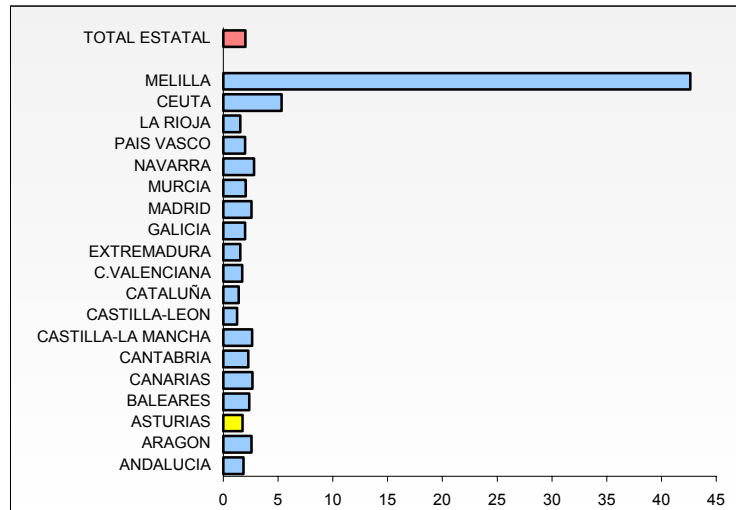
Clasificación de los casos

Todos los casos fueron esporádicos y autóctonos. Dos terceras partes fueron casos confirmados y el resto se consideraron probables.

Comparativo nacional

Melilla, al igual que ocurre con la hepatitis A, presenta una incidencia de hepatitis B claramente superior a la del resto de comunidades con una tasa de 42 casos por 100.000 h. Ceuta, con 5 casos por 100.000 h, ocupa el segundo lugar. Todas las demás comunidades presentan tasas comprendidas entre 1,3 y 2,8 casos por 100.000 h. Esto sitúa a España dentro de los países de baja incidencia.

Gráfico 43: Hepatitis B. España 2003. Tasa por 100.000 por CCAA



3.4 Zoonosis no alimentarias

Estas zoonosis son enfermedades poco frecuentes en nuestro medio, pudiendo afectar esporádicamente a personas de especial riesgo, por su profesión o su relación con el mundo animal o el medio rural. Sin embargo, pueden llegar a representar un problema importante como consecuencia de ciertos factores que facilitan su difusión tales como el aumento del tráfico de animales y mercancías a nivel internacional, así como la amplia movilidad geográfica de las personas por motivos laborales, económicos o turísticos, pudiendo suponer la puerta de entrada de algunos procesos. De aquí, el interés por seguir vigilando y controlando estas enfermedades.

En Asturias, las zoonosis no alimentarias sujetas a declaración obligatoria son las mismas que para España: brucelosis, rabia, peste y tifus exantemático. De todas ellas, en nuestra comunidad en 2004, sólo hubo tres casos de brucelosis. En otras CCAA, donde son endémicas, se vigilan, además, leishmaniasis, hidatidosis, leptospirosis, tularemia y carbunco. La peste es una zoonosis de vigilancia mundial por la OMS.

Tabla 33: Zoonosis. Asturias y España. 2004. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Zoonosis	Asturias		España	
	N° casos	Tasa	N° casos	Tasa
Rabia	0	0	0	0
T exantemático	0	0	0	0
Brucelosis	3	0,28	587	1,42
Peste	0	0	0	0

3.4.1 Brucelosis

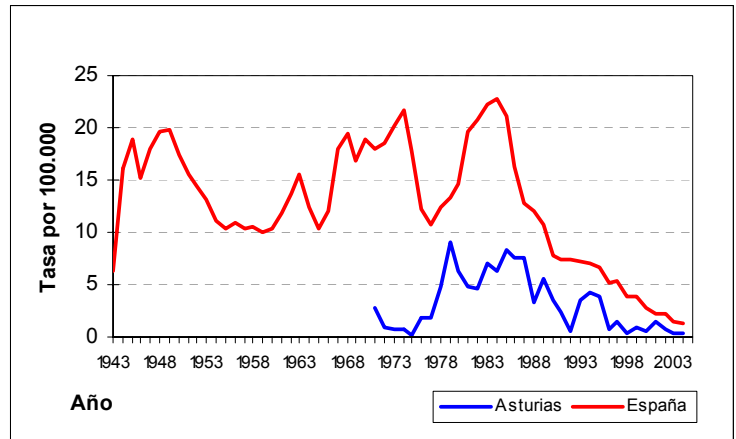
Por sus características epidemiológicas, actualmente, la brucelosis es una enfermedad de baja incidencia en Asturias. Durante el año 2004, al igual que en el año previo, sólo se registraron 3 casos (tasa de 0,28 casos por 100.00 h). En España, donde ha descendido mucho la incidencia desde los años 80, se han notificado 587 casos (tasa de 1,4 casos por 100.000 h).

La evolución de esta enfermedad se muestra en la siguiente tabla y gráfico.

Tabla 34: Brucelosis. Asturias y España. 1990-2004
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Nº casos	Tasa	Nº casos	Tasa
1990	40	3,6	3.041	7,7
1991	27	2,5	3.122	7,9
1992	7	0,6	3.007	7,6
1993	38	3,5	2.820	7,1
1994	46	4,2	2.842	7,1
1995	42	3,9	2.660	6,6
1996	8	0,7	1.904	4,7
1997	16	1,5	2.154	5,3
1998	5	0,5	1.545	3,8
1999	11	1,0	1.553	3,8
2000	6	0,6	1.123	2,7
2001	16	1,5	924	2,3
2002	8	0,8	893	2,2
2003	3	0,3	642	1,6
2004	3	0,3	587	1,4

Gráfico 44: Brucelosis. Asturias y España. 1943-2004
Tasa de incidencia por 100.000 h



Dos casos ocurrieron en el Área IV y un caso en el Área VI. La razón hombre-mujer fue de 2. Se desconoce el mecanismo de transmisión y profesión de los afectados, aunque en principio esta última no se relacionaba con la ganadería, no estando recogidos datos más específicos de su posible relación con animales.

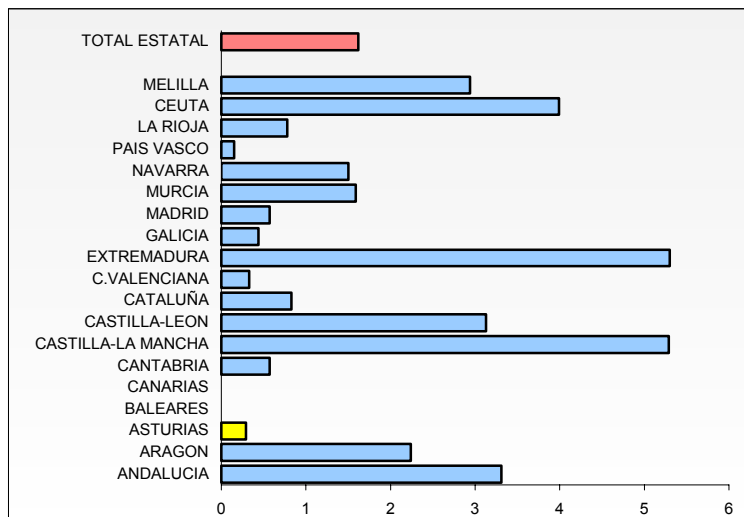
Tabla 35: Descripción casos brucelosis. Asturias. 2004

	Semana	Concejo	Área	Sexo	Edad	Profesión	Diagnóstico	Tipo caso
Caso 1	15	Siero	IV	Femenino	34	No consta	Aglutinación	Sospechoso
Caso 2	17	Belmonte	IV	Masculino	60	No consta	Serología	Confirmado
Caso 3	28	Llanes	VI	Masculino	29	No consta	Serología	Sospechoso

Comparativo nacional

La incidencia más elevada corresponde, como es lógico, a comunidades donde las actividades relacionadas con la ganadería tienen especial relevancia. Así, Extremadura y Castilla-La Mancha, con 5,3 casos por 100.000 h se colocan a la cabeza. Canarias y Baleares no registraron ningún caso. Asturias ocupa uno de los últimos lugares detrás de las islas y del País Vasco.

Gráfico 45: Brucelosis. España 2003. Tasa de incidencia por 100.000 h por CCAA



3.4.2 Rabia

En España no existe rabia en animales salvajes terrestres desde 1978 (brote de Málaga). Sin embargo, Ceuta y Melilla presentan, de forma habitual, casos de rabia en animales domésticos (perros y gatos) debido a la permeabilidad de sus fronteras con Marruecos.

En 1987 se diagnosticó en Valencia el primer caso de rabia en murciélagos insectívoros, a raíz de una agresión a un niño mientras dormía, siendo en la actualidad los principales reservorios del virus de la rabia en la península española.

Los últimos casos de rabia humana y animal en España son de los años 60, con excepción del brote de 1975 en Andalucía, ocurrido posiblemente por un perro transportado desde Marruecos, y que se extendió hasta 1978, dando lugar a más de 280 casos, en su mayoría perros, y un caso humano.

3.4.3 Peste

En Europa, la peste ha dejado de ser un problema de salud pública desde hace muchos años. Sin embargo, a nivel mundial, durante el año 2003, la OMS ha recibido notificación de 2118 casos con 182 muertes, y aún se considera que este número es inferior al real. Por ello, es considerada una enfermedad reemergente en el mundo y está sometida al Reglamento Sanitario Internacional.

3.5 Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica

La importancia de estas enfermedades radica en el hecho de que la aparición de cualquiera de ellas traduce deficiencias en el saneamiento de las aguas de conducción y/o en la higiene alimentaria. Algunas de ellas han desaparecido prácticamente de nuestro país y los casos que se notifican son casos importados de países con deficientes sistemas de saneamiento. En otras como la triquinosis, el botulismo o el envenenamiento por moluscos, la aparición de un único caso puede indicar la presencia de un brote y requiere una actuación urgente.

El cólera es una de las tres enfermedades sometida al Reglamento Sanitario Internacional y, por tanto, de notificación urgente a la OMS.

Durante el año 2004, en Asturias, sólo se registraron cinco casos de Hepatitis A y ningún caso del resto de enfermedades de transmisión alimentaria de declaración nacional. Sin embargo, sí se registraron varios brotes por alimento que afectaron a 391 personas.

Tabla 36. Enfermedades de transmisión alimentaria. Asturias y España 2004. Tasa de incidencia por 100.000 h

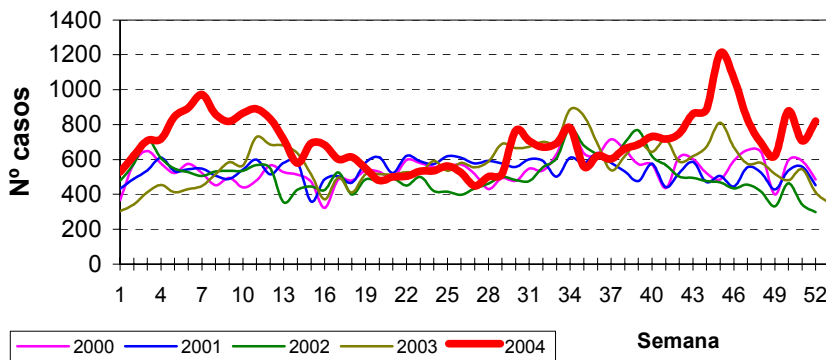
Enfermedades de transmisión alimentaria	Asturias		España	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Otros procesos diarreicos	36.618	3474,6	–	–
Fiebres tifo-paratíficas	0	0,00	98	0,24
Shigelosis	0	0,00	110	0,27
Botulismo	0	0,00	5	0,01
Triquinosis	0	0,00	32	0,08
Cólera	0	0,00	0	0,00
Hepatitis A	5	0,47	773	1,87

3.5.1 Otros procesos diarreicos

En España, no constituyen una Enfermedad de Declaración Obligatoria desde 1997. Sin embargo, en Asturias, ocupan el primer lugar de las EDO en cuanto a número de declaraciones con 36.618 casos durante el año 2004 (tasa de 3.474 casos por 100.000 h). Esto supone un incremento de un 24% con respecto al año 2003. Se mantiene así una ligera tendencia ascendente, con valores por encima de lo esperado.

Es de reseñar, con respecto a los últimos cinco años, en que no se mostraba un claro patrón estacional, la aparición de dos picos anómalos, en los meses de febrero-marzo y noviembre, que superaron ampliamente el número de casos esperados.

Gráfico 46: Otros procesos diarreicos. Asturias. 2000-2004. N° de casos



3.5.2 Fiebres tifo-paratíficas

Su incidencia en países desarrollados ha disminuido mucho en los últimos treinta años en relación con la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias.

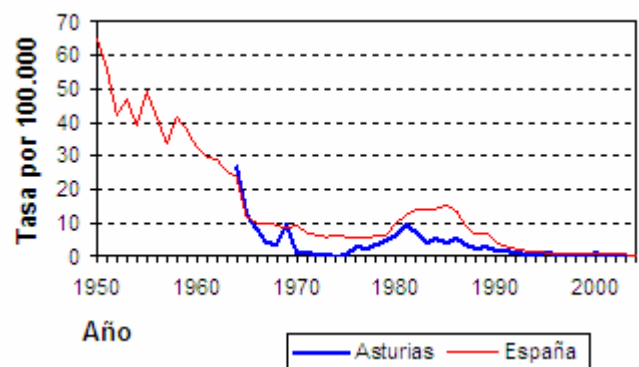
No se notificó ningún caso en Asturias en el año 2004. En el conjunto de España se registraron 98 casos (tasa de 0,24 casos por 100.000 h), lo que supone un descenso relativo, con respecto al año 2003, de un 34%.

En la siguiente tabla se muestran los datos referentes a los últimos diez años para Asturias y España. En el gráfico observamos una caída importante de la enfermedad hasta la actualidad.

Tabla 37: Fiebres tifo-paratíficas. Asturias y España. 1995-2004. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h.

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1995	10	0,9	555	1,4
1996	6	0,6	547	1,4
1997	6	0,6	328	0,8
1998	5	0,5	316	0,8
1999	0	0,0	206	0,5
2000	12	1,1	207	0,5
2001	3	0,3	174	0,4
2002	0	0,0	181	0,4
2003	1	0,1	148	0,4
2004	0	0,0	98	0,2

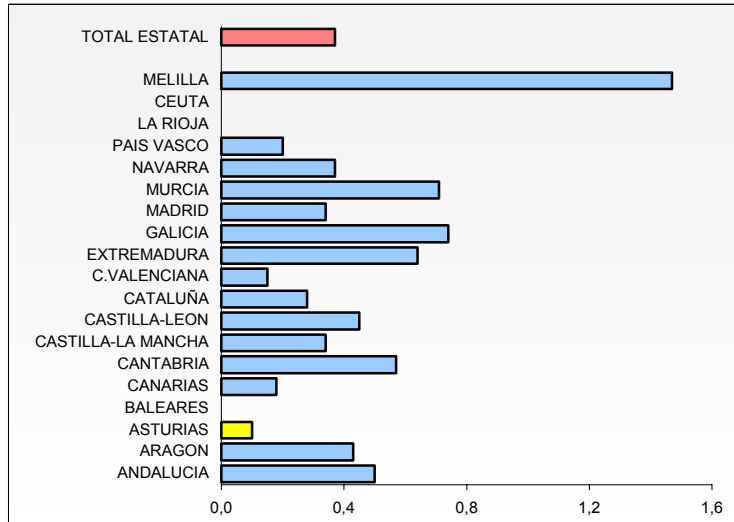
Gráfico 47: Fiebres tifo-paratíficas. Asturias y España. Tasa de incidencia por 100.000 h. 1950-2004



Comparativo nacional

Es una enfermedad de baja incidencia en España. La CCAA con una incidencia más elevada en 2003 fue Melilla que registró 1,5 casos por 100.000 h. En todas las demás CCAA, la tasa fue inferior a 1 caso por 100.000 h. Baleares, La Rioja y Ceuta no registraron ningún caso.

Gráfico 48: Fiebres tifo-paratíficas. España 2003. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.5.3 Shigelosis (Disentería)

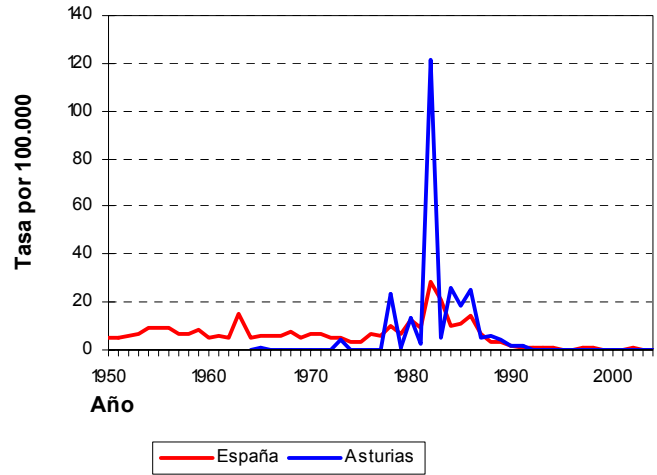
No se ha notificado ningún caso en Asturias de shigelosis durante el año 2004. Esto supone un descenso relativo del 100%, ya que durante el año 2003 se habían notificado 4 casos, todos importados. En España, también ha habido un descenso de un 19% en el número de casos con respecto al año 2003, pasándose de 136 (tasa de 0,34) a 110 casos (tasa de 0,27 casos por 100.000 h).

La shigelosis es una enfermedad con clara tendencia descendente desde los años 80, en relación con la mejoras en el saneamiento de las aguas de abastecimiento. En nuestra Comunidad, es de reseñar un brote importante, de tipo hídrico, en 1982 con 1.376 casos (tasa de 122,5 casos por 100.000 h). En la década de los 90, las tasas se mantienen por debajo de los 2 casos por 100.000 h y desde 1997, todos los casos notificados son casos importados.

Tabla 38: Shigelosis. Asturias y España. 1982-2004. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1982	1.376	122,5	10.908	28,8
1983	56	5,0	8.244	21,7
1984	294	26,3	3.797	9,9
1985	205	18,4	4.412	11,5
1986	276	24,9	5.739	14,9
1987	55	5,0	2.601	6,7
1988	61	5,5	1.281	3,3
1989	51	4,6	1.380	3,5
1990	23	2,1	751	1,9
1991	14	1,3	516	1,3
1992	0	0,0	359	0,9
1993	1	0,1	358	0,9
1994	1	0,1	252	0,6
1995	2	0,2	100	0,2
1996	1	0,1	107	0,3
1997	1	0,1	201	0,5
1998	1	0,1	170	0,4
1999	1	0,1	64	0,2
2000	1	0,1	92	0,2
2001	2	0,2	97	0,2
2002	3	0,3	301	0,7
2003	4	0,4	136	0,3
2004	0	0,0	110	0,3

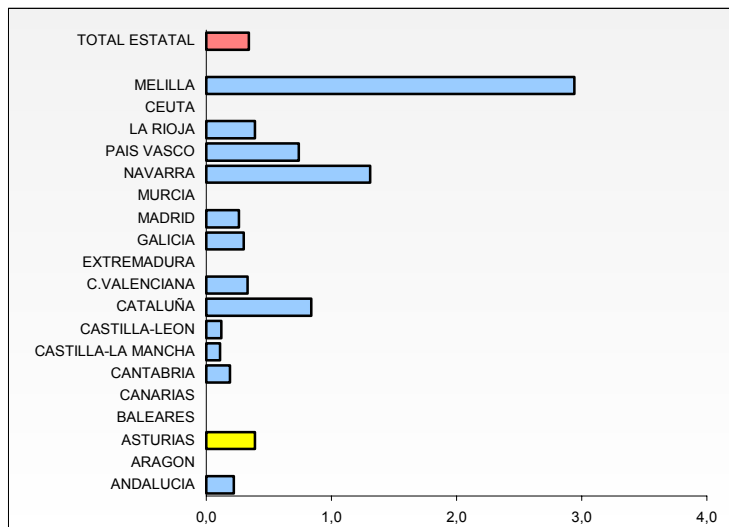
Gráfico 49: Shigelosis. Asturias y España. 1950-2004. Tasa de incidencia por 100.000 h



Comparativo nacional

La tasa más elevada corresponde a Melilla con 3 casos por 100.000 h en el año 2003, seguida de Navarra con 1,3 casos por 100.000 h. En todas las demás CCAA la incidencia no llega a ser ni de 1 caso por 100.000 h. En 6 CCAA (Ceuta, Aragón, Baleares, Canarias, Extremadura y Murcia) no se registró ningún caso en dicho año.

Gráfico 50: Shigelosis. España 2003. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.5.4 Botulismo

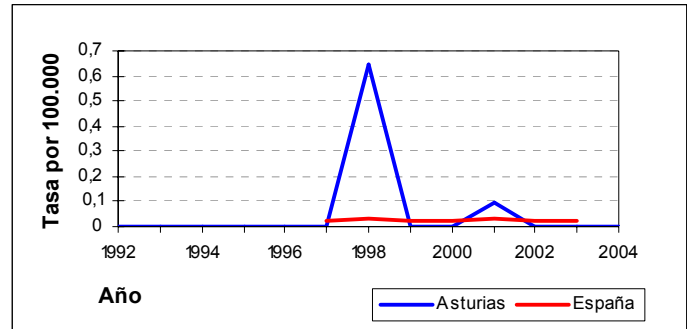
En Asturias no se registran casos desde 2001. En España, la presencia de esta enfermedad, de transmisión alimentaria, es testimonial, notificándose 5-6 casos anuales (tasa de 0,01 casos por 100.000 h).

Es de reseñar el brote del año 1998 en Asturias, con 7 casos, que se relacionaron con el consumo de aceitunas en lata que no cumplían las normas de tratamiento y conservación.

Tabla 39: Botulismo. Asturias y España. 1997-2004
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1997	0	0	7	0,02
1998	7	0,7	13	0,03
1999	0	0	7	0,02
2000	0	0	9	0,02
2001	1	0,1	13	0,03
2002	0	0	6	0,02
2003	0	0	6	0,02
2004	0	0	5	0,01

Gráfico 51: Botulismo. Asturias y España. 1992-2004
Tasa de incidencia por 100.000 h



De los 6 casos notificados en España en 2003, 2 se localizaron en Andalucía, 2 en Aragón, 1 en Castilla-León y 1 en Madrid.

3.5.5 Triquinosis

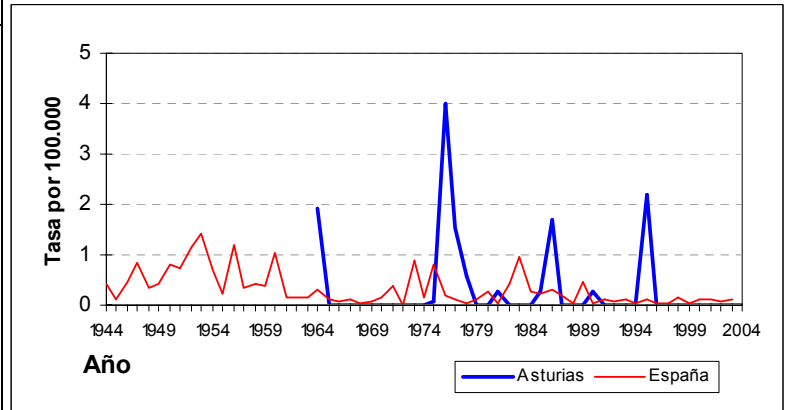
Desde 1995 no se notifican casos en Asturias. En dicho año, hubo un brote con 24 casos por consumo de carne de jabalí que afectó a varios núcleos de población del concejo de Aller.

En España, la aparición de casos se relaciona con brotes ocurridos en determinadas CCAA. Durante el año 2003, la CCAA que aglutinó el 69% de casos fue Castilla y León. En el año 2004, se registraron en el conjunto nacional 32 casos (tasa de 0,08 casos por 100.000 h), lo que supone un descenso relativo con respecto al año previo de un 33,3%.

Tabla 40: Triquinosis. Asturias y España. 1990-2004
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1990	3	0,27	14	0,04
1991	0	0,00	68	0,17
1992	0	0,00	26	0,07
1993	0	0,00	39	0,10
1994	0	0,00	8	0,02
1995	24	2,19	39	0,10
1996	0	0,00	16	0,04
1997	0	0,00	11	0,03
1998	0	0,00	58	0,14
1999	0	0,00	14	0,03
2000	0	0,00	43	0,11
2001	0	0,00	44	0,11
2002	0	0,00	25	0,06
2003	0	0,00	48	0,12
2004	0	0,00	32	0,08

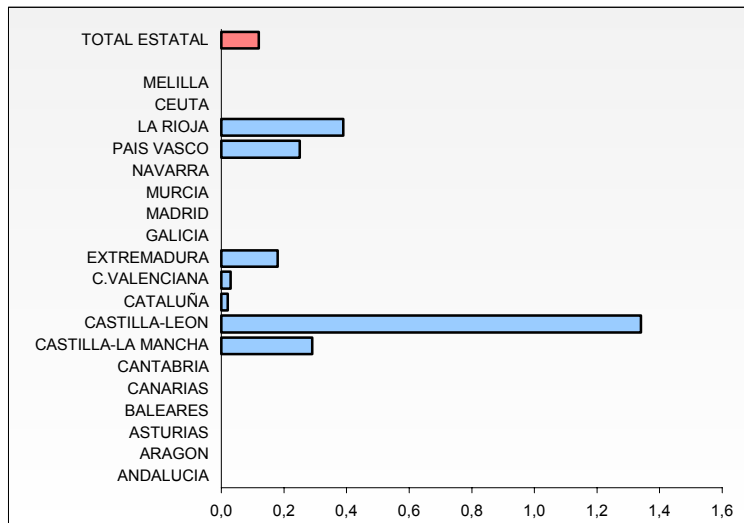
Gráfico 52: Triquinosis. Asturias y España. 1944-2004
Tasa de incidencia por 100.000 h



Comparativo nacional

Durante 2003, sólo hubo casos en 7 CCAA (La Rioja, País Vasco, Extremadura, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Cataluña y Castilla-La Mancha)

Gráfico 53: Triquinosis. España 2003. Tasa por 100.000 h por CCAA.



3.5.6 Cólera

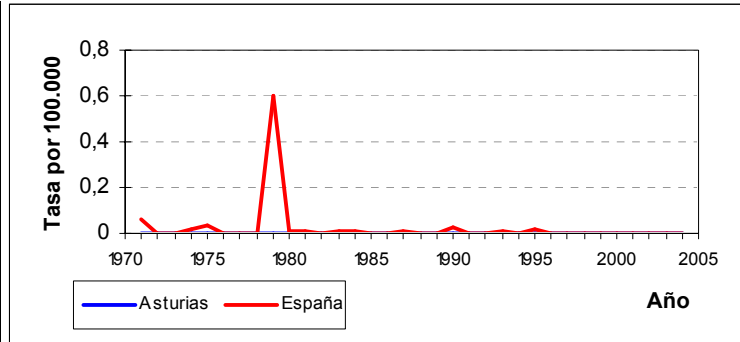
Los dos últimos brotes de cólera registrados en España se sitúan en 1971 y 1979 y los últimos casos datan de 1995. En 2001 se registró un caso importado.

En España, después de los años de la posguerra, hubo un amplio período de años sin casos declarados, reapareciendo en el verano de 1971 en la ciudad de Melilla. Meses después se declararon otros casos en la misma ciudad y en Ceuta, y en las provincias de Zaragoza, Barcelona, Valencia, Murcia y Cádiz. En 1975 se declararon casos en Galicia. En 1979 en las provincias de Málaga (140 casos), Barcelona (71), Córdoba (4), Granada (4), Sevilla (2), Navarra (3), Ceuta (1) y Melilla (18). En los siguientes años se han declarado casos aislados y en 2001 se registró un caso catalogado como importado

Tabla 41. Cólera en España, 1980-2003. N° de casos. Tasa por 100.000 h

Año	N°	Tasa
1980	3	0,008
1981	0	0,000
1982	1	0,003
1983	1	0,003
1984	4	0,010
1985	0	0,000
1986	0	0,000
1987	9	0,023
1988	0	0,000
1989	2	0,005
1990	11	0,028
1991	0	0,000
1992	2	0,005
1993	3	0,008
1994	4	0,010
1995	6	0,015
1996	0	0,000
1997	0	0,000
1998	0	0,000
1999	0	0,000
2000	0	0,000
2001	1 (importado)	0,002
2002	0	0,000
2003	0	0,000
2004	0	0,000

Gráfico 54: Cólera España. 1970-2004. Tasa por 100.000 h



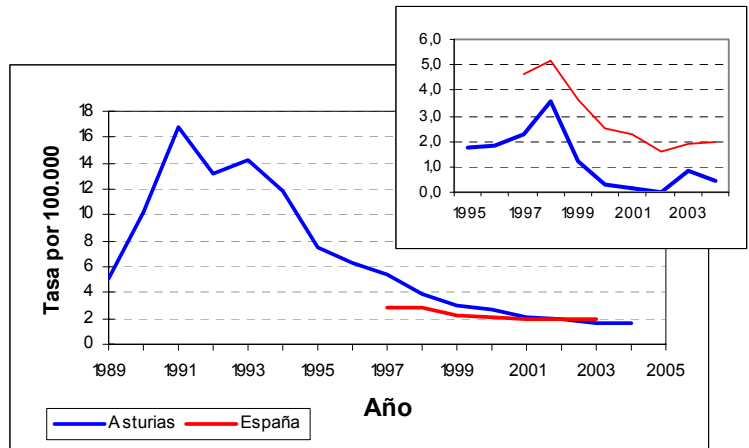
3.5.7 Hepatitis A

La hepatitis A es una enfermedad relacionada con las malas condiciones higiénico-sanitarias derivadas de las deficiencias en el tratamiento adecuado de aguas residuales, siendo ya poco frecuentes los casos en nuestro medio. Existe una vacuna eficaz frente a la misma que se aplica a grupos de riesgo.

Sólo se registraron 5 casos de hepatitis A en Asturias en 2004, lo que supone una tasa de 0,5 casos por 100.000 h. Históricamente, las tasas asturianas son siempre muy inferiores a las nacionales estando ambas en niveles que nos sitúan entre los países de baja incidencia. La evolución que muestra la enfermedad desde 1995 es ligeramente ascendente hasta 1998 (quizá en relación con una menor notificación en los primeros años de declaración individualizada y/o en relación a dos brotes familiares ocurridos en un colectivo marginal y que originaron cerca de la mitad de los casos registrados en el periodo de 1996 a 1998). A partir de este momento, descendiendo bruscamente habiendo experimentado un leve incremento en el último año.

Tabla 42: Hepatitis A. Asturias y España. 1995-2004 Gráfico 55: Asturias y España. 1989-2004. Tasa por 100.000 h N° de casos y tasa por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1995	19	1,7		
1996	20	1,8		
1997	25	2,3	1813	4,5
1998	40	3,7	2041	5,0
1999	13	1,2	1452	3,6
2000	3	0,3	978	2,4
2001	2	0,2	899	2,2
2002	0	0,0	620	1,5
2003	9	0,9	760	1,8
2004	5	0,5	773	1,9



En la siguiente tabla se describen las características de los cinco casos detectados en Asturias.

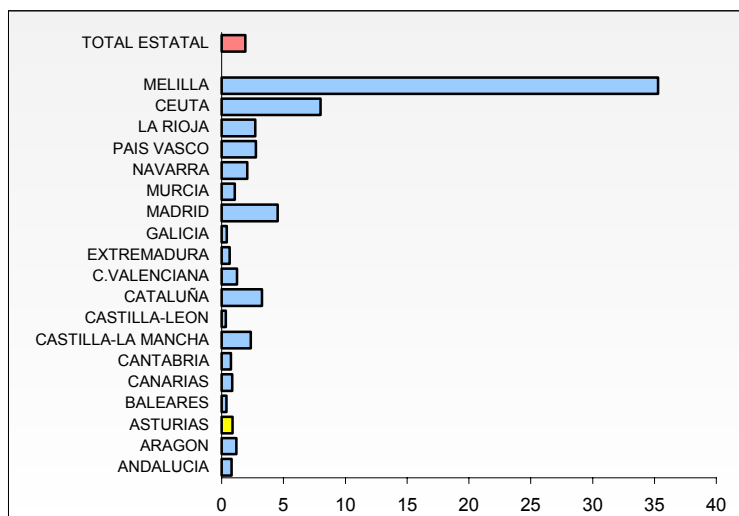
Tabla 43: Hepatitis A. Asturias 2004. Descriptivo de los casos.

	Semana	Localidad	Área	Edad	Sexo	Lugar contagio	Tipo de caso	Clase de caso	Comentarios
Caso 1	5	Avilés	III	38	Masculino	Autóctono	Confirmado	Esporádico	
Caso 2	23	Oviedo	IV	27	Femenino	Autóctono	Confirmado	Esporádico	
Caso 3	26	Gijón	V	37	Masculino	Autóctono	Confirmado	Esporádico	
Caso 4	40	Oviedo	IV	77	Femenino	Autóctono	Probable	Secundario	Contagiada por un hijo
Caso 5	28	Gijón	V	9	Femenino	Importado	Confirmado	Esporádico	Procedente de Uruguay

Comparativo nacional

Por CCAA, Melilla se sitúa a la cabeza, con una tasa de 35,2 casos por 100.000 h, muy superior a la del resto de comunidades. Ello está en relación con las peores condiciones socioeconómicas de su población. Ceuta ocupa el segundo lugar. Sin embargo, la tasa que presenta ya se aproxima a la de algunas comunidades peninsulares. Asturias es una de las siete comunidades que presentan una incidencia inferior a 1 caso por 100.000 h.

Gráfico 56: Hepatitis A. España 2003. Tasa de incidencia por CCAA



3.6 Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

Las enfermedades de transmisión sexual son una causa importante de enfermedad aguda en adultos pudiendo originar, en muchos casos, graves complicaciones con secuelas. Su importancia se ve incrementada por su relación con la infección VIH/SIDA, ya que facilitan la transmisión de la misma.

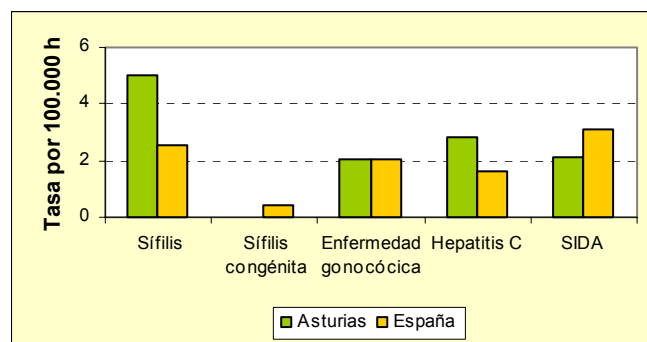
Sin embargo, sólo un pequeño número de enfermedades de transmisión sexual son objeto de vigilancia, probablemente en relación con su mayor importancia desde el punto de vista de la morbi/mortalidad que tuvieron, así como la de su facilidad diagnóstica. De este modo, la sífilis y la enfermedad gonocócica son enfermedades de declaración numérica. Además, existe un registro de casos de sífilis congénita.

La hepatitis C se transmite por vía parenteral y no dispone de vacuna, por lo que la principal medida de prevención está en relación con el cumplimiento de las precauciones universales.

Tabla 44: ETS. Asturias y España. 2004. N° de casos y tasa por 100.000 h

Enfermedades de transmisión sexual	Asturias		España	
	N°	Tasa	N°	Tasa
Sífilis	53	5,0	1035	2,5
Sífilis congénita	0	0	16	0,04
Enfermedad gonocócica	22	2,1	829	2,0
Hepatitis C	29	2,8	650	1,6
SIDA	20	1,9	1.274	3,1

Gráfico 57: ETS. Asturias y España. 2004. Tasa por 100.000 h



3.6.1 Sífilis

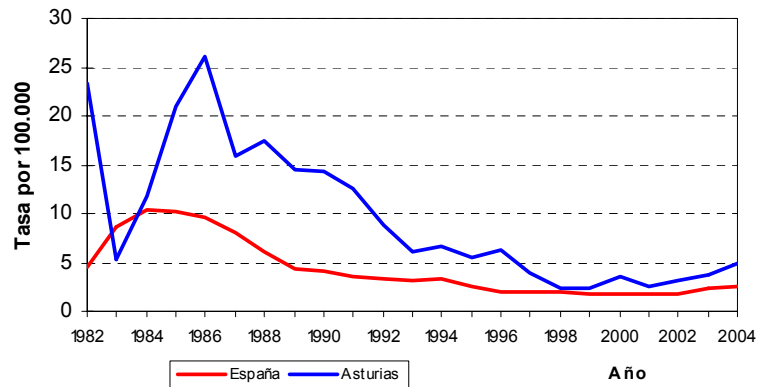
Incidencia. Tendencias.

Durante el año 2004, se ha incrementado el número de casos tanto en nuestra comunidad como en el conjunto nacional. En Asturias se han notificado 53 casos (tasa de 5,0 casos por 100.000 h) y en España 1.035 (tasa de 2,5 casos por 100.000 h). El incremento relativo es de un 33% y de un 14% respectivamente.

En Asturias, la incidencia de la sífilis es históricamente dos o tres veces superior a la de España. A partir de 1986, año en que se observa un pico de esta enfermedad en nuestra comunidad, se produce un descenso mantenido de la enfermedad, más marcado en Asturias, hasta 1999. Desde entonces, se acortan las diferencias y las tasas experimentan un ligero incremento, mantenido en los últimos años.

Tabla 45. Sífilis. Asturias y España. 1982-2004.
Nº de casos y tasa por 100.000 h

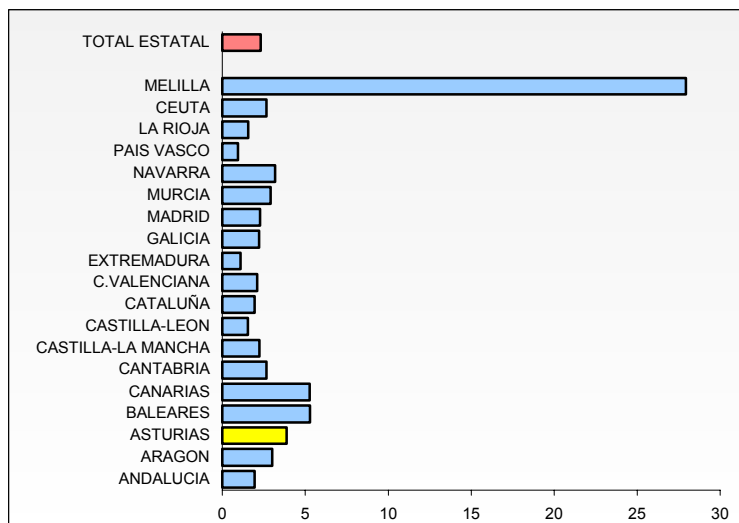
Años	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1982	264	23,5	1.752	4,6
1983	60	5,4	3.332	8,8
1984	132	11,8	4.017	10,5
1985	236	21,2	3.979	10,4
1986	290	26,1	3.815	9,9
1987	177	16,0	3.151	8,1
1988	193	17,5	2.380	6,1
1989	161	14,6	1.809	4,6
1990	158	14,4	1.685	4,3
1991	138	12,6	1.509	3,8
1992	97	8,9	1.255	3,2
1993	67	6,1	1.196	3,0
1994	74	6,8	1.343	3,4
1995	59	5,4	1.005	2,5
1996	68	6,3	793	2,0
1997	42	3,9	762	1,9
1998	26	2,4	772	1,9
1999	25	2,3	682	1,7
2000	38	3,5	700	1,7
2001	28	2,6	700	1,7
2002	35	3,3	734	1,8
2003	40	3,8	917	2,2
2004	53	5,0	1.035	2,5

Gráfico 58: Sífilis. Asturias y España. 1982-2004
Tasa de incidencia por 100.000 h

Comparativo nacional

Por CCAA, la mayor incidencia corresponde a Melilla (tasa de 28 casos por 100.000 h) que presentó una tasa cinco veces superior a la de las comunidades que ocupan el segundo y tercer lugar (Balears y Canarias con tasas de 5,3 casos por 100.000 h). Asturias ocupa el cuarto lugar. El País Vasco presentó la menor incidencia con menos de 1 caso por 100.000 h.

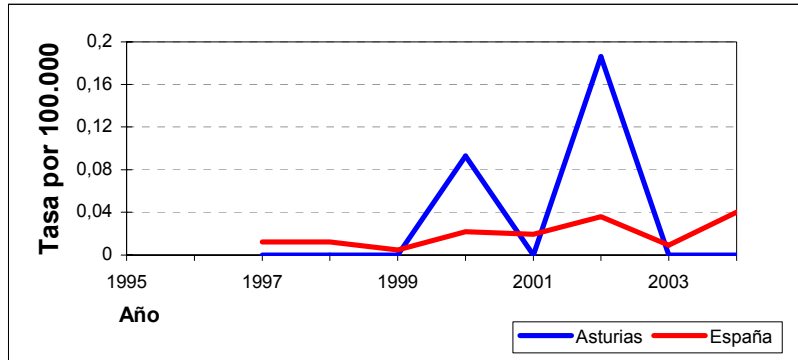
Gráfico 59: Sífilis. España 2003. Tasas por CCAA



Sífilis congénita

La sífilis congénita se declara mediante un sistema especial de registro de casos. En Asturias, desde el año 1997 hay registrados 3 casos, uno en el año 2000 y dos en el 2002. En España, durante el año 2004 se notificaron 16 casos, lo que supone una incidencia de 0,04 casos por 100.000 h, y cuadruplica la cifra del año previo en que sólo se registraron cuatro casos.

Gráfico 60: Sífilis congénita. Asturias y España. 1997-2004



De los 4 casos notificados en España en 2003, dos se localizaron en Madrid y dos en la Comunidad Valenciana.

3.6.2 Infección gonocócica

Incidencia. Tendencias

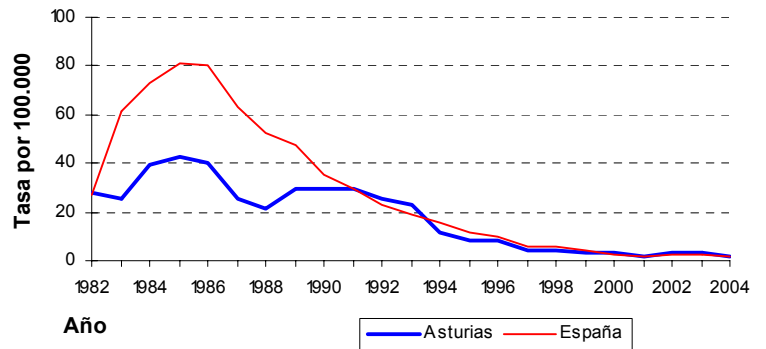
La incidencia de la infección gonocócica ha experimentado en el año 2004 un descenso relativo de un 44% en Asturias y de un 22% en España. Se han notificado 22 y 829 casos respectivamente, lo que supone una tasa de incidencia de 2 casos por 100.000 h en ambos casos. Se mantiene, así, dentro de los límites esperados.

Asturias siempre ha tenido tasas inferiores a las de España hasta 1991 en que se igualan; desde entonces, se mantienen en valores similares. Históricamente, tanto España como Asturias han experimentado un descenso mantenido desde los años 80, presentando en la actualidad bajas incidencias.

Tabla 46: Infección gonocócica. Asturias y España. 2004 N° de casos y tasa por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1982	312	27,8	10.380	27,4
1983	284	25,4	23.411	61,5
1984	446	39,9	27.903	73,0
1985	480	43,1	31.250	81,4
1986	443	39,9	30.937	80,2
1987	281	25,4	24.569	63,4
1988	234	21,2	20.330	52,2
1989	330	30,0	18.348	46,9
1990	328	29,9	13.702	34,9
1991	324	29,6	11.428	29,0
1992	274	25,1	9.059	22,9
1993	249	22,8	7.272	18,3
1994	122	11,2	6.165	15,4
1995	88	8,1	4.444	11,1
1996	85	7,8	3.913	9,7
1997	44	4,1	2.352	5,8
1998	45	4,2	2.169	5,3
1999	37	3,4	1.469	3,6
2000	33	3,1	1.045	2,6
2001	20	1,9	805	2,0
2002	37	3,5	833	2,0
2003	39	3,7	1.069	2,6
2004	22	2,1	829	2,0

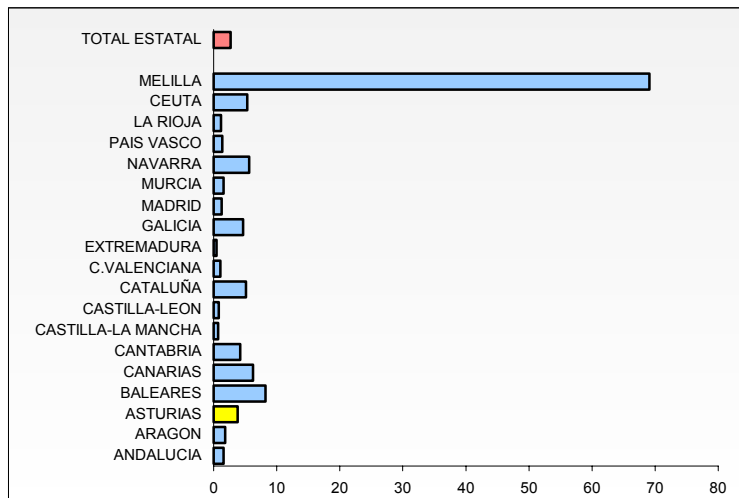
Gráfico 61: Infección gonocócica. Asturias y España. 1982-1982-2004. Tasa por 100.000 h



Comparativo nacional

Por CCAA, como ocurría con la sífilis, la comunidad con una incidencia muy superior al resto es Melilla que presentó, en 2003, una tasa de 70 casos por 100.000 h. El resto de comunidades se situaron en cifras inferiores a los 8,5 casos por 100.000 h. Siete comunidades presentaron tasas por debajo de los 2 casos por 100.000 h y tres comunidades por debajo de 1 caso por 100.000 h. Asturias ocupó un lugar intermedio.

Gráfico 62: Infección gonocócica. España 2003. Tasa por CCAA.



3.6.3 Otras Hepatitis

Incidencia. Tendencias.

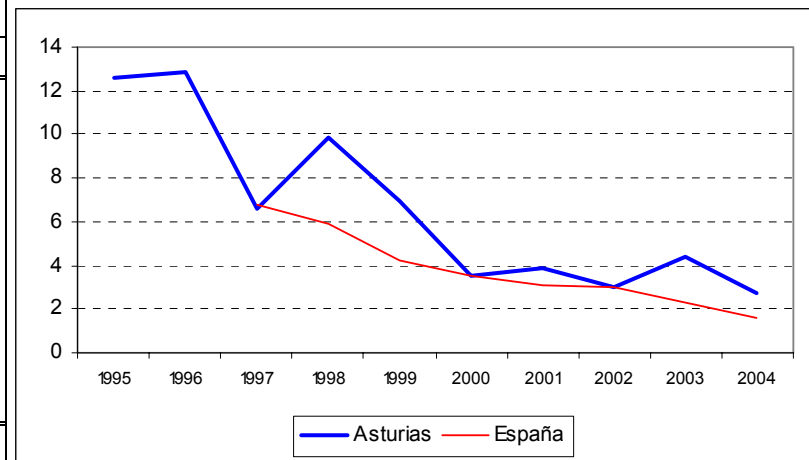
Dentro de las hepatitis, el grupo de “Otras hepatitis” es el que presenta una mayor incidencia en Asturias. Sin embargo, en España, su incidencia es inferior a la de la hepatitis A y B. Durante el año 2004, se registraron en Asturias 29 casos (todos correspondieron a hepatitis C) y en España 650 casos (tasas de 2,8 y 1,6 por 100.000 h respectivamente).

La tendencia observada para esta enfermedad desde 1995 es descendente habiendo disminuido en cuatro veces el número de casos registrados. Es de reseñar que las tasas asturianas suelen ser superiores a las nacionales.

Tabla 47: Otras hepatitis víricas. Asturias y España 1995-2004. N° de casos y tasa

Año	Asturias		España	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1995	138	12,7		
1996	140	12,9		
1997	72	6,6	2682	6,6
1998	107	9,9	2324	5,7
1999	76	7,0	1657	4,1
2000	38	3,5	1404	3,4
2001	42	4,0	1231	3,0
2002	32	3,0	1188	2,9
2003	47	4,4	911	2,2
2004	29	2,8	650	1,6

Gráfico 63: Otras hepatitis víricas. Asturias y España 1995-2004. Tasa por 100.000 h



Distribución espacial

El mayor número de casos (41%) se localizó en el Área V. La mayor incidencia correspondió al Área VII con 6,6 casos por 100.000 h.

Tabla 48: Otras hepatitis. Asturias 2004. N° de casos, Tasa por 100.000 h por Área Sanitaria

Área	Nº	Tasa	%
I	1	1,8	3,4%
II	0	0,0	0%
III	2	1,3	6,9%
IV	6	1,9	20,7%
V	12	4,1	41,3%
VI	1	1,8	3,4%
VII	5	6,6	17,2%
VIII	2	2,3	6,9%
Total	29	2,7	100,0%

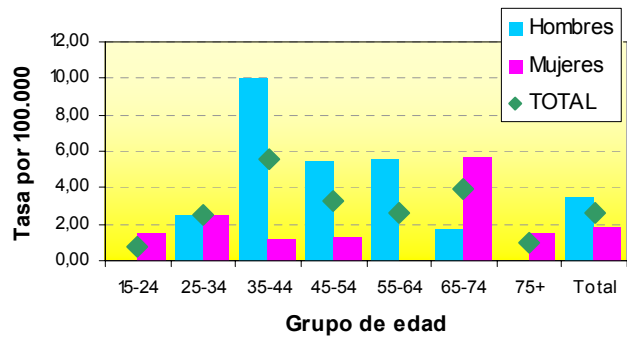
Características de los casos

De modo global, la incidencia en varones fue dos veces superior a la de mujeres. Sin embargo, esta diferencia fue máxima en el grupo de 35 a 44 años, de ocho veces. Es de destacar que, en las edades más avanzadas (> 65 años), la incidencia fue superior en las mujeres. El ratio global hombre/mujer fue de 1,8

Tabla 49: Otras hepatitis. Asturias 2004. Nº de casos y tasa por 100.000 h por edad y sexo

Edad	Hombres		Mujeres		TOTAL	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
15-24	0	0,00	1	1,53	1	0,75
25-34	2	2,47	2	2,52	4	2,49
35-44	8	10,02	1	1,21	9	5,54
45-54	4	5,41	1	1,30	5	3,32
55-64	3	5,51	0	0,00	3	2,64
65-74	1	1,73	4	5,69	5	3,91
75+	0	0,00	1	1,49	1	0,95
NS			1		1	
Total	18	3,54	11	1,98	29	2,75

Gráfico 64: Otras hepatitis. Asturias 2004. Tasa por 100.000 h por grupo de edad y sexo.



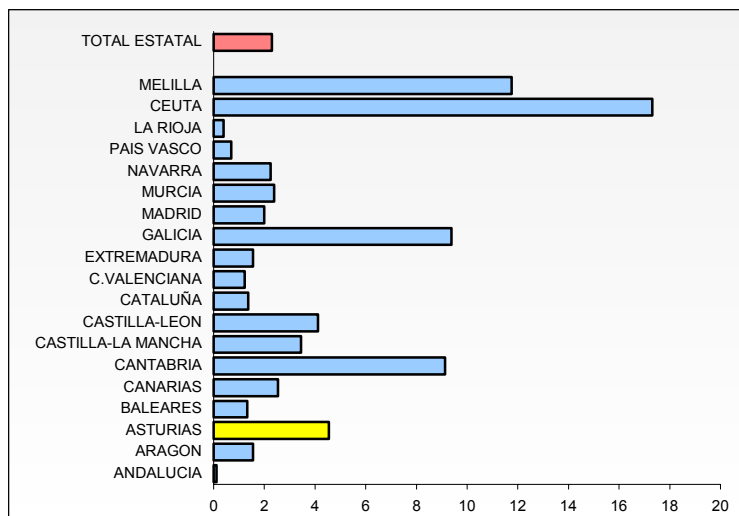
Clasificación de los casos

Todos los casos fueron esporádicos y autóctonos, al igual que ocurría con la hepatitis B. Ocho casos (27% de los mismos) fueron casos sospechosos, siendo el resto casos probables. Como suele ser habitual en este tipo de hepatitis, no se confirmó ningún caso.

Comparativo nacional

Asturias es una de las CCAA con una mayor incidencia de “otras hepatitis” colocándose en quinto lugar tras Ceuta (tasa de 17 por 100.000), Melilla (tasa de 11 por 100.000), Galicia y Cantabria (tasas de 9 casos por 100.000).

Gráfico 65: Otras hepatitis. España 2003. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.6.4 SIDA

El sistema de vigilancia epidemiológica del SIDA y la infección VIH se puso en marcha en 1986 y, a nivel mundial, está coordinada por la OMS (Programa Mundial de lucha contra el SIDA) que recibe las notificaciones de los casos de SIDA y los resultados de los estudios seroepidemiológicos de la infección VIH. En España existe un Registro Nacional de casos de SIDA y de nuevas infecciones por VIH.

Incidencia. Tendencias.

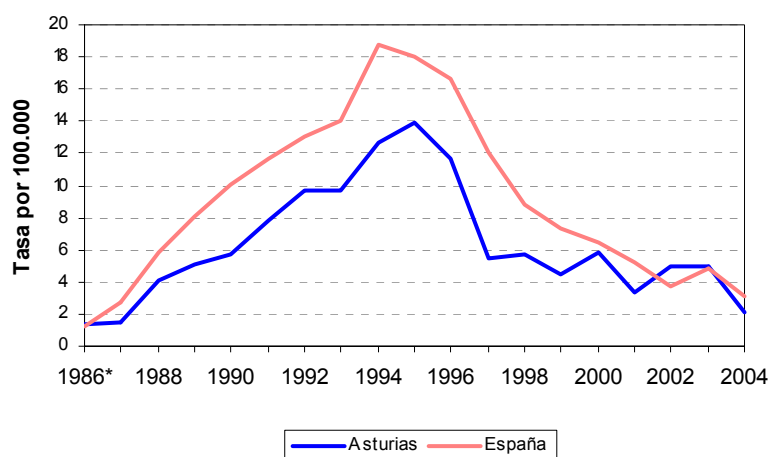
Durante el año 2004, se registraron 20 casos nuevos de SIDA. Este número, aunque claramente inferior al de 2003, ha de ser observado teniendo en cuenta el retraso normal de la notificación.

En la serie histórica del SIDA se observa como, después de la primera etapa de expansión de la enfermedad, con un incremento continuo en el número de casos desde 1986 hasta 1995, comienza un descenso, llamativo y continuo, mantenido a nivel nacional hasta el momento actual y en Asturias hasta 1999. A partir de este año, oscila ligeramente manteniéndose, más o menos, estable.

Tabla 50: SIDA. Asturias y España. 1986-2004.
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1986*	9	0,8	495	1,3
1987	17	1,5	1.088	2,8
1988	46	4,2	2.268	5,8
1989	57	5,2	3.158	8,1
1990	63	5,7	3.914	10,0
1991	86	7,9	4.558	11,6
1992	106	9,7	5.061	12,8
1993	106	9,7	5.478	13,8
1994	138	12,7	7.368	18,5
1995	152	14,0	7.091	17,7
1996	127	11,7	6.592	16,4
1997	60	5,5	4.790	11,8
1998	62	5,7	3.543	8,7
1999	49	4,5	2.966	7,3
2000	64	5,9	2.645	6,5
2001	36	3,4	2.155	5,3
2002	53	5,0	1.523	3,7
2003	46	4,4	1.974	4,8
2004	20	1,9	1.274	3,1

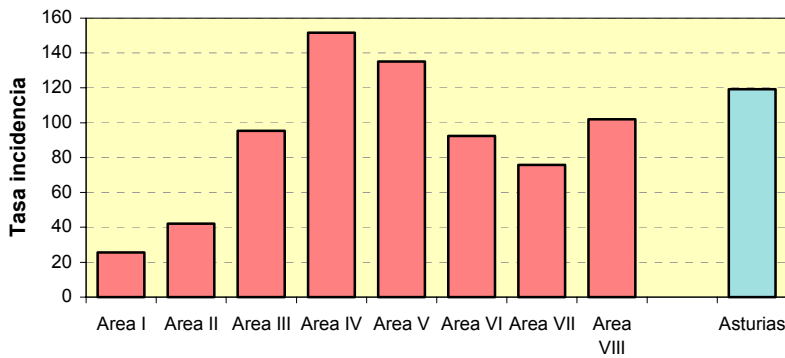
Gráfico 66: SIDA. Asturias y España. 1986-2004
Tasa de incidencia por 100.000 h



Distribución espacial

La tasa más elevada durante 2004 correspondió al Área I que, con 2 casos, presentó una tasa de 3,64 casos por 100.000 h; el Área V, con el mayor número de casos (8) ocupó el segundo lugar (2,72 por 100.000 h). En las Áreas II y VIII no se registró ningún caso. La incidencia acumulada (1986-2004) más elevada corresponde al Área IV seguida del Área V.

Gráfico 67: SIDA. Asturias 1986-2004. Incidencia acumulada por Área Sanitaria



Características de los casos

Distribución por edad y sexo

El 90% de los casos (18 de 20) fueron varones. Esto supone una razón varón/mujer de 9:1, manteniéndose la hegemonía masculina de esta enfermedad.

La distribución por edad y sexo se muestra en la siguiente tabla. La mayor incidencia ocurrió en el grupo de 40 a 49 años, si bien en el conjunto de casos acumulados desde 1986, el grupo más afectado es el de 30 a 39 años.

Tabla 51: SIDA. Asturias 2004. Distribución por edad y sexo

Grupo de edad	Varón		Mujer	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
30-39	6	3,7	1	0,6
40-49	8	5,3	1	0,7
49+	4	1	0	0
Total	18	1,7	2	0,2

La incidencia acumulada por grupo de edad y la distribución por sexo y edad en el total de casos acumulados desde 1986 se muestra en los gráficos 68 y 69. Aunque hay un claro predominio masculino a todas las edades, la diferencia es menor en los niños hasta los 9 años.

Gráfico 68: SIDA. Asturias 1986-2004. Incidencia acumulada por grupo de edad

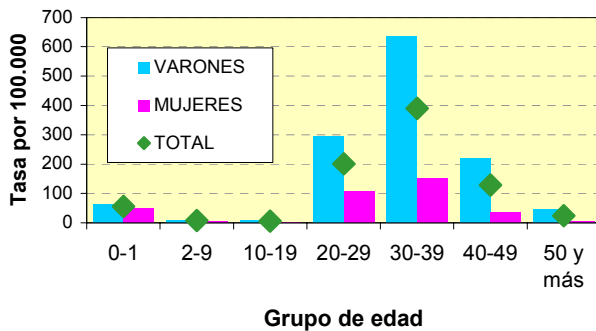
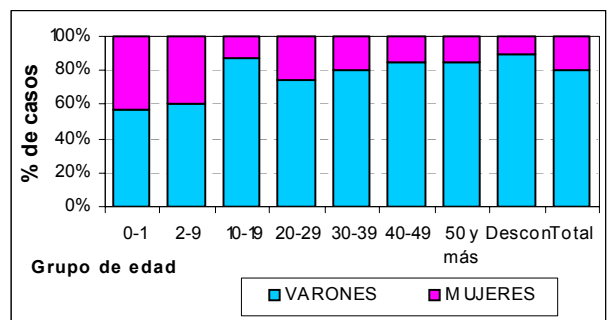


Gráfico 69: SIDA. Asturias 1986-2004. Distribución de casos por sexo y grupo de edad



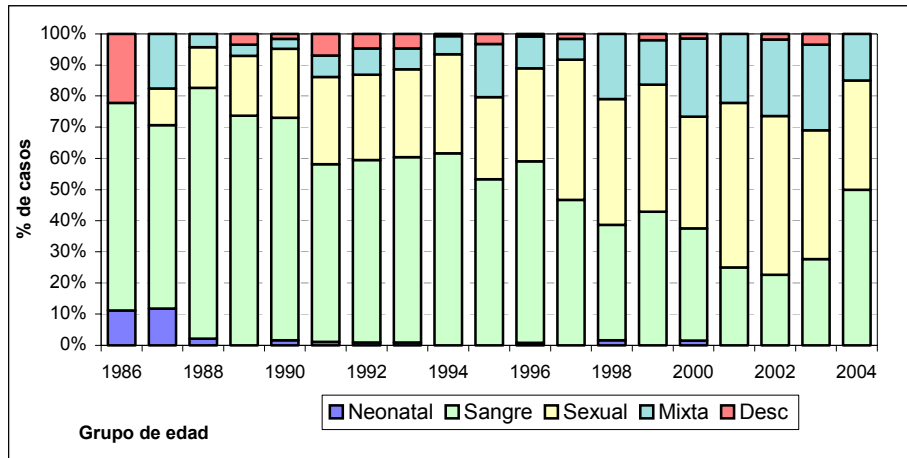
Mecanismo de transmisión

La vía de transmisión más frecuente fue la parenteral (todos por uso de drogas inyectadas), presente en el 50% de los casos; seguida de la sexual en el 35% (de los 7 casos con este mecanismo, sólo 2 se relacionaron con prácticas homosexuales). En un 15%, la transmisión fue mixta.

En varones, la vía predominante fue la parenteral (50%) seguida de la sexual (39%) y mixta (11%). En mujeres, sólo hubo dos casos, uno de transmisión parenteral y otro de transmisión mixta.

La distribución de casos por vía de transmisión y año se muestra en el gráfico 70. En él se observa como la vía sexual había ido aumentando en los últimos años a expensas de la sanguínea; si bien, durante 2004 no se mantuvo esta tendencia.

Gráfico 70: SIDA. Asturias 1986-2004. Distribución de casos por vía de transmisión y año.

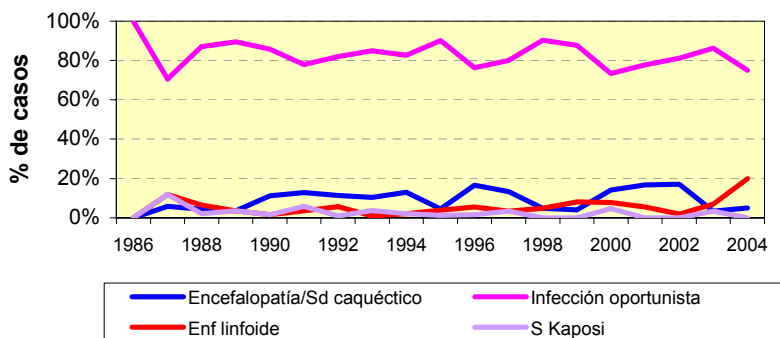


Enfermedades definatorias de SIDA

En quince casos (75%), la enfermedad definitoria de SIDA fue una infección oportunista; en cuatro casos (20%) una enfermedad linfoide y en un caso (5%) una encefalopatía.

En el siguiente gráfico, en que se muestra, la distribución de todos los casos acumulados de SIDA por enfermedad indicativa y año, vemos el claro predominio de las infecciones oportunistas, mucho más frecuentes que el resto de patologías.

Gráfico 71: SIDA. Asturias. 1986-2004. Distribución por enfermedad definitoria y año

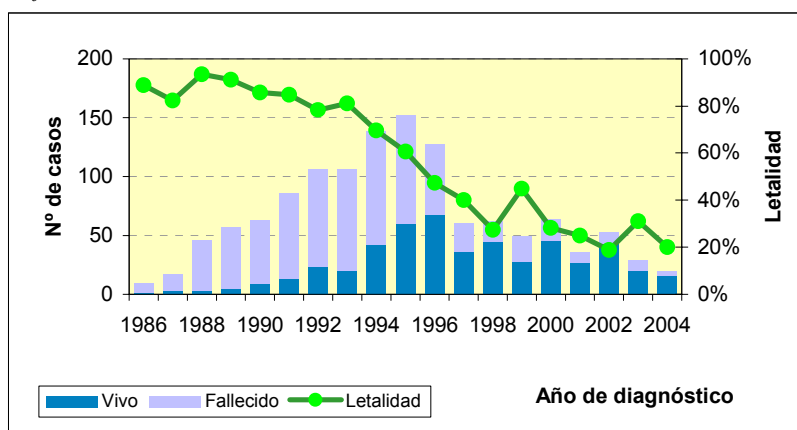


Mortalidad

Hubo cuatro fallecimientos en los veinte casos de SIDA diagnosticados en 2004, lo que supone una letalidad del 20%.

En el siguiente gráfico se observa como la letalidad ha disminuido llamativamente desde los primeros años de la epidemia hasta la actualidad. Sin embargo, hay que tener en cuenta dos factores a la hora de interpretar este resultado. Por un lado, la supervivencia de la enfermedad que determina que los casos con diagnóstico reciente aún no hayan fallecido. Por otro lado, la aparición de los antiretrovirales que alargan la vida de los afectados. De ahí, la necesidad de una visión de la letalidad a largo plazo.

Gráfico 72: SIDA. Asturias 1986-2004. Letalidad



Comparativo nacional

Durante 2004, la incidencia más elevada (datos no corregidos por retraso en la notificación) correspondió a Baleares con 7,6 casos por 100.000 h seguida de País Vasco y Madrid (tasas en torno a 5,5). Extremadura y Asturias presentaron las menores tasas con 0,76 y 1,01 casos por 100.000 h respectivamente. Sin embargo, la incidencia acumulada desde 1991 es máxima para Madrid, seguido de Baleares y País Vasco y mínima para Castilla-La Mancha y Extremadura.

Gráfico 73: SIDA. España 2004. Incidencia por CCAA

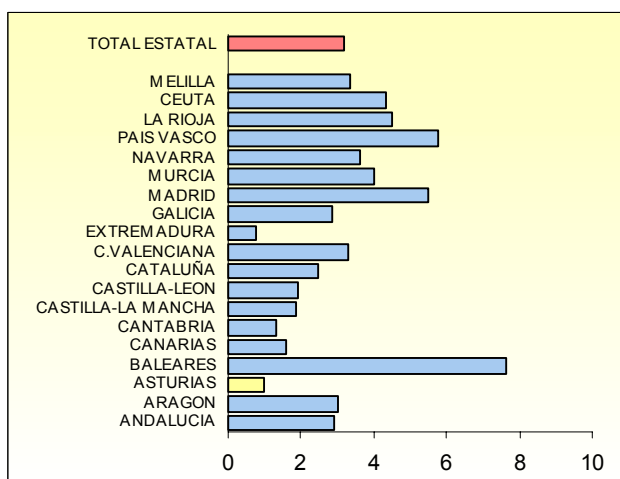
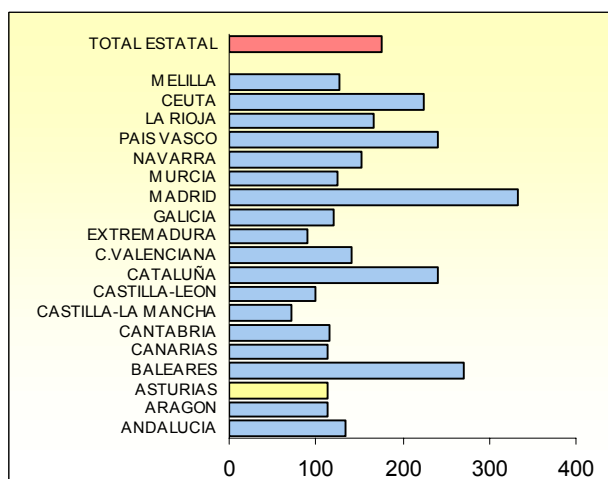


Gráfico 74: SIDA. España 1981-2004. Incidencia acumulada



3.7 Otras enfermedades

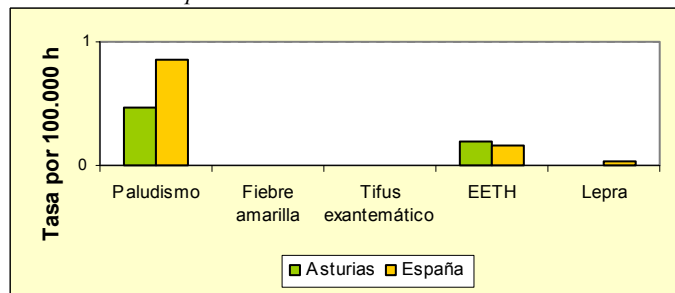
Incluimos en este apartado las enfermedades transmitidas por artrópodos (paludismo, fiebre amarilla, tifus exantemático), la lepra y las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas.

Las EDO transmitidas por artrópodos se refieren a enfermedades que no existen en España, pero tienen interés debido a que, en relación con la amplia movilidad geográfica de que hoy se dispone, pueden aparecer casos importados en nuestro país, donde ya no hay casos autóctonos.

Tabla 52: Otras enfermedades. Asturias y España 2004. N° de casos. Tasa de incidencia por 100.000 h

Otras enfermedades	Asturias		España	
	N°	Tasa	N°	Tasa
Paludismo	5	0,47	349	0,85
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0
Lepra	0	0	17	0,04
EETH	2	0,2	65	0,16

Gráfico 75: Otras enfermedades. Asturias y España. 2004. Tasa por 100.000 h.



3.7.1 Paludismo

Se han notificado 5 casos en Asturias en el año 2004 (tasa de 0,47 casos por 100.000 h) y 349 en España (tasa de 0,85 casos por 100.000 h); todos ellos importados. Las tasas en España son históricamente superiores a las de Asturias.

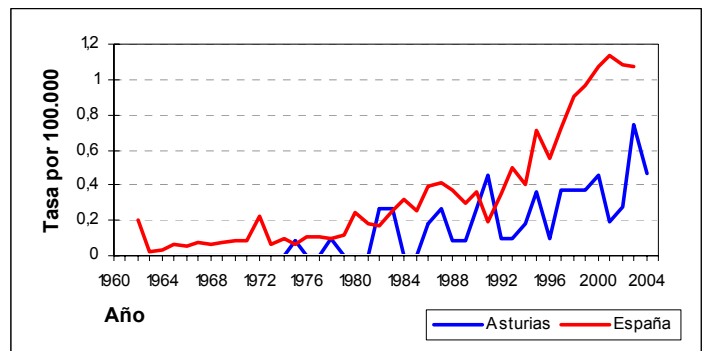
En los últimos años en Asturias, se ha detectado un cambio en el perfil de los afectados por esta enfermedad, que han pasado de ser nacidos en España y desplazados por razones laborales (marineros y misioneros principalmente), a tratarse de inmigrantes de zonas endémicas, establecidos desde hace tiempo en España, que han perdido la semi-inmunidad que tenían a la enfermedad, y viajan temporalmente a sus países de origen donde se infectan.

Aunque la tendencia de los últimos años era ascendente, en 2004 con respecto a 2003, ha disminuido la incidencia de esta enfermedad tanto a nivel de nuestra comunidad como en el conjunto nacional.

Tabla 53: Paludismo en Asturias y España. 1994-2004. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1994	2	0,18	161	0,40
1995	4	0,37	211	0,53
1996	2	0,18	224	0,56
1997	4	0,37	285	0,70
1998	4	0,37	365	0,90
1999	4	0,37	392	0,96
2000	5	0,46	437	1,07
2001	2	0,19	466	1,14
2002	3	0,28	452	1,10
2003	8	0,76	456	1,11
2004	5	0,47	349	0,85

Gráfico 76: Paludismo. Asturias y España. 1960-2004. Tasa de incidencia por 100.000 h



Las características principales de los cinco casos notificados durante 2004 en Asturias se describen a continuación:

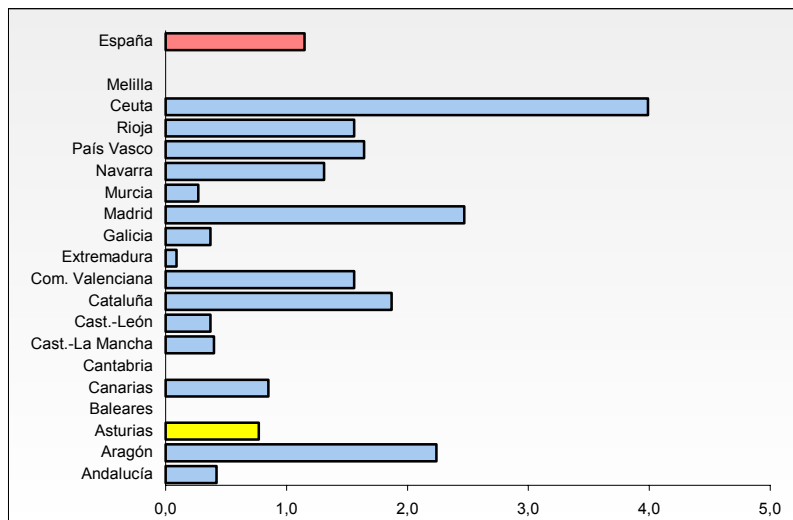
Tabla 54: Paludismo. Descripción de los casos notificados en Asturias. 2004

Edad	Sexo	Nacionalidad Española	Diagnóstico	Viajes	Quimioprofilaxis
16	Mujer	No	Laboratorio	Guinea Ecuatorial	¿?
39	Mujer	No	Gota gruesa	¿?	¿?
27	Varón	No	Laboratorio	Camerún	¿?
32	Varón	Si	Gota gruesa	Afganistán	¿?
31	Varón	No	Gota gruesa	Procedente de país endémico	No

Comparativo nacional

La incidencia más elevada corresponde a Ceuta con 4 casos por 100.000 h. El segundo lugar le corresponde a Madrid (2,4 casos por 100.000 h), zona con alta proporción de población inmigrante. Asturias ocupa un lugar intermedio. En Cantabria, Melilla y Baleares no se registró ningún caso en 2003.

Gráfico 77: Paludismo. España 2003. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.7.2 Lepra

En 1993 se creó el Registro Nacional de lepra ubicado en el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III.

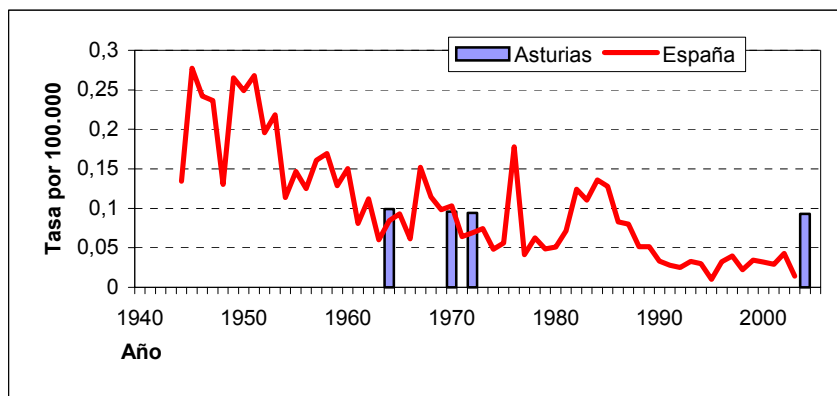
En el año 1999 se anunció una Campaña Mundial de la OMS para conseguir la erradicación de la lepra en 2005 en los doce países más afectados por la enfermedad.

En España, la situación es de pre-erradicación con tasas inferiores a 1 caso por 10.000 h.

En España, durante el año 2004 se registraron 17 casos que, aunque suponen un aumento en la incidencia de tres veces con respecto a 2003, ésta sigue siendo muy baja (0,04 casos por 100.000 h).

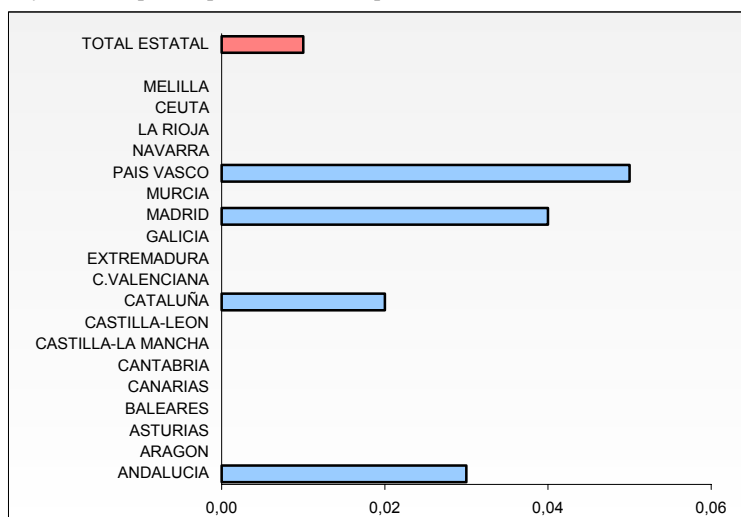
En Asturias no hay casos de lepra desde, al menos 1972. En 2003, se detectó en Asturias un caso de lepra importado, en una mujer procedente de Ecuador, y que había sido diagnosticada inicialmente en Madrid.

Gráfico 78: Lepra. Asturias y España. 1940-2004. Tasa de incidencia por 100.000 h



En 2003 se notificaron 6 casos en España: 2 en Madrid, 2 en Andalucía, 1 en Cataluña y 1 en el País Vasco.

Gráfico 79: Lepra. España 2003. Tasa por CCAA



3.7.3 Fiebre amarilla

La fiebre amarilla es una de las tres enfermedades, junto a la peste y el cólera, sometidas a Reglamento Sanitario Internacional, debiendo declararse de forma urgente, tanto a nivel nacional como internacional. El virus causal está presente, de modo endémico, en las zonas tropicales de África y América. Según los datos de declaración internacional, existen unos 200.000 casos/año (con 30.000 defunciones). Sin embargo, se cree que la verdadera incidencia puede ser de 10 a 50 veces mayor que las cifras oficiales.

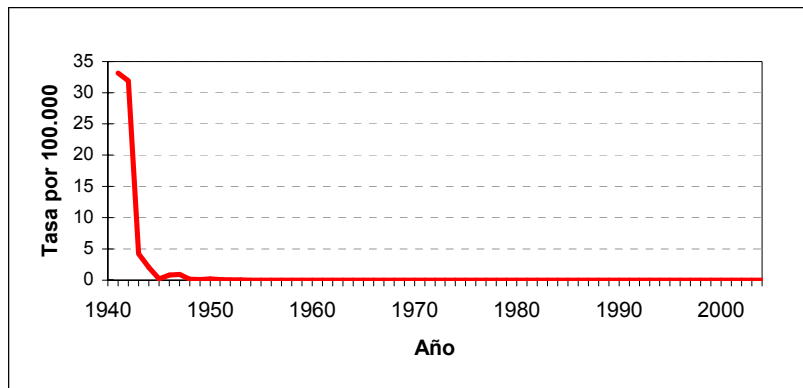
La enfermedad apareció por primera vez en España en 1730, afectando a los puertos ligados al tráfico de mercancías y personas con América (excepto en el Norte de España donde no se desarrolla el vector). La enfermedad autóctona desapareció con la pérdida de las últimas colonias americanas, ocurriendo el último brote en 1898, en tropas repatriadas acampadas en Leganés (Madrid). Actualmente, la aparición de casos en España estaría en relación con la importación de la enfermedad por viajeros o inmigrantes.

3.7.4 Tifus exantemático

El tifus exantemático está sometido a vigilancia especial por la OMS, por lo que la notificación de cualquier caso, autóctono o importado, debe realizarse de modo urgente.

En España, la última epidemia conocida estuvo asociada a la guerra civil. A partir de 1942, se produjo una reducción drástica en el número de casos, de tal modo que desde 1954 sólo se registraron 3 casos aislados, siendo el último de 1977.

Gráfico 80: Tifus exantemático. España. 1940-2004. Tasa de incidencia por 100.000 h



3.7.5 Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH)

Introducción

Las EETH constituyen actualmente un importante problema de Salud Pública, especialmente desde la aparición en 1996, en el Reino Unido, de la variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ) y su relación con la Encefalopatía Espongiforme Bovina. Dentro de las EETH se incluyen la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (esporádica, familiar, iatrogénica y variante), el Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker y el Insomnio Familiar Fatal.

En España, la vigilancia de las EETH comenzó en 1995 y se reguló en febrero de 2001, integrándose en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y haciendo su declaración obligatoria. A su vez, España está integrada en la Red de Vigilancia Europea de la enfermedad (EUROCJD). Existe un Registro Nacional, coordinado por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), que comenzó a funcionar en 1995, aunque incluye casos diagnosticados desde 1993.

El estudio de cada caso sospechoso ha de ser lo más completo posible, teniendo en cuenta que son enfermedades que requieren para su confirmación un estudio anatomopatológico de forma imprescindible. Por ello, es fundamental la realización de autopsias en todos los casos de pacientes fallecidos con sospecha de esta enfermedad. Con respecto al diagnóstico premortem, el estudio de la proteína 14-3-3 en lcr y el estudio genético no se realizan de forma rutinaria en la mayoría de los hospitales, por lo que es necesario el envío de muestras a los centros de referencia nacionales.

Nº de casos. Incidencia

Durante el año 2004, en Asturias, se registraron dos nuevos casos de EETH, lo que supone una incidencia de 1,9 casos por 10^6 h. Ambos casos, etiquetados como esporádicos, se describen a continuación.

Tabla 55: Casos de EETH. Asturias 2004

Caso	Edad	Sexo	Supervivencia	EEG típico	Prot 14-3-3	Tipo	Certeza (Criterios OMS)	Fallecimiento
1	58	M	3 meses	No	Positiva	Esporádico	Confirmado	Si
2	75	F	12 meses	Si	Positiva	Esporádico	Probable	Si

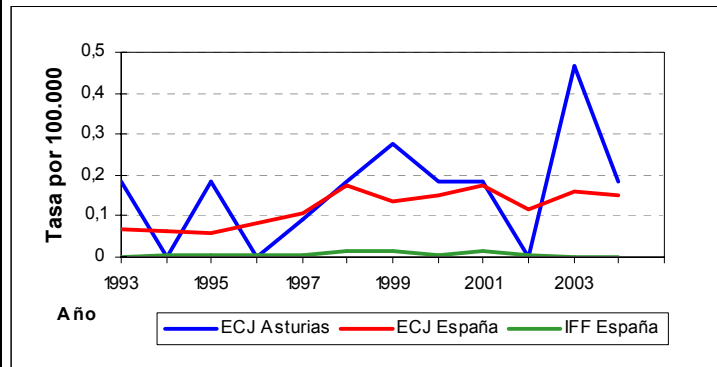
En España, durante dicho año, se notificaron 65 casos (tasa de 1,65 casos por 10^6 h).

En la siguiente tabla y gráfico se muestran los datos para Asturias y España desde 1993 hasta la actualidad.

Tabla 56: EETH. Asturias y España. 1993-2004. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año diagnóstico	Asturias		España	
	N°	Tasa	N°	Tasa
1993	2	0,18	29	0,07
1994	0	0,00	28	0,07
1995	2	0,18	27	0,07
1996	0	0,00	36	0,09
1997	1	0,09	51	0,13
1998	2	0,19	78	0,19
1999	2	0,28	76	0,19
2000	2	0,19	72	0,18
2001	2	0,19	95	0,23
2002	0	0,00	78	0,19
2003	4	0,47	70	0,17
2004	2	0,19	65	0,16
Total	19	0,16	705	0,14

Gráfico 81: EETH. Asturias y España. 1993-2004. Tasa por 100.000 h



Características generales de los casos acumulados desde 1993

Desde el año 1993, se notificaron en España 705 y en Asturias 19 casos.

Todos los casos notificados en nuestra comunidad fueron casos de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádicos (14 formas típicas y 5 formas atípicas). Se confirmaron trece casos. De los restantes, cinco fueron probables y uno posible. Todos fallecieron en un tiempo medio de 99 días (rango de 11 a 374 días).

La proteína 14-3-3 en Icr fue positiva en 14 casos. En cuatro no se había realizado y sólo en un caso resultó negativa.

Se realizó estudio genético en cinco casos (26,3%) encontrándose los siguientes haplotipos del codón 129: 2 M/M, 2 V/V y 1 M/V.

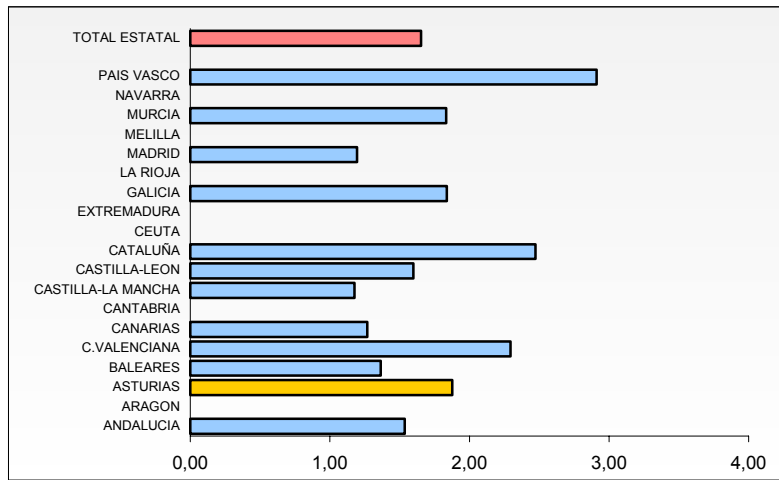
La relación hombre/mujer es de 0,58 y la edad media de los casos de 68 años (rango de 53 a 92 años). El 42% (8 casos) tenían una edad comprendida entre 60 y 69 años y el 31,6% (6 casos) entre 50 y 59 años. La cuarta parte restante eran mayores de 70 años.

Comparativo nacional

Por CCAA, las tasas más elevadas para el año 2004 correspondieron al País Vasco, con casi 3 casos por 10^6 h., en relación con una agrupación familiar de casos de Insomnio Familiar Fatal. Cataluña y Comunidad Valenciana también tienen tasas superiores a 2 casos por 10^6 h.

Aragón, Cantabria, La Rioja, Navarra, Extremadura, Ceuta y Melilla no registraron ningún caso. Sin embargo, los datos del 2004, aún son susceptibles de modificación dado el retraso en la notificación o confirmación de algunos casos propio de este proceso.

Gráfico 82: EETH. España 2004. Tasa de incidencia por 10^6 h por CCAA.



3.8 Brotes

3.8.1 Brotes de transmisión aérea

Durante 2004, se registraron 4 brotes con este mecanismo de transmisión; 3 de tuberculosis pulmonar y 1 de una neumonía vírica. Dos brotes de tuberculosis fueron familiares, mientras que el otro afectó a jóvenes de un instituto. La neumonía vírica se presentó entre niños de una escuela infantil. En todos se realizó estudio de contactos. No se registró ninguna defunción.

Tabla 57: Brotes de transmisión aérea. Asturias 2004.

Tipo de brote	Nº de casos	Hospitalizaciones	Concejo	Área	Colectivo
TBC pulmonar	4	2	Langreo	VIII	Familiar (colectivo marginal)
TBC pulmonar	4	0	Oviedo	IV	Instituto
TBC pulmonar	3	3	Gijón	V	Familiar
Neumonía vírica	5	0	Siero	IV	Escuela

3.8.2 Brotes por agua y alimentos

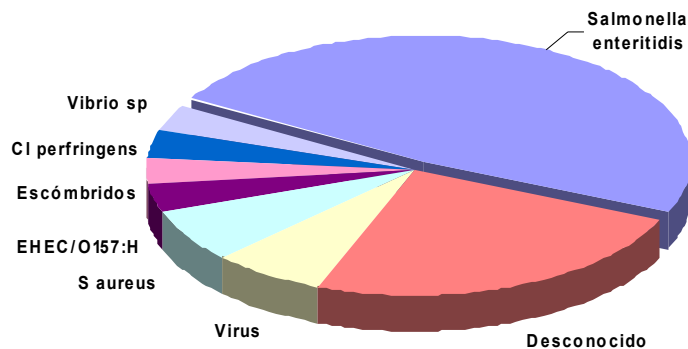
Se registraron 26 brotes de origen alimentario y 3 brotes hídricos. El 45% de los brotes ocurrieron en el Área IV, que registró una tasa de 4,2 brotes por 100.000h. La tasa más elevada ocurrió en el Área I, que con 3 brotes tuvo una tasa de 5,5 brotes por 100.000 h.

Tabla 58: Brotes alimentarios e hídricos. Asturias 2004. Nº y tasa por 100.000 h por Área Sanitaria

Área Sanitaria	B por alimento		B por agua		Total	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Fuera de Asturias	1		0		1	
I	3	5,5	0	0,0	3	5,5
II	0	0,0	0	0,0	0	0,0
III	2	1,3	0	0,0	2	1,3
IV	12	3,8	1	0,3	13	4,2
V	4	1,4	0	0,0	4	1,4
VI	1	1,9	1	1,9	2	3,7
VII	2	2,6	0	0,0	2	2,6
VIII	1	1,2	1	1,2	2	2,4
Total	26	2,4	3	0,3	29	2,7

En la gráfica siguiente se muestra la distribución de estos brotes por agente etiológico.

Gráfico 83: Nº de brotes alimentarios e hídricos por agente etiológico. Asturias 2004



Brotos por alimento

Estos brotes originaron 391 enfermos (tasa de 36,4 casos por 100.000 h); 46 hospitalizaciones (4,3 por 100.000 h) y 1 defunción.

En 16 de los 26 brotes por alimento (61,5%) se confirmó el agente causal.

- 13 brotes fueron originados por *Salmonella*; uno por *Cl perfringens*, otro por *Vibrio sp* y el último por escómbridos (intoxicación por histamina).
- En dos brotes, se sospechó *Staphylococcus* y en otros dos *E-coli enterohemorrágico* y *Salmonella* respectivamente, pero no se logró el aislamiento microbiológico.
- En seis brotes no fue posible establecer un agente causal de sospecha.

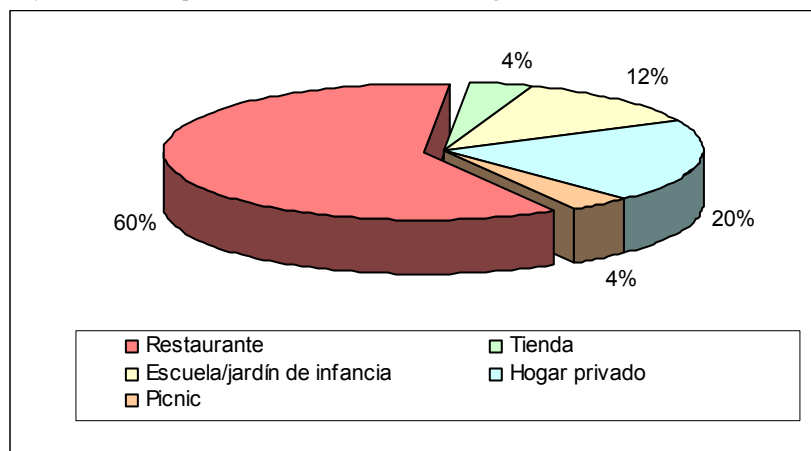
En la tabla 59 se muestra el número de enfermos, hospitalizaciones y defunciones de los brotes alimentarios por microorganismo causal.

Tabla 59: Brotes por alimento. Asturias 2004. Enfermos, hospitalizados y defunciones N° y tasa por 100.000 h.

Etiología	Brotos		Brotos confirmados		Enfermos		Hospitalizados		Defunciones	
	N°	%	N°	%	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
<i>Cl perfringens</i>	1	3,8 %	1	100%	22	2,05	0	0	0	0
<i>E. coli enterohemorrágico</i>	1	3,8%	0	0,0%	3	0,28	2	0,19	0	0
Escómbridos (Histamina)	1	3,8%	1	100%	3	0,28	1	0,09	0	0
<i>Salmonella entérica</i>	14	53,8%	13	92,9%	239	22,2	41	3,8	1	0,09
<i>S aureus</i>	2	7,7%	0	0,0%	39	3,63	0	0	0	0
<i>Vibrio sp</i>	1	3,8%	1	100%	3	0,28	0	0	0	0
Desconocido	6	23,1%	0	0,0%	82	7,6	2	0,09	0	0
Total	26	100%	16	61,5%	391	36,4	46	4,3	1	0,09

El lugar de consumo de alimentos donde se generaron los brotes fue en el 60% de casos un restaurante y el hogar privado en un 20%.

Gráfico 84. Brotes por alimento. Asturias 2004. Lugar de consumo del alimento.



No se pudo establecer el alimento implicado en el 23% de los brotes; en un 20% se relacionó con huevos u ovoproductos.

Tabla 60: Alimentos implicados en brotes alimentarios. Asturias. 2004.

Alimento implicado	Nº	%
Carne	4	15,4%
Huevos	5	19,2%
Pasteles	3	11,5%
Pescado/Mariscos	4	15,4%
Varios alimentos	2	7,7%
Otros	2	7,7%
Desconocido	6	23,0%
Total	26	100%

En 10 de los 26 brotes por alimento no se pudieron establecer los factores contribuyentes al brote. En el resto de brotes, los factores más frecuentes, presentes en casi todos, fueron los relacionados con malas prácticas higiénicas de los manipuladores de alimentos.

Tabla 61. Brotes por alimento. Asturias 2004. Factores contribuyentes.

Factores contribuyentes	Nº	%
Elaboración y conservación inadecuada de comidas	7	26,9%
Prácticas de manipulación incorrectas	13	50,0%
Otros factores	6	23,1%
Desconocido	10	38,4%
TOTAL	26	100%

Las medidas adoptadas incluyeron en el 73% de los casos la inspección del local donde se habían consumido los alimentos y, en el 46%, el control de los manipuladores. En 2 casos, se establecieron sanciones.

Tabla 62: Brotes por alimento. Asturias 2004. Medidas adoptadas.

Medidas adoptadas	Nº de brotes	%
Educación Sanitaria	8	30,8%
Inspección local	19	73,0%
Inmovilización alimentos	4	15,4%
Control manipuladores	12	46,2%
Tratamiento específico	1	3,8%
Sanciones	2	7,7%
Otras	1	3,8%
TOTAL	26	100%

Brotos por agua

Estos brotes originaron 717 enfermos (tasa de 66,7 casos por 100.000 h) y una hospitalización. Uno de ellos fue causado por *virus tipo Norwalk*; en otro los datos clínicos y epidemiológicos apuntaban esta misma etiología aunque no llegó a confirmarse y, en el tercero, no se sospechó ningún posible agente causal.

Tabla 63: Brotes hídricos. Asturias 2004. Enfermos y hospitalizados por agente causal. N° y tasa por 100.000 h.

Etiología	Enfermos		Hospitalizados		Defunciones	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Virus tipo Norwalk	639	59,4	0	0	0	0
Virus	28	2,6	0	0	0	0
Desconocido	50	4,7	1	0,09	0	0
Total	717	66,7	1	0,09	0	0

Uno de ellos, el causado por *virus tipo Norwalk*, se relacionó con contaminación fecal del abastecimiento público del pueblo de Laviana ocasionando 639 afectados. Sin embargo, fueron todos casos leves que no requirieron hospitalización. No se registró ninguna defunción. Como medidas adoptadas, se recomendó suspender el consumo de agua del abastecimiento hasta la reparación de la deficiencia y mejorar la cloración del agua.

Tabla 64: Brotes hídricos. Asturias 2004. Descripción

Concejo	Etiología	N° enfermos	Factores contribuyentes	Medidas adoptadas
Laviana	Virus tipo Norwalk	639	Filtración aguas residuales, lluvias fuertes	No consumo de agua, mejora de cloración
Cabrales	Virus	28	Desinfección inadecuada	Educación sanitaria
Morcín	Desconocido	50	Desconocidos	Cloración del agua

3.8.3 Otros brotes

Brotes de transmisión personal

En 2004 se registraron en Asturias 12 brotes con transmisión persona-persona como mecanismo fundamental de contagio:

- diez cursaron como infecciones intestinales: ocho de etiología vírica y dos por *Salmonella*.
- un brote de mononucleosis infecciosa y
- un brote de enfermedad estreptocócica (escarlatina), ambos en el ámbito escolar.

Gráfico 85: Brotes de transmisión personal. Etiología Asturias 2004.

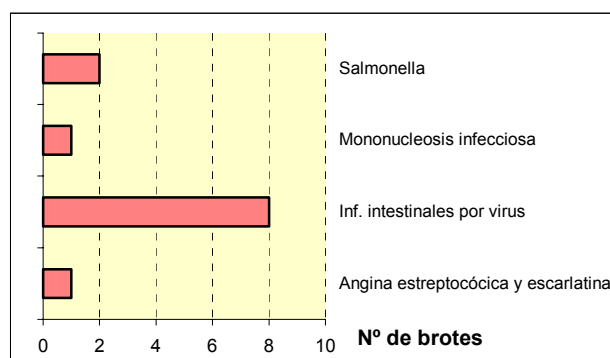
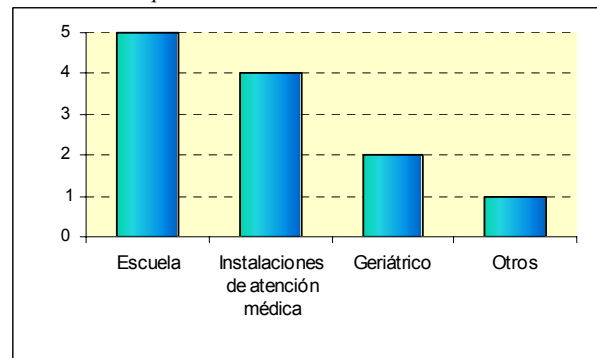


Gráfico 86: Brotes de transmisión personal Territorio epidémico. Asturias 2004



Algo más de una tercera parte de los brotes con manifestación intestinal ocurrieron en instalaciones de atención médica y una cuarta parte en escuelas. De modo global, las escuelas/guarderías constituyeron el lugar más frecuente de transmisión (en un 41,7% de los brotes). Las instalaciones sanitarias fueron también un lugar importante de contagio (en el 33,3%). El principal factor relacionado con estos brotes fue el incumplimiento de las normas higiénicas básicas, en relación al lavado de manos y cambio de guantes después de atender a personas afectadas.

Tabla 65: Brotes de transmisión personal. Asturias 2004. N° de brotes por territorio epidémico

ENFERMEDAD	Escuela/ guardería	Instalación sanitaria	Geriátrico	Hogar privado	TOTAL
Angina estreptocócica	1	0	0	0	1
Mononucleosis infecciosa	1	0	0	0	1
Inf. intestinales	2	3	2	1	8
Infecciones por <i>Salmonella</i>	1	1	0	0	2
TOTAL	5	4	2	1	12

En total, causaron 409 casos (tasa de 38,6 casos por 100.000 h), 25 hospitalizaciones (2,3 por 100.000 h) y 2 defunciones (0,19 por 100.000 h).

Tabla 66: Brotes de transmisión personal. Asturias 2004. N° de casos, hospitalizaciones y defunciones y tasas por 100.000 h

Síndrome clínico	N° casos	Tasa	Hospitalizaciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Localidad
Angina estreptocócica	30	2,8	0	0	0	0	Nava (1)
Inf. intestinales	320	30,3	17	1,6	2	0,19	Langreo (2), Gijón (2), Mieres (1), Oviedo (2), Siero (1)
Mononucleosis infecciosa	5	0,5	0	0	0	0	Oviedo (1)
Salmonella	54	5,1	8	0,8	0	0	Oviedo (2)
Total	409	38,6	25	2,3	2	0,19	

La medida adoptada con mayor frecuencia fue la educación sanitaria. En cinco brotes fue preciso el aislamiento de los enfermos. En dos brotes con manifestación intestinal se realizó inspección del local al que se atribuyó, inicialmente, una transmisión alimentaria.

Tabla 67: Brotes de transmisión personal. Asturias 2004. Medidas adoptadas por tipo de brote.

Principales medidas adoptadas	Inf. intestinales	Infecciones por <i>Salmonella</i>	TOTAL
Aislamiento	3	2	5
Desinfección concurrente	2	0	2
Investigación contactos	0	1	1
Educación sanitaria	5	1	6
Inspección del local	2	0	2
Control manipuladores	0	1	1
TOTAL	8	2	10

Brotes por artrópodos

Se registraron cuatro brotes por artrópodos: dos de sarna (en un geriátrico y en una institución cerrada); y dos de pediculosis (en dos escuelas) que ocasionaron 16 afectados.

Tabla 687. Brotes por artrópodos. Asturias. 2004

	Tipo brote	Semana	Concejo	Área	Territorio epidémico	N° casos	Medidas adoptadas
Brote 1	Sarna	1	Siero	IV	Institución cerrada	3	Investigación contactos. Tto
Brote 2	Pediculosis	1	Villaviciosa	V	Escuela	5	Información, protocolos, charla
Brote 3	Sarna	25	Gijón	V	Geriátrico	5	
Brote 4	Pediculosis	40	Oviedo	IV	Escuela	3	Recomendaciones por escrito

Anexo: lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria en Asturias

Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)	Códigos CIE 9ª	Códigos CIE 10ª
<i>Declaración Numérica</i>		
Gripe	487	J10 - J11
Varicela	052	B01
Otros Procesos Diarreicos (OPD)	006 - 009	A04, A06 - A09
Sífilis	091, 092	A51
Infección gonocócica	098	A54
<i>Declaración de Datos Epidemiológicos Básicos</i>		
Sarampión	055	B05
Rubéola	056	B06
Parotiditis	072	B26
Tos ferina	033	A37
<i>Declaración Nominal</i>		
Botulismo	005.1	A05.1
Brucelosis	023	A23
Fiebre tifo-paratífica	002	A01
Hepatitis A	070.1	B15
Hepatitis B	070.3	B16
Hepatitis víricas, otras	070.5	B17
Legionelosis	482.8	A48.1 - A48.2
Paludismo (Malaria)	084	B50 - B54
Shigelosis (Disentería)	004	A03
Tétanos	037	A34 - A35
Triquinosis	124	B75
Tuberculosis respiratoria	011- 012	A15 - A16
Otras tuberculosis	013 - 018	A17 - A19
<i>Declaración Urgente</i>		
Cólera	001	A00
Difteria	032	A36
Enfermedad meningocócica	036	A39
Fiebre amarilla	060	A95
Peste	020	A20
Poliomielitis	045	A80
Rabia	071	A82
Tifus exantemático	080	A75.0 - A75.1
<i>Declaración mediante Registro de casos</i>		
Lepra	030	A30
Rubéola congénita	771.0	P35.0
Sífilis congénita	090	A50
Tétanos neonatal	771.3	A33
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	042	B20 - B24
Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH)	046.1	A81.0