

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS AÑO 2006

**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**

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
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
1.3 Sistema de Alertas	5
1.3.1 Definición de Alerta.....	5
1.3.2 Campos de actuación	6
1.3.3 Objetivos.....	6
2. METODOLOGÍA DEL INFORME.....	6
3. RESULTADOS	8
3.1 Resultados generales y evaluación del sistema.....	8
3.2 Enfermedades de Transmisión Respiratoria	13
3.2.1 Gripe	13
3.2.2 Tuberculosis respiratoria	16
3.2.3 Legionelosis.....	21
3.2.4 Enfermedad meningocócica	25
3.3 Enfermedades vacunables.....	30
3.3.1 Sarampión.....	31
3.3.2 Rubéola.....	34
3.3.3 Parotiditis.....	36
3.3.4 Tos ferina.....	39
3.3.5 Tétanos. Tétanos neonatal	41
3.3.7 Poliomiелitis.....	43
3.3.8 Varicela.....	44
3.3.9 Hepatitis B.....	46
3.4 Zoonosis no alimentarias	48
3.4.1 Brucelosis	49
3.4.2 Rabia.....	50
3.4.3 Peste.....	50
3.5 Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica	51
3.5.1 Otros procesos diarreicos.....	51
3.5.2 Fiebres tifo-paratíficas.....	52
3.5.3 Shigelosis (Disentería).....	54
3.5.4 Botulismo	55
3.5.5 Triquinosis.....	56
3.5.6 Cólera	57
3.5.7 Hepatitis A.....	58
3.5.8 Hepatitis E.....	60
3.6 Enfermedades de transmisión sexual y parenteral	61
3.6.1 Sífilis	62
3.6.2 Infección gonocócica.....	64
3.6.3 Otras Hepatitis	65
3.6.4 SIDA.....	67
3.7 Otras enfermedades.....	71
3.7.1 Paludismo	72
3.7.2 Lepra.....	74
3.7.3 Fiebre amarilla.....	75
3.7.4 Tifus exantemático	75
3.7.5 Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH)	75
3.8 Brotes y otras Alertas de Salud Pública.....	78
3.8.1 Brotes por Alimentos.....	81

3.8.2. Otros Brotes.....	86
3.8.2. Otros Brotes.....	87
3.8.4 Enfermedades de Vigilancia Especial	99
3.8 ALERTAS DESCARTADAS	101
Anexo I: Lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria en Asturias	102
ANEXO II: CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LAS ALERTAS DE SALUD PÚBLICA	103

1. CARACTERISTICAS 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 I). 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.

1.3 Sistema de Alertas

Dadas las limitaciones del SIVE (sistema de declaración pasivo, con baja sensibilidad, y respuesta limitada, centrado casi con exclusividad en enfermedades transmisibles sin dar respuesta a otras enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes, riesgos ambientales, riesgos por fármacos u otros riesgos accidentales o provocados) ha surgido la necesidad de ir evolucionando y adaptando el tradicional sistema de vigilancia hacia un **Sistema de Alertas de Salud Pública**, que permita una respuesta rápida a situaciones de riesgo para la salud de la población.

En Asturias, aunque aún no se ha constituido legalmente un Sistema de Alertas de Salud Pública, existe funcionalmente desde el año 2002.

1.3.1 Definición de Alerta

Se define una situación de “**Alerta de Salud Pública**” como un fenómeno, potencial o constatado, de riesgo para la salud de la población, y/o con trascendencia social, frente al que es necesario desarrollar actuaciones de salud pública de forma urgente y eficaz, con el objetivo de evitar el riesgo, minimizar su impacto o gestionar las consecuencias.

Según la definición, las Alertas de Salud Pública tienen las siguientes **características**:

- El fenómeno puede ocurrir o ya ha ocurrido
- El riesgo es para la población (excluye, en principio, el riesgo individual).
- Incluye situaciones de alarma social con base real o sólo mediática
- Implica necesidad de actuaciones de salud pública
- La respuesta es urgente o, al menos, rápida (excluye intervenciones programadas), eficaz y enfocada a:
 - Evitar el riesgo
 - Minimizar el impacto
 - Gestionar las consecuencias

1.3.2 Campos de actuación

Los campos de actuación del Sistema de Alertas de Salud Pública son los siguientes:

- Brotes epidémicos de cualquier naturaleza
- Enfermedades sometidas a sistemas especiales de vigilancia
- Situaciones en las que se sospeche un riesgo de exposición o difusión a la población de un problema de salud.
- Situaciones que generen alarma social, esté o no justificada, en relación a un problema de salud.

1.3.3 Objetivos

Los objetivos del sistema incluyen:

- Detección de problemas de Salud Pública.
- Celeridad en la respuesta.
- Calidad en la intervención.
- Adecuación de las medidas de prevención y control al mejor conocimiento disponible.
- Evitar que las alertas degeneren en crisis

2. METODOLOGÍA DEL INFORME

Con este informe se pretende dar a conocer los resultados provisionales, a fecha 12 de marzo de 2007, obtenidos por el sistema de vigilancia epidemiológica y el sistema de alertas, durante el año 2006, en lo que se refiere a:

- Situación actual y tendencia 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, así como otras situaciones de Alertas de Salud Pública.

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 2006. Las poblaciones utilizadas en el denominador para el cálculo de las tasas se corresponden a los datos del censo, publicados por el INE, y proyecciones intercensales hasta el año 1996 y a los datos del padrón desde 1997 hasta la actualidad.
- 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 2006.

En el apartado de Alertas se describen, además, los factores contribuyentes a las mismas y las medidas adoptadas para su control. Los datos en el número de Enfermedades de Declaración Obligatoria recogidas como Alertas, pueden ser discordantes en los dos sistemas de vigilancia, ya que en la base de alertas se recogen todas las notificaciones que llegan a la Sección y que suponen cualquier actuación, aunque sean casos que pertenezcan a otras CCAA.

Se actualizan los datos del 2005, recogidos con carácter provisional en el Informe Epidemiológico de dicho año y que se consideran consolidados, a nivel nacional, a fecha de 15 de Noviembre de 2006. Estos datos pueden considerarse definitivos.

3. RESULTADOS

3.1 Resultados generales y evaluación del sistema

Las Enfermedades de Declaración Obligatoria que mayor incidencia presentaron en Asturias durante el año 2006 fueron los **procesos diarreicos** seguidos a distancia de la **gripe** que, con 49.083 y 23.046 casos respectivamente, presentaron unas tasas de 4.571 y 2.146 casos por 100.000 h. Los procesos diarreicos han experimentado un incremento significativo con respecto a años previos mientras que la gripe ha presentado una actividad epidémica inferior a la de la temporada anterior.

La **varicela**, aunque ya a distancia de las anteriores, ocupa el tercer lugar con 6.806 casos y una tasa de 633,9 casos por 100.000 h. Estas tres enfermedades, de declaración exclusivamente numérica, suponen el 99,4% del total de EDOs notificadas.

El 0,6% restante se reparte entre todas las demás.

- De ellas, la **tuberculosis respiratoria** es la de mayor incidencia, con 151 casos (tasa de 14 casos por 100.000 h) seguida de la **parotiditis**: (114 casos, tasa de 11 casos por 100.000 h) y de la **infección gonocócica, sífilis y legionelosis** (tasas de 5,5; 4,9 y 4,1 casos por 100.000 h respectivamente).
- El resto de enfermedades tuvieron **tasas inferiores a 3 casos por 100.000 h**.
- No se registró **ningún caso de** botulismo, cólera, difteria, fiebre amarilla, lepra, peste, poliomielitis, rabia, rubéola congénita, sarampión, sífilis congénita, tétanos, tétanos neonatal, tífus exantemático y triquinosis. Si se registró una alerta por triquinosis, pero el caso fue asignado a otra CCAA.

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.

En relación al año 2005,

- Cabe destacar una **actividad gripal epidémica** claramente inferior, tanto en Asturias como en el conjunto nacional.
- En **Asturias**, es llamativo el incremento de la **hepatitis A**, que casi ha triplicado el número de casos. En el resto nacional también se ha incrementado aunque en menor medida (incremento relativo de un 29%).
- En **España**, de modo global, destacar el incremento tan considerable que ha experimentado el **sarampión**, que de ser una enfermedad en fase de eliminación con una tasa de incidencia inferior a 1 caso por 10⁶ h, ha aumentado en 15 veces el número de casos con respecto a 2005, presentando una incidencia en el año 2006 de 7 casos por 10⁶ h. Ello está en relación con diversos brotes repartidos por el territorio nacional, fundamentalmente Madrid, a partir de casos importados. La **rubéola**, por el contrario, que había presentado cifras elevadas en 2005 en relación con brotes en distintas CCAA, ha vuelto a valores similares a los del año 2004.

El porcentaje de variación experimentado por cada enfermedad en el año 2006 con respecto al 2005 se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 1: Porcentaje de variación de las EDO con respecto al año 2005. Asturias y España

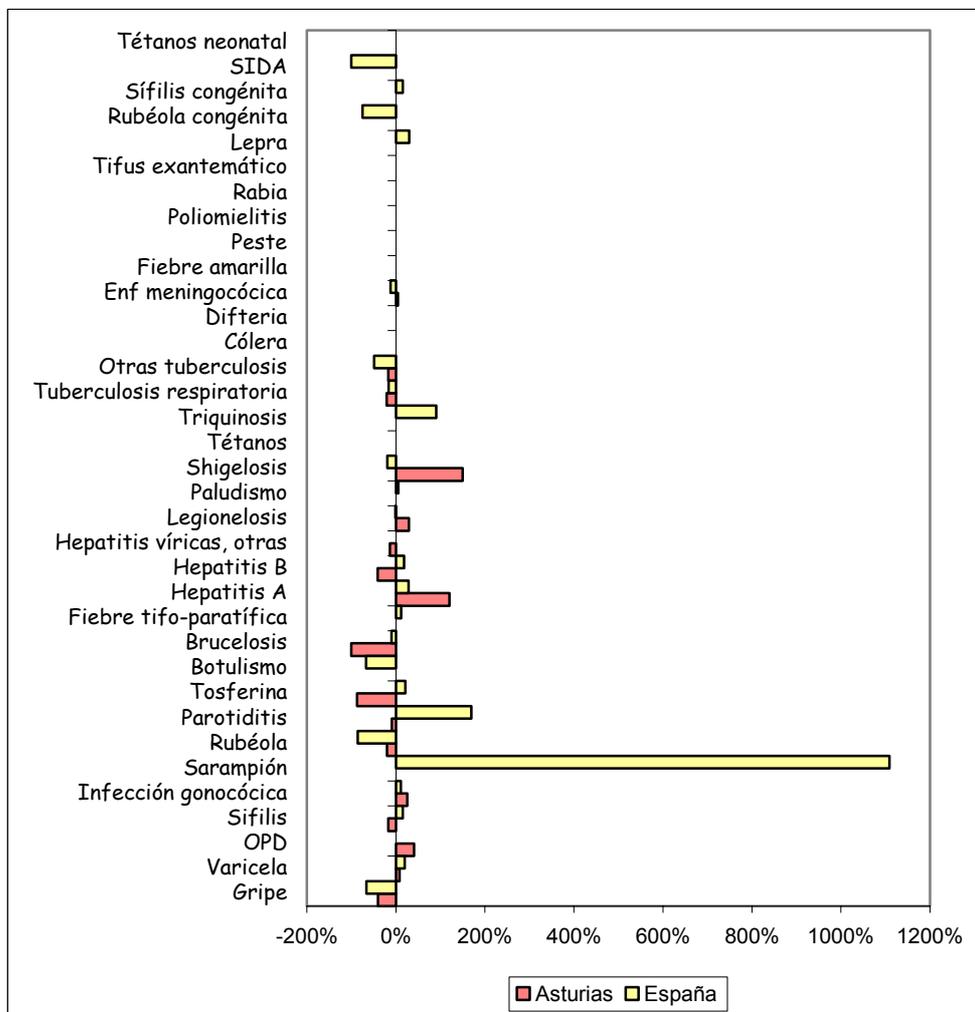


Tabla 1: N° de casos y tasa por 100.000 h. EDO. Asturias y España. 2005-2006

Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)	Asturias				España			
	2006		2005		2006		2005	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Numérica								
Gripe	23.046	2146,3	38.562	3581,7	469.510	1.050,2	1.349.539	3.059,6
Varicela	6.806	633,9	6.311	586,2	177.301	396,6	146.113	331,3
OPD	49.083	4571,1	34.865	3238,3	-	-	-	-
Sífilis	53	4,9	64	5,9	1.653	3,7	1.344	3,0
Infección gonocócica	59	5,5	47	4,4	1.384	3,1	1.155	2,6
Datos Epidemiológicos Básicos								
Sarampión	1	0,1	0	0	337	0,8	22	0,05
Rubéola	8	0,8	10	0,9	87	0,2	592	1,3
Parotiditis	114	10,6	126	11,9	6.797	15,2	2.458	5,6
Tos ferina	1	0,1	8	0,7	378	0,9	304	0,7
Nominal								
Botulismo	0	0,0	0	0	4	0,01	15	0,03
Brucelosis	0	0,0	6	0,6	324	0,7	353	0,8
Fiebre tifo-paratífica	2	0,2	0	0,0	84	0,2	75	0,2
Hepatitis A	13	1,2	5	0,5	1.479	3,3	1.139	2,6
Hepatitis B	10	0,9	17	1,6	795	1,8	659	1,5
Hepatitis víricas, otras	27	2,7	28	2,6	698	1,6	680	1,5
Legionelosis	44	4,1	34	3,2	1.287	2,9	1.296	2,9
Paludismo	6	0,6	6	0,6	365	0,8	332	0,8
Shigelosis	5	0,5	2	0,2	152	0,3	186	0,4
Tétanos	0	0,0	0	0,0	18	0,04	18	0,04
Triquinosis	0	0,0	0	0,0	21	0,05	11	0,02
Tuberculosis respiratoria	151	14,1	191	17,7	4.912	11,0	5.765	13,1
Otras tuberculosis	37	3,4	28	2,60	53	0,1	98	0,2
Urgente								
Cólera	0	0	0	0	2	0,0	0	0,0
Difteria	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0
Enfermedad meningocócica	22	2,1	21	2,0	775	1,7	871	2,0
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0
Peste	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0
Rabia	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0
Registro de casos								
Lepra	0	0	0		13	0,03	10	0,02
Rubéola congénita	0	0	0	0	1	0,00	4	0,01
Sífilis congénita	0	0	0	0	14	0,03	13	0,03
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0,00	0	0
SIDA	22	2,0	32	3,0			1.122	2,5
EETH	0	0	0	0	45	0,10	66	0,2

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 2006.

Tabla 2: EDO. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h por Área Sanitaria. Asturias. 2006

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	857	1406,1	330	960,4	3282	2247,8	9857	2992,6	4650	1551,2	833	1562,7	1387	1921,7	1867	2257,1	23.046	2.146,3
Varicela	450	738,3	108	331,4	737	504,8	1826	554,4	1640	547,1	360	675,4	569	788,4	1116	1349,2	6.806	633,8
OPD	2055	3371,7	1068	3277,1	9688	6635,1	14881	4517,9	11347	3785,2	2717	5097,2	3313	4590,2	4014	4852,75	49.083	4558,9
Sífilis	1	1,8	0	0,0	1	0,6	42	13,3	8	2,7	0	0,0	1	1,3	0	0,0	53	4,9
Infección gonocócica	1	1,8	0	0,0	12	7,7	24	7,6	17	5,8	2	3,7	3	3,9	0	0,0	59	5,5
Datos Epidemiológicos Básicos																		
Sarampión	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,09
Rubéola	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,8
Parotiditis	10	16,4	3	9,2	29	19,9	30	9,1	24	8,0	6	11,3	6	8,3	6	7,3	114	10,6
Tosferina	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,09
Nominal																		
Fiebre tifo-paratífica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,2
Hepatitis A	0	0,0	0	0,0	2	1,4	3	0,9	4	1,3	4	7,5	0	0,00	0	0,00	13	1,2
Hepatitis B	0	0,0	1	3,1	0	0,0	1	0,3	3	1,0	2	3,8	3	4,2	0	0,00	10	0,9
Hepatitis víricas, otras	2	3,3	0	0,0	3	2,1	10	3,0	7	2,3	0	0,0	4	5,5	1	1,21	27	2,5
Legionelosis	2	3,3	1	3,1	3	2,1	20	6,1	11	3,7	1	1,9	3	4,2	2	2,42	44	4,1
Paludismo	0	0,0	1	3,1	0	0,0	2	0,6	2	0,7	0	0,0	1	1,4	0	0,00	6	0,6
Shigelosis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	4	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,00	5	0,5
Tuberculosis respiratoria	8	13,1	3	9,2	13	8,9	61	18,5	41	13,7	2	3,8	9	12,5	14	16,93	151	14,0
Otras tuberculosis	0	0,0	1	3,1	4	2,7	17	5,2	7	2,3	3	5,6	1	1,4	4	4,84	37	3,4
Urgente																		
Enf meningocócica	0	0,0	1	3,1	3	2,1	7	2,1	5	1,7	1	1,9	2	2,8	3	3,63	22	2,1
Registro de casos																		
SIDA	0	0,0	0	0,0	1	0,7	17	5,2	2	0,7	0	0,0	1	1,4	1	1,21	22	2,0

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): Nos 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 las mismas; 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, incluida el Área IV, tuvieron una cobertura de declaración superior al 95%. Las Áreas con una mayor cobertura en el proceso de declaración fueron el Área II (Cangas de Narcea) y el Área VI (Arriondas) con el 100%, las Áreas I y V (Jarrio y Gijón) tuvieron coberturas superiores al 99%. Estos resultados mejoran los de años previos.

En cuanto a la variación en la declaración, el Área VII es el que presenta unos peores resultados. Es de destacar la mejoría persistente del Área IV, iniciada en 2005, con respecto a años previos.

Tabla 3: Cobertura y dispersión por Área Sanitaria. Asturias.2006.

Área Sanitaria	Media	Desviación Standard	Coefficiente dispersión
I	99,7%	1,9	1,9
II	100,0%	0,0	0,0
III	98,7%	2,3	2,3
IV	97,8%	1,9	1,9
V	99,4%	0,8	0,8
VI	100,0%	0,0	0,0
VII	98,8%	4,5	4,4
VIII	98,2%	3,5	3,4
Asturias	99,1%	0,8	0,8

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.

Con respecto a la temporada previa, la gripe ha disminuido su actividad epidémica. En número de casos, en Asturias se han registrado 1,5 veces menos y en España casi 3 veces menos en relación a 2005. Asimismo, la tuberculosis continúa una tendencia descendente iniciada en 1998. La legionelosis ha aumentado en Asturias, manteniéndose la incidencia estable a nivel nacional, y la enfermedad meningocócica parece haberse estabilizado en los últimos años.

A continuación se muestra el número de casos de cada una de ellas durante 2006 y la tasa de incidencia que suponen.

Tabla 4: Enfermedades de transmisión respiratoria. Asturias y España 2006. Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Enfermedad	Asturias		España	
	Nº de casos	Tasa por 100.000 h	Nº de casos	Tasa por 100.000 h
Gripe	23.046	2.146,3	469.510	1050,2
Legionelosis	44	4,1	1.287	2,9
Tuberculosis	188 ¹	17,5	4.912	11,0
Enf meningocócica	22	2,1	775	1,7

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.

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).

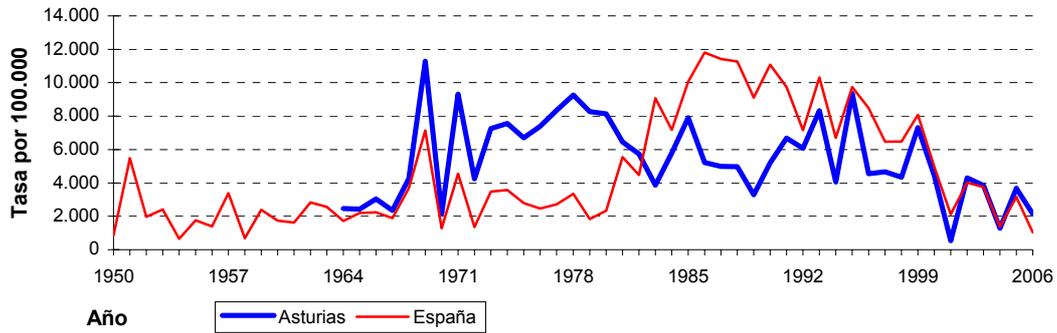
En España, además del sistema EDO, la gripe se vigila mediante una red de Sistemas de Vigilancia Centinela, dependientes de cada Comunidad Autónoma y formados por médicos y pediatras de Atención Primaria. Esta red permite recoger información epidemiológica individualizada de los casos (edad, sexo, estado 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 2006, fueron notificados al sistema de declaración obligatoria en Asturias 23.046 casos (tasa de 2.146,3 casos por 100.000 h). En España, se registraron 469.510 casos (tasa de 1.050,2 casos por 100.000 h). Esto supone una disminución en el número de casos con respecto al año previo de un 40% en Asturias y de un 65% en España. 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. 1950-2006. Tasa por 100.000 h



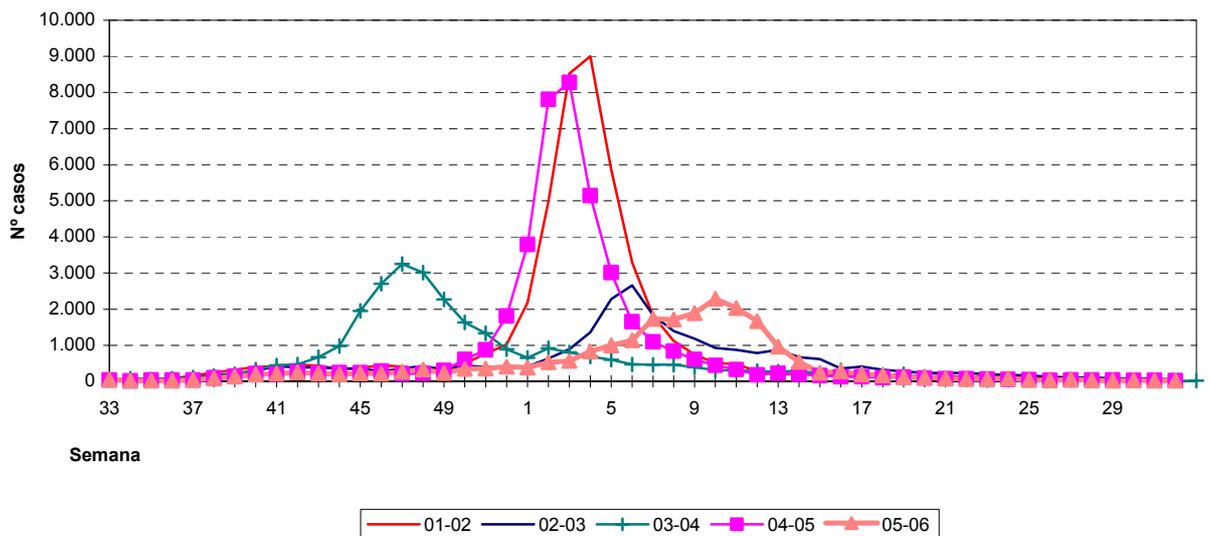
Estacionalidad.

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 05-06, se produjeron 22.617 casos de gripe en Asturias, lo que supone una tasa de 2.100,2 casos por 100.000 h. Esta incidencia supone una disminución de la actividad gripal con respecto a la temporada previa, que se caracterizó por un alto nivel de intensidad, con un pico máximo la semana 3 de 2005.

La semana de máxima incidencia de la última temporada fue la semana 10 (6 a 12 marzo). En el siguiente gráfico, se representa el patrón epidémico de las últimas cinco temporadas. En relación a ellas, la temporada 05-06 ha presentado una escasa actividad gripal al igual que las temporadas 02-03 y 03-04 y, además, ha sido la que ha presentado un pico epidémico más tardío.

Gráfico 3: Gripe en Asturias. Temporadas 01-06. Patrón epidemiológico anual



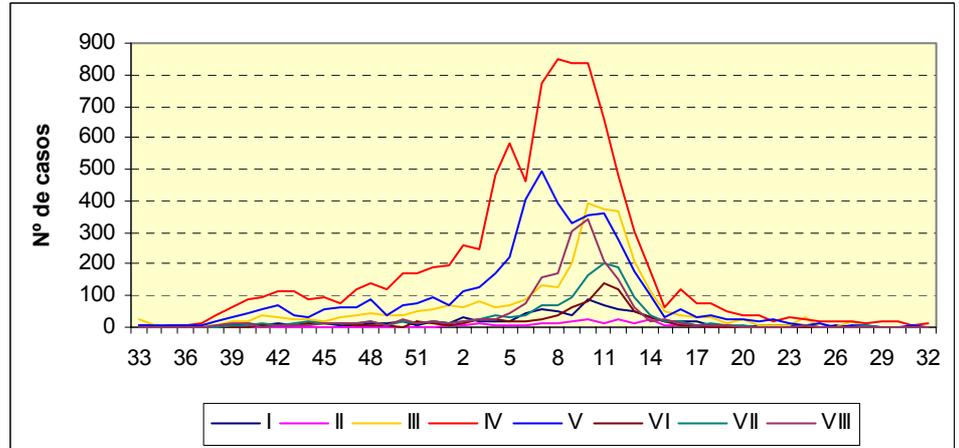
La red centinela de vigilancia de la gripe en Asturias objetivó un predominio en la circulación de virus B durante la temporada 2005-2006 asociado a una circulación menor de virus A (H1N1).

Las Áreas que presentaron una mayor incidencia fueron las Áreas IV, VIII y III (por este orden) con tasas superiores a los 2.000 casos por 100.000 h. El Área II presentó la menor tasa, tres veces inferior a la de mayor incidencia.

Tabla 5: Gripe por Área Sanitaria Asturias. Temporada 05-06

Área	Temporada 05-06	
	Nº	Tasa
Área I	870	1.427,4
Área II	241	739,5
Área III	3165	2.167,6
Área IV	9531	2.893,6
Área V	4773	1.592,2
Área VI	815	1.529,0
Área VII	1355	1.877,4
Área VIII	1867	2.257,1
Asturias	22.617	2.079,0

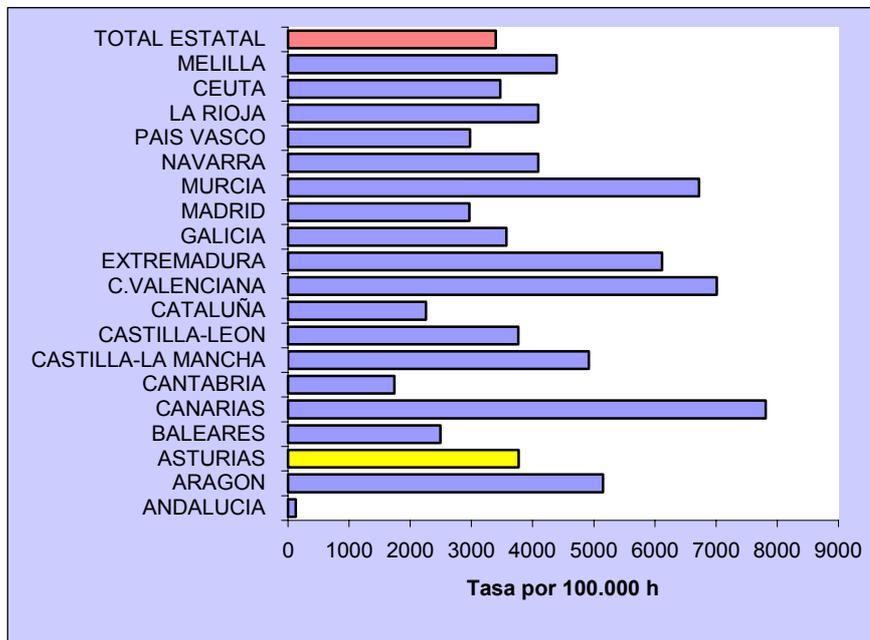
Gráfico 4: Nº de casos por Área Sanitaria y semana epidemiológica. Asturias Temporada 05-06



Comparativo nacional

Canarias y la Comunidad Valenciana fueron las CCAA que, durante 2005, presentaron mayores tasas de incidencia con más de 7.000 casos por 100.000 h. Por el contrario, Andalucía solo presentó 129 casos por 100.000 h. Asturias presentó una tasa intermedia con 3.773 casos por 100.000 h (tasa ligeramente inferior a la media nacional: 3.400 casos por 100.000 h).

Gráfico 5: Gripe por CCAA. España 2005. Tasa de incidencia por 100.000 h



El nivel de intensidad de la actividad gripal registrado en España en la temporada 2004-2005 fue alto y asociado durante el periodo de la onda epidémica a un predominio de aislamientos de virus de la gripe A (H3N2).

La incidencia máxima de la enfermedad se alcanzó la semana 2 de 2005 configurando la onda epidémica de mayor intensidad de las últimas ocho temporadas.

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 2006, al igual que en 2005 y 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 2006 se notificaron 151 casos de tuberculosis respiratoria en Asturias (141 pulmonares y 10 pleurales) lo que supone una tasa de 14,1 casos por 100.000 h. En España, de modo global, se notificaron 4.912 casos (tasa de 11,0 casos por 100.000 h). Esto supone un descenso relativo con respecto al año 2005 de un 21% y un 15% respectivamente, manteniéndose así una tendencia descendente, iniciada en 1998 y observada tanto en nuestra comunidad como en el resto de España.

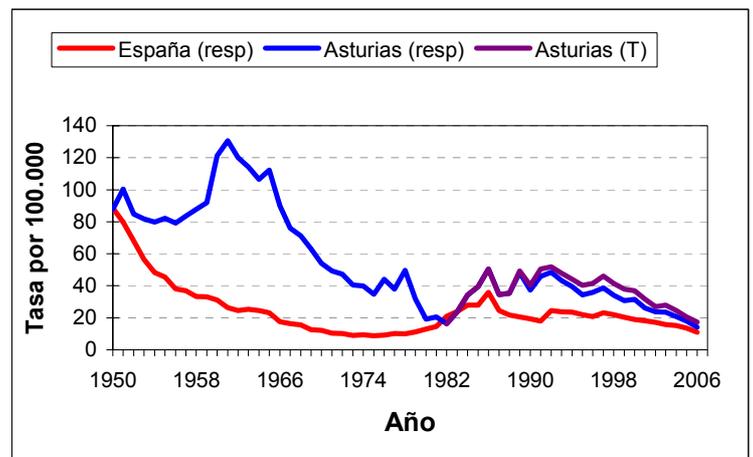
Hasta la década de los 80, la tuberculosis en Asturias presentaba una incidencia muy superior a la media nacional. Sin embargo, en los últimos 20 años, esta diferencia se ha acortado y en 2006, la incidencia en Asturias sólo es 1,3 veces superior a la de España, en su conjunto.

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

Tabla 6: TBC. Asturias y España. 1992-2006. N° de casos y tasa por 100.000 h

AÑO	Asturias		España	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1992	491	44,8	9.703	24,6
1993	443	40,6	9.067	22,9
1994	414	37,9	9.419	23,8
1995	351	32,2	8.101	20,4
1996	374	34,4	6.305	15,9
1997	417	38,5	9.351	23,5
1998	369	34,1	8.927	22,4
1999	332	30,6	8.298	20,6
2000	340	31,6	7.753	19,1
2001	281	26,1	7.441	18,1
2002	254	23,7	7.153	17,1
2003	252	23,4	6.743	15,8
2004	224	20,9	6.511	15,1
2005	192	17,8	5.765	13,1
2006	151	14,1	4.912	11,0

Gráfico 6: TBC. Asturias y España. 1950- 2006. Tasa por 100.000 h



El Área Sanitaria con una incidencia más elevada fue el Área IV, con una tasa de 18,5 casos por 100.000 h, seguida del Área VIII (tasa de 17 casos por 100.000 h). El Área con la incidencia más baja fue el Área VI con una tasa de 3,8 casos por 100.000 h. Con respecto al año previo, señalar el descenso de incidencia objetivado en todas las Áreas en mayor o menor medida.

Características de los casos

Distribución por edad y sexo

Según el género, se mantiene un claro predominio masculino. El 69,5% de los casos ocurrieron en varones siendo la tasa de incidencia para este sexo 2,4 veces superior a la del sexo femenino (20 casos por 100.000 h vs 8,3 casos por 100.000 h).

Por edad, durante 2006 es reseñable el hecho de que tres casos hayan ocurrido en niños menores de 5 años de edad, todos varones, lo cual nos puede estar indicando un retraso diagnóstico de los casos en adultos.

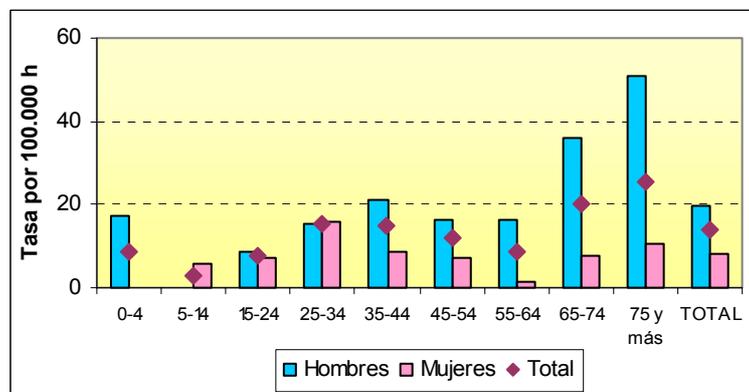
A partir de los 35 años, la incidencia en hombres comienza a ser claramente superior a la incidencia en mujeres, siendo esta diferencia máxima en los mayores de 75 años donde la incidencia en hombres es casi 5 veces superior a la incidencia en mujeres.

El grupo de edad más afectado de modo global, y más específicamente en varones, es el de edad más avanzada (mayores de 75 años) con una tasa de 58 casos por 100.000. De este modo, continúa 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 encontrando la tasa más elevada en el grupo de 25 a 34 años.

Tabla 7: TBC por grupo de edad y sexo. Asturias 2006. N° de casos y tasa por 100.000 h

Grupo de edad	Varón		Mujer	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
0-4	3	17,5	0	0,0
5-14	0	0,0	2	5,4
15-24	5	7,3	4	6,1
25-34	13	16,1	13	16,4
35-44	17	21,3	7	8,5
45-54	13	17,6	6	7,8
55-64	10	18,4	1	1,7
65-74	19	32,9	5	7,1
75+	22	58,1	8	11,9
Total	102	20,0	46	8,3

Gráfico 7: TBC por edad y sexo. Asturias 2006. Tasa de incidencia por 100.000 h



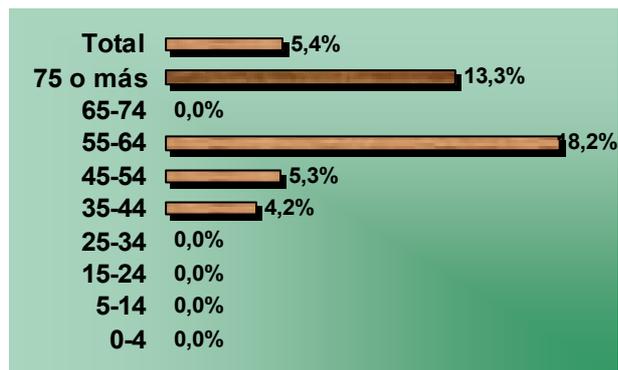
Mortalidad. Letalidad

Ocho pacientes fallecieron lo que supone una letalidad del 5,3% y una tasa de mortalidad de 0,8 casos por 100.000 h. La tasa de mortalidad más elevada fue, asimismo, en el grupo de mayores de 74 años. Sin embargo, la mayor letalidad ocurrió en el grupo de 55 a 64 años de edad.

Tabla 8: TBC. Asturias 2006. 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
0-4	3	9,1	0	0,0
5-14	2	2,6	0	0,0
15-24	9	6,7	0	0,0
25-34	26	16,2	0	0,0
35-44	24	14,8	1	0,6
45-54	19	12,6	1	0,7
55-64	11	9,7	2	1,8
65-74	24	18,7	0	0,0
75 o más	30	28,6	4	3,8
Total	148	13,9	8	0,8

Gráfico 8: TBC. Asturias 2006. Letalidad por edad



Factores de riesgo

Cinco pacientes (2,7% del total) tenían una infección por VIH. Sólo se registró una defunción en este grupo de riesgo.

Tres pacientes eran inmigrantes procedentes de otros países.

Clasificación de los casos

Sólo el 31,1% de los casos (47) se confirmaron mediante cultivo. Además, un 53,6% de enfermos (81) presentaron una baciloscopia positiva, desconociéndose el resultado del cultivo. En un 15,3% de casos (23), el diagnóstico se realizó por sospecha clínica.

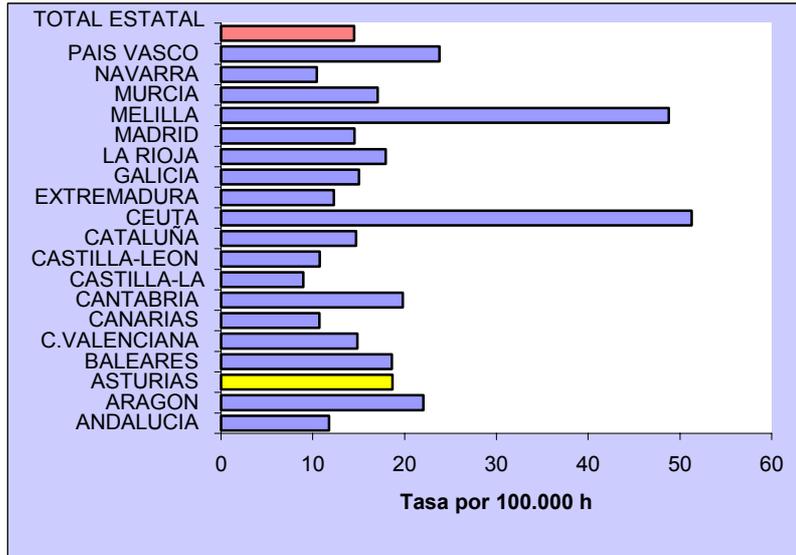
Un 65% de pacientes (98) eran bacilíferos y, por tanto, potenciales transmisores de la enfermedad. Esta cifra tan elevada puede estar en relación con una tendencia clínica a notificar los casos que generan alerta por ser bacilíferos y pertenecer a algún colectivo.

El hecho de que tengamos confirmación diagnóstica por cultivo en menos de una tercera parte de los casos notificados, nos indica una mala calidad del sistema de notificación microbiológica.

Comparativo nacional

Asturias es una de las CCAA con mayor incidencia de tuberculosis respiratoria ocupando el sexto lugar de España. Ceuta (tasa de 51,2) y Melilla (tasa de 48,8), en las dos primeras posiciones, presentan las tasas más elevadas y duplican las tasas de las dos comunidades que ocupan el tercer y cuarto puesto: País Vasco (tasa de 23,8) y Aragón (tasa de 22). La incidencia más baja corresponde a Castilla-La Mancha con 8,9 casos por 100.000 h.

Gráfico 9: TBC respiratoria por CCAA. España 2005. Tasa de incidencia por 100.000 h



Otras tuberculosis

Se registraron 37 casos de otras tuberculosis (tasa de 3,5 casos por 100.000 h), lo que supone un descenso mantenido con respecto a años previos. La localización más frecuente sigue siendo la linfática (8 casos), 17 casos de otras localizaciones.

Tabla 9: TBC. Asturias. 1992-2006. N° 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	0,0	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	0,6	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	2,9	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	1,9	7	0,7	4	0,4	14	1,3
2001	4	0,4	14	1,3	17	1,6	14	1,3	3	0,3	7	0,7
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	0,6
2004	2	0,2	7	0,7	14	1,3	6	0,6	2	0,2	10	0,9
2005	5	0,5	1	0,1	12	1,1	2	0,2	0	0,0	8	0,7
2006	2	0,2	4	0,4	8	0,7	5	0,5	1	0,1	17	1,6

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

Tabla 10: TBC por localización anatómica. Asturias 2006. Tasa por 100.000 h

Localización	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Asturias
Pulmonar	13,1	9,2	8,9	17,3	12,3	3,8	11,1	15,7	13,1
Pleural	0,0	0,0	0,0	1,2	1,3	0,0	1,4	1,2	0,9
Osteoarticular	0,0	3,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Génito urinario	0,0	0,0	0,0	0,6	0,7	0,0	0,0	0,0	0,4
Linfática	0,0	0,0	0,7	1,5	0,0	3,8	0,0	0,0	0,7
Miliar	0,0	0,0	0,0	0,9	0,3	0,0	0,0	1,2	0,5
Otras	0,0	0,0	2,1	1,8	1,3	1,9	1,4	3,6	1,7
TOTAL	13,1	12,3	11,6	23,7	16,0	9,4	13,9	21,8	17,5

Características de los casos

En las formas extrapulmonares el sexo masculino sigue preponderando con una razón varón/mujer es de 1,5:1. Por edad, la tasa de incidencia más elevada corresponde al igual que las formas pulmonares, a personas de edad avanzada (>65 años) con una tasa de 6,8 casos por 100.000 h para el grupo de 65 a 74 años de edad.

Ocho pacientes (21,6%) presentaban una infección VIH como enfermedad de base, de los cuáles 2 fallecieron.

En total, cuatro pacientes fallecieron, lo que supone una letalidad global del 10,8%.

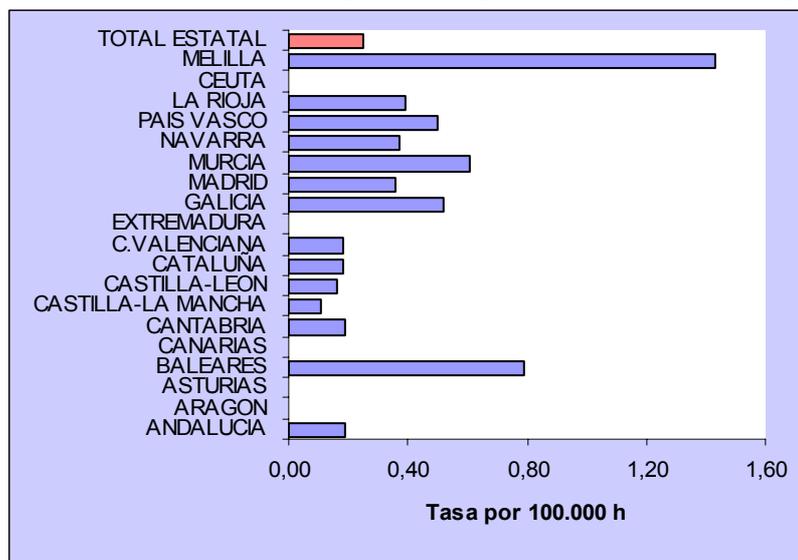
Cinco pacientes (13,5% del total) tenían baciloscopia positiva.

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 2005, se registraron en el total nacional 98 casos (tasa de 0,25), lo que supone un discreto aumento con respecto al año previo.

En todas las CCAA, la tasa fue inferior a 1 caso por 100.000 h con excepción de Melilla que con 1 caso presentó una tasa de 1,4 casos por 100.000 h. El mayor número de casos se registro en Madrid (18) seguido de Galicia y Andalucía (14 casos en cada una de ellas). En Asturias no se registró ningún caso al igual que en Aragón, Canarias, Extremadura y Ceuta.

Gráfico 10: Meningitis tuberculosa por CCAA. España 2005. 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 2006 se notificaron 42 casos aislados y 2 casos agrupados de legionella (tasa de 4,1 casos por 100.000 h). Esto supone un aumento de incidencia con respecto al año 2005, en que se habían registrado 34 casos (21 casos aislados, 6 casos relacionados y 7 casos agrupados). Asimismo, la tasa del año 2006 en Asturias es claramente superior a la registrada en el conjunto nacional para el mismo periodo (tasa de 2,9 casos por 100.000 h), que fue similar a la de los dos últimos años.

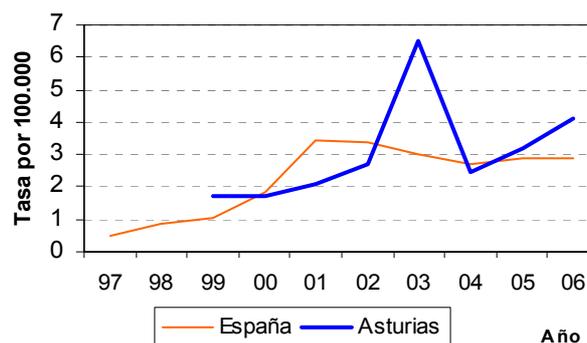
El incremento observado en nuestra comunidad no está en relación con la presencia de brotes a partir de una fuente común, ya que prácticamente todos los casos son esporádicos. El motivo lo podemos encontrar en las temperaturas elevadas registradas en Asturias en las estaciones de verano y otoño del año 2006.

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 desde entonces una ligera disminución y estabilización de la incidencia en torno a los 3 casos por 100.000 h. En Asturias, excluidos los 4 brotes de 2003 que ocasionaron 28 enfermos, se observa una tendencia ascendente desde 1999 hasta la actualidad. Es de reseñar que no se realizó la búsqueda activa de casos de los dos últimos años (2005 y 2006)

Tabla 11 y Gráfico 11: Legionelosis. Asturias (EDO, búsqueda activa) y España (EDO) Años 1997-2006. 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	34	3,2	1.139	2,8
2005*	34	3,2	1.296	2,9
2006*	44	4,1	1.287	2,9

* No incluye búsqueda activa



Por Área Sanitaria, el Área IV es el que muestra de modo global en estos 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. Sin embargo, durante 2005 y 2006 y en esta Área, se produjo un aumento importante de la incidencia con respecto a los años previos, excluido 2003.

En 2006 el aumento de incidencia fue generalizado en todas las Áreas exceptuando la V donde mantuvo una incidencia similar y la VIII donde la incidencia fue ligeramente inferior.

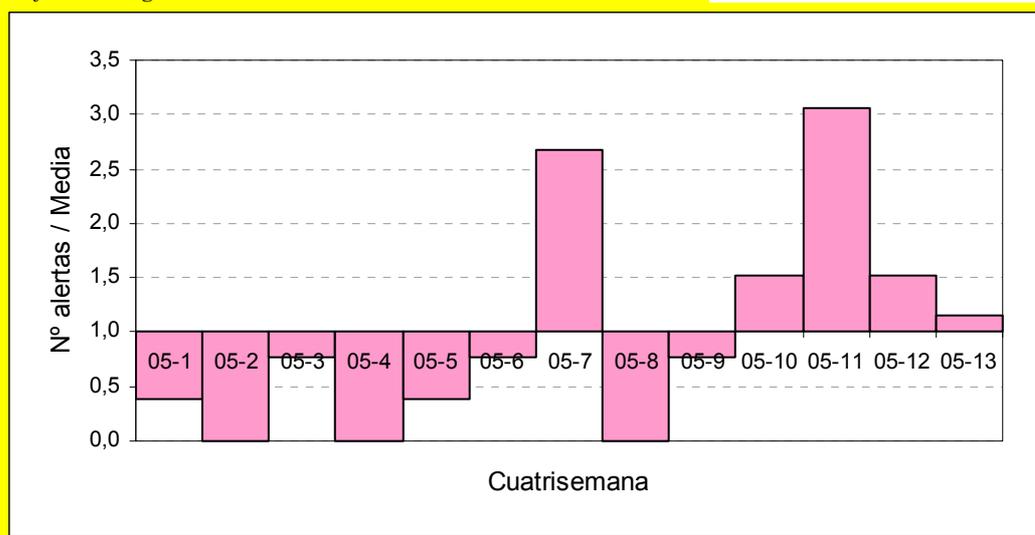
Tabla 12: Legionelosis. Asturias. Años 1999-2006. Tasas por 100.000 h por Área Sanitaria de residencia.

Año	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Asturias
1999	0,0	0,0	1,2	3,8	1,4	0,0	1,2	0,0	1,7
2000	1,7	0,0	2,5	2,5	1,7	1,8	0,0	0,0	1,7
2001	0,0	2,9	4,4	2,6	1,4	1,9	0,0	1,2	2,1
2002	1,8	0,0	0,0	2,9	5,2	0,0	2,6	2,4	2,7
2003	3,7	2,9	2,5	13,8	4,1	3,7	5,3	1,2	6,5
2004	0,0	0,0	1,9	3,8	1,0	3,7	2,6	3,6	2,4
2005	0,0	0,0	0,0	5,4	3,8	1,9	1,3	3,6	3,1
2006	3,3	3,1	2,1	6,1	3,7	1,9	4,2	2,4	4,1
Total	1,4	1,1	1,8	5,2	2,8	1,9	2,1	1,8	3,0

Índice estacional

La legionella es una enfermedad de predominio en meses de temperaturas cálidas (verano y otoño), ya que éstas favorecen la replicación del microorganismo. Ello se pone de manifiesto en el siguiente gráfico que muestra la distribución cuatrisesmanal del número de alertas de legionelosis para el año 2005.

Gráfico 12: Legionelosis. Asturias 2005. Índice estacional cuatrisesmanal



Las estaciones de verano-otoño son las que presentan el mayor número de casos, siendo las cuatrisesmanas 7 y 10 a 13, correspondientes a los meses de junio y de septiembre a diciembre los que presentan un Índice estacional superior a 1

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 superior a la esperada (3,9/1)

A diferencia de años previos en que la mayor tasa de incidencia se registraba en pacientes mayores de 79 años, en 2006 la incidencia más elevada ocurrió en el grupo de pacientes de 50 a 59 años, fundamentalmente en varones donde la tasa alcanzó los 28,4 casos por 100.000 h frente a 1,7

casos por 100.000 h en mujeres de la misma edad. La tasa más elevada en mujeres correspondió al grupo de edad de mayores de 79 años. **COMPLETAR COMENTARIOS.**

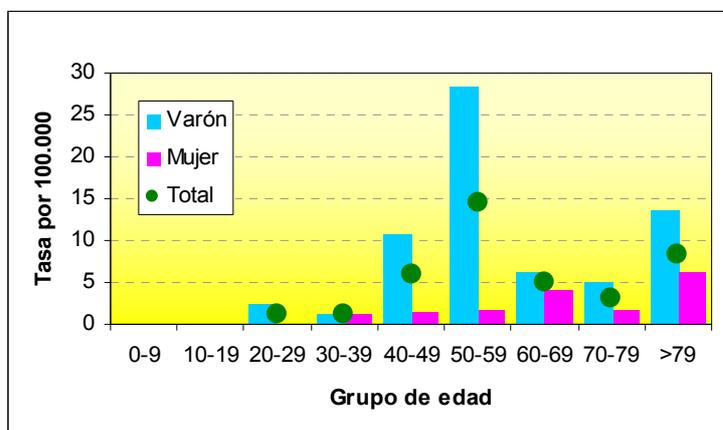
Por sexo y de modo global, la incidencia en varones fue 4 veces superior a la de mujeres.

En el siguiente gráfico se representan las tasas de incidencia del año 2006 por edad y sexo.

Tabla 13. Legionelosis. Asturias Año 2006. N° De casos y tasas por 100.000 h edad y sexo

Edad	Hombres		Mujeres	
	N°	Tasa	N°	Tasa
0-9	0	0,0	0	0,0
10-19	0	0,0	0	0,0
20-29	2	2,4	0	0,0
30-39	1	1,2	1	1,2
40-49	8	10,7	1	1,3
50-59	16	28,4	1	1,7
60-69	4	6,2	3	4,1
70-79	2	5,0	1	1,8
80 y más	2	13,5	2	6,1
TOTAL	35	6,7	9	1,6

Gráfico 13: Legionelosis. Asturias 2006. Distribución por edad y sexo



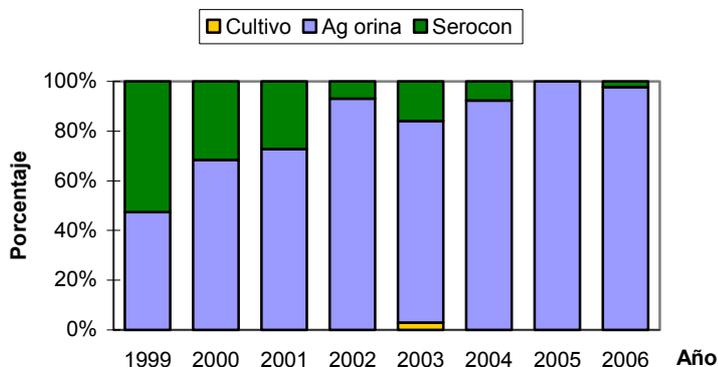
El factor de riesgo más importante fue el tabaquismo, presente en el 45,5% de los casos. Otros factores de riesgo fueron menos frecuentes, la diabetes estaba presente en el 13,6% de pacientes y la EPOC en el 11,4% de casos.

Clasificación de casos

Del total de casos, 36 fueron clasificados como comunitarios, 4 casos fueron nosocomiales y 4 casos esporádicos se relacionaron con alojamientos.

El diagnóstico se realizó por presencia de antígeno en orina en el 98% de los casos y por seroconversión en el resto (1 caso). Hay que señalar que, carecemos de los datos de búsqueda activa de los dos últimos años.

Gráfico 14: Legionelosis en Asturias. 1999-2006. Base diagnóstica por año



Casos nosocomiales

Dos casos nosocomiales, ocurridos en un Hospital del Área V, se presentaron como casos agrupados y se relacionaron con un tercer caso ocurrido en dicho hospital en el año 2005. Como parte de la investigación epidemiológica se tomaron muestras del agua sanitaria y de la torre de refrigeración del hospital que resultaron positivas para legionella por lo que se realizó limpieza y desinfección de las mismas. Uno de los casos, un varón de 42 años que había ingresado por cirrosis, falleció.

En la siguiente tabla, se describen los casos nosocomiales de 2006.

Tabla 14: Legionelosis nosocomiales. Asturias 2006. Descriptivo de los casos.

Semana	Localidad	Edad	Sexo	Profesión	Hospital	FR	Nosocomial	Tipo caso
20	Oviedo	84	Femenino	Ama de casa	HCA	Tumor. Inmunosupre	Probable	Aislado
34	Oviedo	54	Masculino	Picador jubilado		Fumador. EPOC	Probable	Aislado
38	Gijón	42	Masculino	-	H Jove	Fumador. Cirrosis	Confirmado	Agrupado
38	Gijón	82	Masculino	-	H Jove		Probable	Agrupado

Evolución

La evolución fue hacia la curación en 41 casos (93,1%); 2 casos fallecieron (letalidad: 4,5%), lo que representa una tasa de mortalidad de 0,2 casos por 100.000 h.

Tabla 15: Asturias y España. 1997-2006. 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	0,0	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%			
2005	4	0,4	11,8%			
2006	2	0,2	4,5%			

Lugar implicado

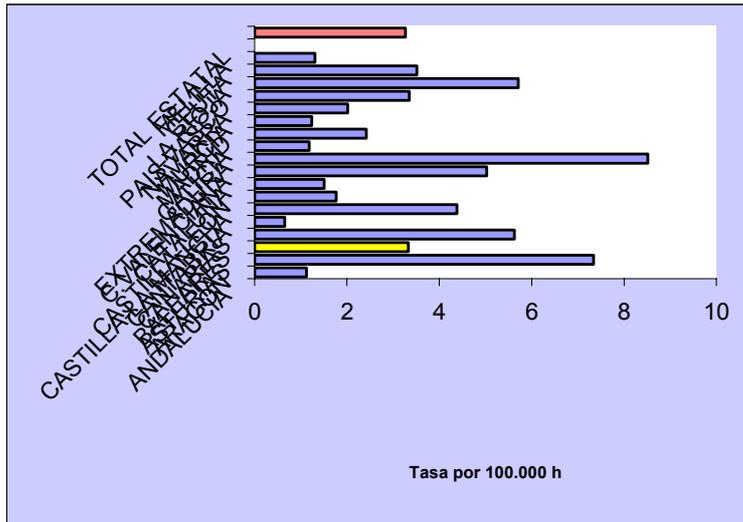
En casi una tercera parte de casos aislados no fue posible establecer un lugar de contagio. Un 38% de casos presentaba varios lugares posibles de contagio y cerca del 20% ocurrieron en un territorio específico sin poder concretar más. Del 10% restante, un 6,4% se relacionaron con instalaciones sanitarias.

Los 2 casos agrupados fueron nosocomiales y ocurrieron en un hospital del Área V.

Comparativo nacional

La CCAA con una mayor incidencia de legionella durante 2005 fue la Comunidad Valenciana, que registró una tasa de 8,5 casos por 100.000 h casi triplicando la media estatal. Asturias ocupó una posición intermedia con una tasa ligeramente similar a la media nacional (3,3). Melilla fue la única CCAA en la que no se registró ningún caso.

Gráfico 15: Legionelosis por CCAA. España 2005. Tasa de incidencia por 100.000 h



El grupo europeo de vigilancia de legionelosis asociadas a viajes (EWGLINET) notificó en 2005 157 casos esporádicos en turistas extranjeros que contrajeron la enfermedad mientras visitaban nuestro país.

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. 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.

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.

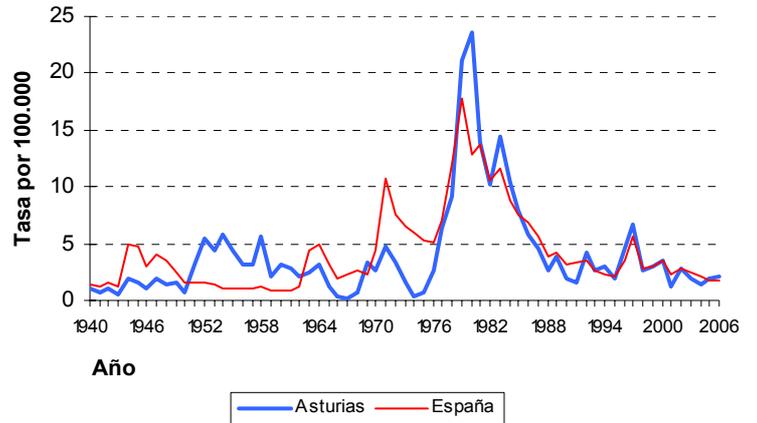
Incidencia. Tendencias

Durante el año 2006 fueron notificados 22 casos de enfermedad meningocócica, lo que supone una tasa de incidencia global de 2,1 casos por 100.000 h. Esta cifra es similar a la del año 2005, en que se habían registrado 21 casos. Con respecto al conjunto de España, las tasas de nuestra Comunidad son ligeramente superiores.

Tabla 16: Enf meningocócica. Asturias y España. 1990-2006. 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	2,6	1009	2,6
1994	32	2,9	915	2,3
1995	22	2,0	854	2,2
1996	50	4,6	1384	3,5
1997	72	6,6	2210	5,6
1998	29	2,7	1132	2,8
1999	33	3,0	1195	3,0
2000	38	3,5	1393	3,4
2001	14	1,3	908	2,2
2002	31	2,9	1102	2,6
2003	21	2,0	1007	2,4
2004	16	1,5	881	2,0
2005	21	2,0	871	2,1
2006	22	2,1	775	1,7

Gráfico 16: Enf meningocócica. Asturias y España. 1940-2006 Tasa de incidencia por 100.000 h



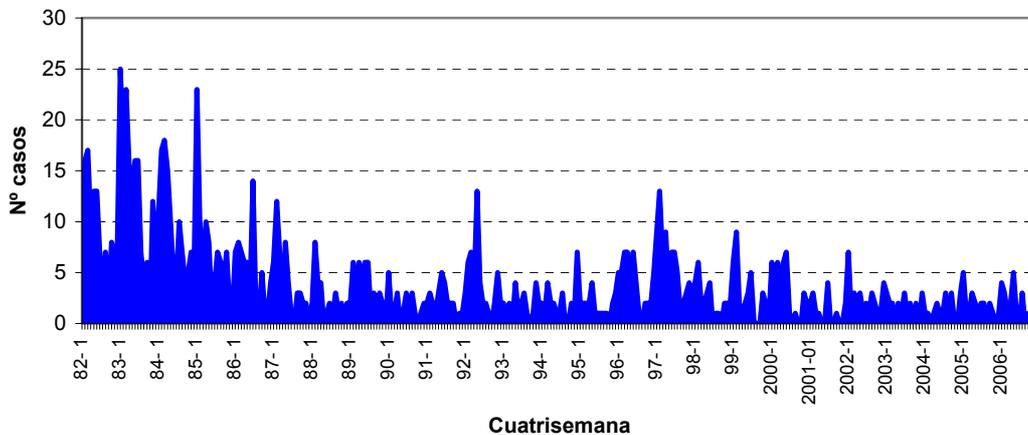
En el gráfico anterior se observa una onda epidémica importante en los años 80. Con excepción de la misma, la incidencia de la enfermedad se mantuvo siempre en niveles bajos, inferiores a 7 casos por 100.000 h. Desde la inclusión en calendario vacunal de la vacuna frente a meningococo serogrupo C, la incidencia se mantiene en torno a los 2 casos por 100.000 h.

Dinámica de presentación

La enfermedad meningocócica tiene un componente estacional, con predominio en los meses fríos. Es por ello, que 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 2005-2006 fue de 2 casos por 100.000 h.

En el gráfico 17, que muestra la evolución de casos cuatrisesmanales se observa la típica evolución en picos propia de las enfermedades estacionales.

Gráfico 17: Enfermedad meningocócica. Asturias 1982-2006. Casos cuatrisesmanales.



Distribución espacial.

Las Áreas con tasas de incidencia más elevadas, superiores a 3 casos por 100.000 h y año fueron la VIII y la II. En el Área I no se registró ningún caso. En la siguiente tabla se muestra la incidencia por temporada y Área.

Tabla 17: *Enf meningocócica. Asturias 1999-2006. Tasa de incidencia por Área y temporada.*

Temporada	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Asturias
92-93	1,9	0,0	0,0	1,2	6,0	3,8	2,7	7,2	3,1
93-94	1,9	12,0	1,9	2,4	3,3	0,0	4,1	2,4	2,9
94-95	0,0	6,0	0,6	1,5	3,7	3,8	2,7	4,8	2,5
95-96	3,8	12,0	2,6	3,7	1,0	5,6	5,5	16,8	4,3
96-97	15,3	21,1	5,8	5,2	4,3	9,4	5,5	9,6	6,6
97-98	5,7	3,0	4,5	1,8	4,3	0,0	1,4	2,4	3,1
98-99	0,0	3,0	5,1	3,1	2,7	1,9	4,1	3,6	3,2
99-00	0,0	0,0	3,9	4,9	3,7	0,0	4,1	2,4	3,5
00-01	3,8	0,0	3,9	0,3	2,0	0,0	1,4	1,2	1,6
01-02	1,9	3,0	1,9	3,7	2,3	0,0	0,0	3,6	2,5
02-03	0,0	0,0	2,6	2,1	2,7	0,0	2,7	1,2	2,0
03-04	1,9	3,0	2,6	0,3	2,7	1,9	1,4	1,2	1,7
04-05	0,0	0,0	1,3	4,0	1,0	0,0	2,7	2,4	2,0
05-06	0,0	3,1	2,1	1,8	1,7	1,9	4,2	3,6	2,0

Características del agente infeccioso

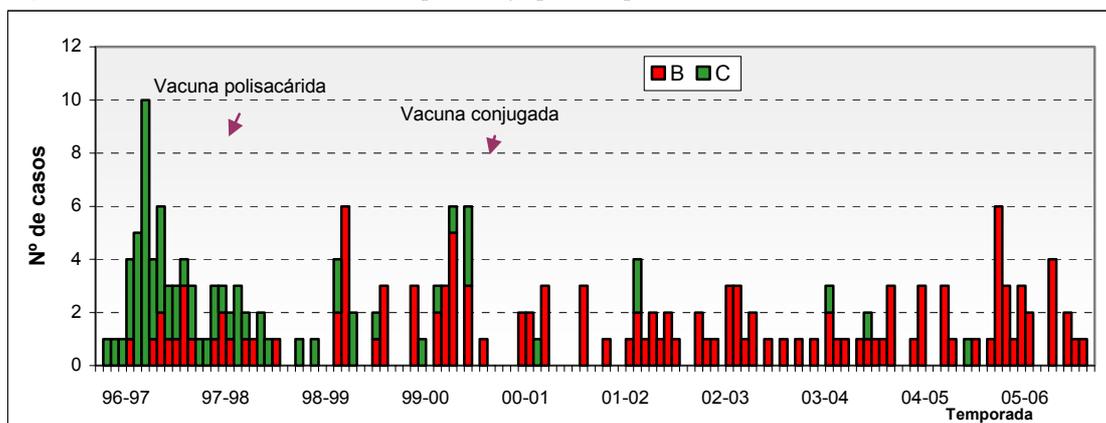
14 casos fueron confirmados (63,6%). 7 casos (31,8%) fueron etiquetados como sospechosos y 1 como probable.

Todos los casos confirmados estuvieron causados por meningococo del serogrupo B.

La temporada 05-06 es la sexta tras la introducción de la vacuna conjugada C en el calendario vacunal. Desde entonces, prácticamente no se registran casos por este serogrupo, que ya no afecta a niños (no se produce ningún caso de meningitis C en niños menores de 15 años desde el año 2001). Previamente, más de una tercera parte de los casos por este serogrupo ocurrían en niños pequeños. Durante 2006 no se registró ningún caso por serogrupo C

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

Gráfico 18: *Serie de casos cuatrisesmanales por serogrupos. Temporadas 96-97 a 05-06*

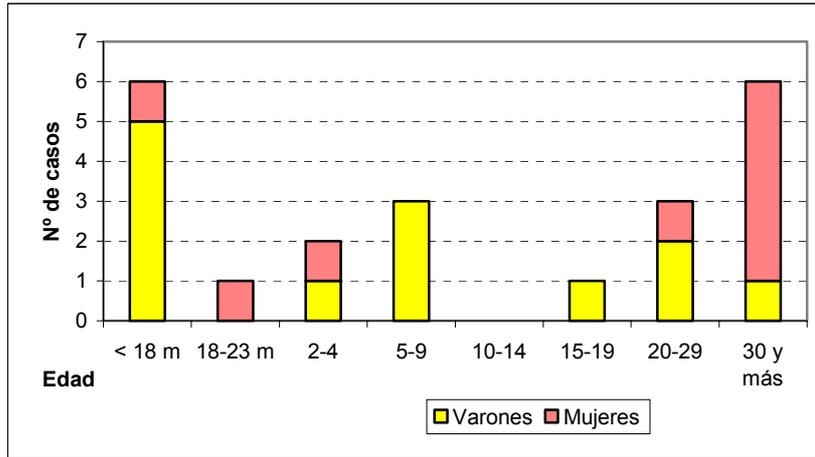


Características de los casos

Distribución por edad y sexo

La tasa de incidencia más elevada por edad corresponde a los niños de 0 a 18 meses seguido a distancia del grupo de 18 a 23 meses (62,8 y 31,5 casos por 100.000 h respectivamente). Por sexo, los hombres son los más afectados, con una tasa de 2,1 casos por 100.000 h vs 1,8 casos por 100.000 h en mujeres. En el siguiente gráfico se muestra la distribución de casos por edad y sexo.

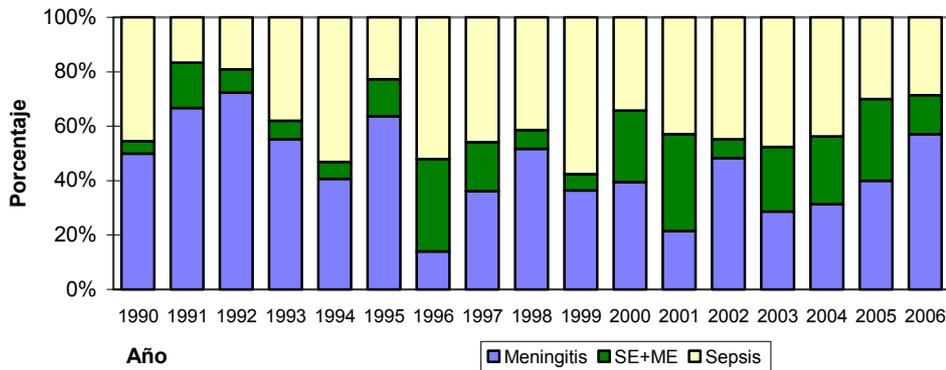
Gráfico 19: Enfermedad meningocócica. Asturias 2006. N° de casos por edad y sexo.



Forma clínica

La forma de presentación más frecuente fue la meningitis (55% de casos) seguida de la sepsis en un 27%. 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 20: Enfermedad meningocócica. Asturias 1990-2006. Distribución por forma clínica



Mortalidad. Letalidad.

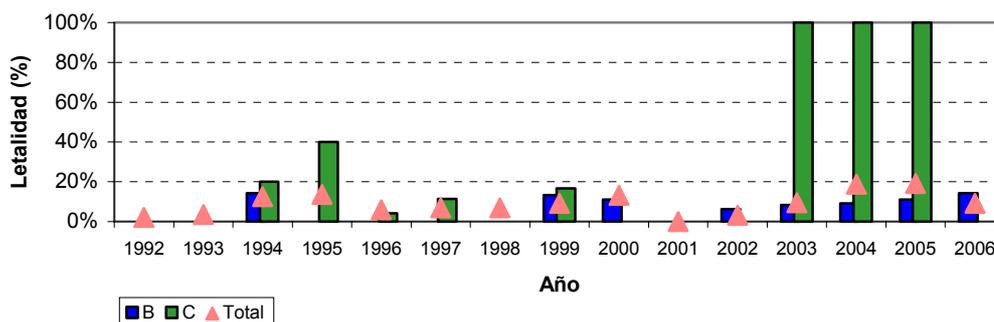
Durante el año 2006, fallecieron 2 casos por enfermedad meningocócica, lo que supone una tasa de 0,2 casos por 100.000 h.

La letalidad de la enfermedad meningocócica en su conjunto fue de un 9%. Los dos casos fallecidos correspondieron a un serogrupo B.

Estado vacunal

Con respecto al estado vacunal, de los 8 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.

Gráfico 21: Letalidad por serogrupo. Asturias 1992-2006



Clasificación de casos

En el 62% de casos el diagnóstico se confirmó microbiológicamente. El porcentaje de confirmación ha descendido con respecto a 2004 cuando se confirmaron el 81% de casos. Es necesario insistir en la importancia de confirmar todos los casos sospechosos por aislamiento de *N meningitidis* o detección de ADN de meningococo en sitios normalmente estériles o por detección de antígeno de meningococo en sangre, lcr u orina.

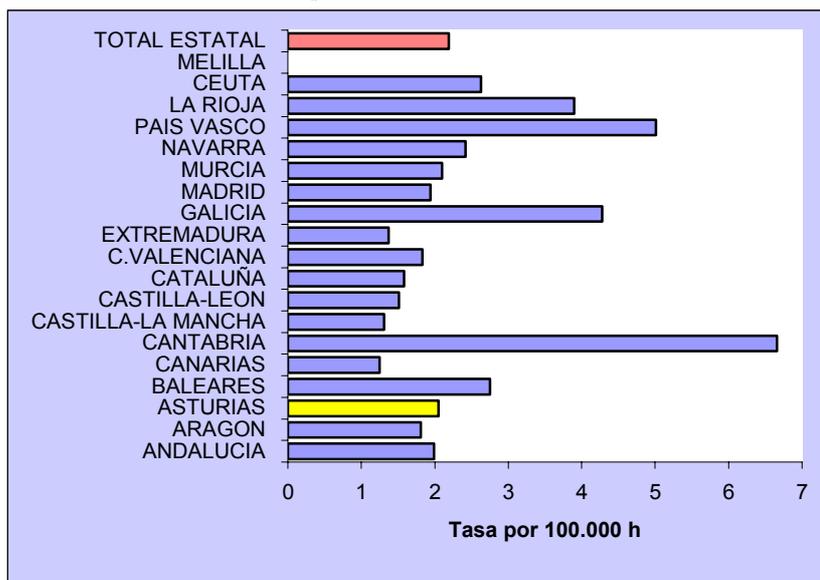
Colectivo implicado

En casi una cuarta parte de casos, el paciente pertenecía a algún colectivo que fue el escolar en un 60% de los mismos. En un 77% de casos, el hogar fue el único lugar implicado.

Comparativo nacional

Asturias es una de las CCAA con tasas de enfermedad meningocócica inferiores a la media nacional. Sin embargo, Cantabria y el País Vasco se colocan a la cabeza con tasas superiores a 5 casos por 100.000 h. Melilla no declaró ningún caso en 2005. 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 22: Tasas de incidencia por CCAA. Años 2005



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.

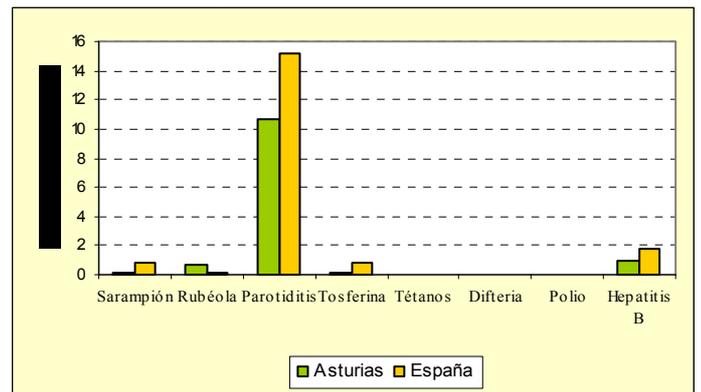
La varicela es una de las enfermedades de declaración obligatoria con mayor incidencia y se considera que, prácticamente, todas las personas se acaban infectando a lo largo de la vida, especialmente durante la infancia.

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.

Durante 2006 todas estas enfermedades han disminuido en número en nuestra comunidad. Sin embargo, en el conjunto nacional y con excepción de la rubéola, se han incrementado. Es especialmente llamativo el incremento del sarampión, cuyo número de casos ha aumentado en 15 veces, y el de la parotiditis, en menor medida, que se ha incrementado en un 177%. Ello está en relación con la aparición de brotes en diversas CCAA, en el caso del sarampión a partir de casos importados y en el de la parotiditis a partir de las bolsas de susceptibles. Por otro lado en Asturias, la tasa de varicela casi duplicó a la del conjunto nacional

Tabla 18: Enfermedades vacunables. Asturias y España. 2006. Gráfico 23: Enf vacunables. Asturias y España. 2006
 N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h. Tasa de incidencia por 100.000 h.

Enfermedades vacunables	Asturias		España	
	N° casos	Tasa	N° casos	Tasa
Sarampión	1	0,09	337	0,75
Rubéola	8	0,75	87	0,19
Parotiditis	114	10,6	6.797	15,2
Tétanos	0	0	18	0,04
Difteria	0	0	0	0,0
Tosferina	1	0,09	378	0,85
Poliomielitis	0	0	0	0,0
Varicela	6.806	633,9	177.301	396,6
Hepatitis B	10	0,93	795	1,78



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.

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 pasando a ser enfermedad de declaración urgente (antes de 24 horas tras el establecimiento de la sospecha clínica) y asegurando la toma de muestras adecuadas para confirmar o descartar la enfermedad.

En la evaluación de 2005 del “Plan Nacional de Eliminación del Sarampión” se concluye que, con los datos disponibles, se puede decir que la circulación del sarampión autóctono en España está interrumpida y que se ha alcanzado el objetivo de eliminación de esta enfermedad. Sin embargo, mientras no se elimine la circulación del sarampión en el mundo, existe la posibilidad de que se sigan presentando brotes de distintos tamaños a partir de la importación de casos entre población susceptible, colectivos de riesgo potencial (inmigrantes, etnia gitana) y cohortes con menores coberturas.

Esto es lo que ha ocurrido en 2006, donde el aumento de incidencia registrado hace tambalear dicho objetivo y obliga a mantener el sistema de vigilancia más activo si cabe, recomendando la vacunación a todo el personal sanitario, a aquellos adolescentes no vacunados que acudan por cualquier motivo al centro de salud y a los inmigrantes de países con programas de vacunación no consolidados.

En Asturias no se registran casos autóctonos desde el año 2000.

Incendencia. Tendencias.

Durante el año 2006, el sexto desde la puesta en marcha del “Plan de Eliminación del Sarampión en Asturias”, se han notificado dos casos sospechosos, confirmándose uno de ellos. Se trata de un caso importado de Rumania en una niña de 8 años de edad perteneciente a un colectivo marginal ilegal cuya familia había establecido recientemente su residencia en Avilés. En dicho momento, se estaba produciendo un importante brote de sarampión en Rumania.

El último caso de sarampión autóctono en nuestra Comunidad Autónoma es del año 1999 remontándose los últimos brotes identificados en Asturias a 1.986 (3.196 casos, tasa de 287,2 casos por 100.000 h) y 1.990 (1.721 casos, tasa de 156,2 casos por 100.000 h).

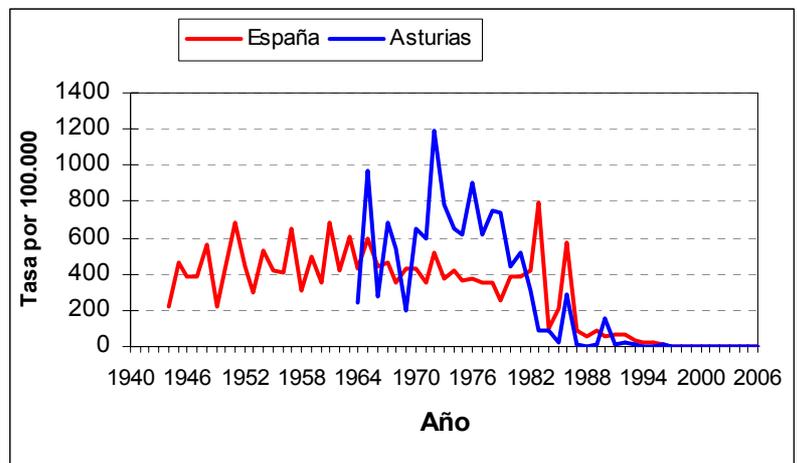
En España, fueron 337 los casos notificados en 2006. Esto supone un importante aumento con respecto a 2004 y 2005 en que sólo se habían registrado 29 y 20 casos respectivamente y supone una vuelta a la situación del año 2003 en que se habían registrado 246 casos. Este incremento está en relación con brotes en diversas CCAA a partir de casos importados y destaca el hecho de la afectación del personal sanitario, con un papel amplificador de la transmisión de la enfermedad.

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 19: Sarampión. Asturias y España 1990-2006
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h.

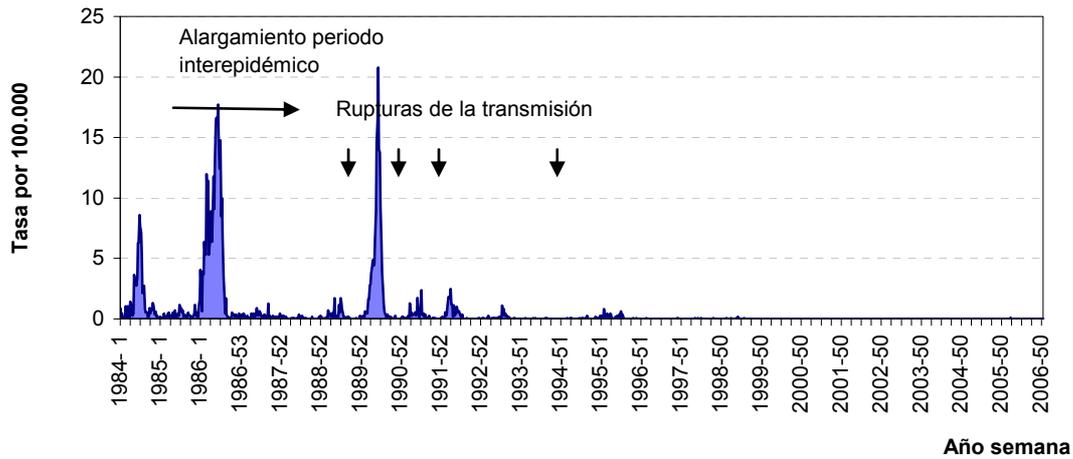
Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1990	1.721	156,2	21.650	55,1
1991	169	15,4	24.445	62,0
1992	214	19,5	24.460	62,0
1993	63	5,8	11.977	30,3
1994	5	0,5	6.845	17,3
1995	23	2,1	8.804	22,2
1996	66	6,1	4.877	12,3
1997	3	0,3	1.839	4,6
1998	4	0,4	446	1,1
1999	7	0,6	244	0,6
2000	0	0,0	152	0,4
2001	0	0,0	107	0,3
2002	0	0,0	89	0,2
2003	0	0,0	246	0,6
2004	0	0,0	29	0,1
2005	0	0,0	20	0,05
2006	1	0,1	337	0,8

Gráfico 24: Sarampión. Asturias y España. 1950-2006.
Tasa de incidencia por 100.000 h



En el siguiente gráfico se observan las distintas fases por las que se ha pasado hasta llegar a la eliminación de la circulación autóctona del virus del sarampión. Inicialmente, se produjo un alargamiento de los periodos interepidémicos seguido de rupturas temporales de la transmisión hasta alcanzar una ruptura total en la misma.

Gráfico 25: Sarampión en Asturias 1984-2006. Serie de casos cuatrisesmanales



Comparativo nacional

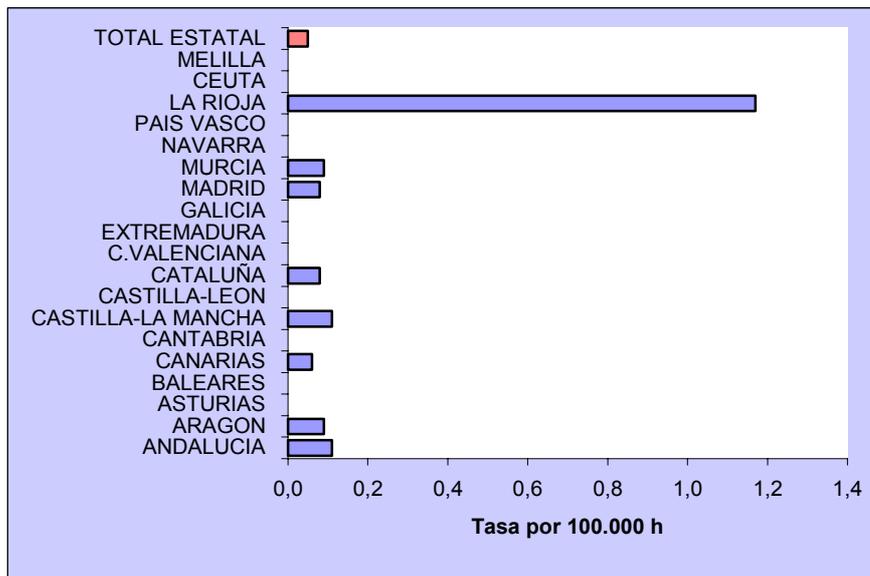
El mayor número de casos (8) se registró en Andalucía (donde se detectó un brote de 4 casos que afectó a una familia de etnia gitana en el que tras la investigación no se logró identificar la fuente de infección) y Cataluña: 6 casos pertenecientes a un brote de una familia de origen rumano residente en Tarragona.

Sin embargo, La Rioja, con 3 casos, fue la Comunidad Autónoma con una mayor tasa de incidencia de sarampión (1,2 casos por 100.000 h). Estos 3 casos detectados en La Rioja (dos casos familiares y un profesional sanitario) fueron el origen de un brote que se mantuvo hasta la semana 5 del año 2006. El brote afectó, en su totalidad, a 18 personas y no se logró identificar la fuente de infección.

En 12 CCAA no se registró ningún caso. En todas las demás, la incidencia fue inferior a 1 caso por 100.000 h.

Es la incidencia más baja registrada en España a lo largo de toda la historia de la enfermedad, con una disminución de un 87% con relación a la observada en 2001, año de la puesta en marcha del Plan de Eliminación del Sarampión en España.

Gráfico 26. Sarampión por CCAA. España 2005. 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 una reducción en 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 2006 se notificaron 8 casos, lo que supone una tasa de incidencia de 0,7 casos por 100.000 h. Esta incidencia es superior a la de España en su conjunto, donde se registraron 87 casos (tasa de 0,2 casos por 100.000 h) y similar a la del 2005 para Asturias. En España los valores son similares a los del año 2004 tras haberse registrado en 2005 un aumento de la incidencia de esta enfermedad en relación con un brote ocurrido en la Comunidad de Madrid que afectó a adultos jóvenes en población inmigrante.

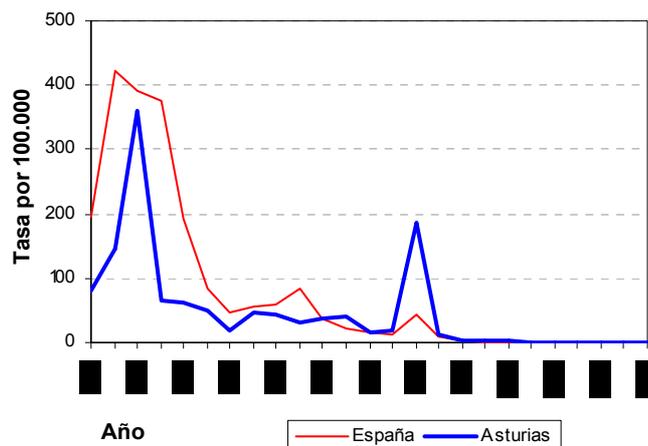
En la serie anual de la rubéola, que se vigila en España desde el año 1982, se observa una disminución marcada de la incidencia de esta enfermedad a partir de los años 1985-1986. El inicio del descenso coincide con el inicio de la notificación obligatoria de la rubéola en España, por lo que no se puede 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 186,8 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 20: Rubéola. Asturias y España. 1990-2006
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1990	489	44,4	23.462	59,8
1991	330	30,0	32.570	82,6
1992	391	35,7	14.440	36,6
1993	446	40,8	8.555	21,6
1994	156	14,3	6.179	15,6
1995	192	17,6	4.677	11,8
1996	2.032	186,8	16.608	41,9
1997	135	12,4	3.825	9,6
1998	42	3,9	872	2,2
1999	26	2,4	533	1,3
2000	24	2,2	345	0,9
2001	15	1,4	179	0,4
2002	3	0,3	138	0,3
2003	7	0,7	113	0,3
2004	8	0,7	87	0,2
2005	10	0,9	592	1,3
2006	8	0,8	87	0,2

Gráfico 27: Rubéola. Asturias y España. 1982-2006
Tasa de incidencia por 100.000 h



Distribución por Área Sanitaria

Todos los casos pertenecían al Área IV, lo que supone una tasa de incidencia para esta Área de 2,4 casos por 100.000 h.

Características de los casos

La afectación por género fue desigual: 2/3 partes de los casos ocurrieron en mujeres y una tercera parte en varones. Por edades, el grupo más afectado fue el de 0 a 15 meses con una tasa de 75,3 casos por 100.000 h. El 75% de los casos pertenecían a este grupo de edad. El grupo de 16 a 35 meses presentó la segunda incidencia más elevada (un caso con una tasa de 8,9 casos por 100.000 h).

Sólo ocurrió un caso en el grupo de mujeres en edad fértil, y desconocemos el dato de si estaba vacunada.

Con respecto al estado vacunal, podemos reseñar que, de acuerdo al calendario vacunal vigente, un niño de 2 años había recibido una dosis de vacuna y los 6 niños menores de 15 meses no habían sido vacunados.

Comparativo nacional

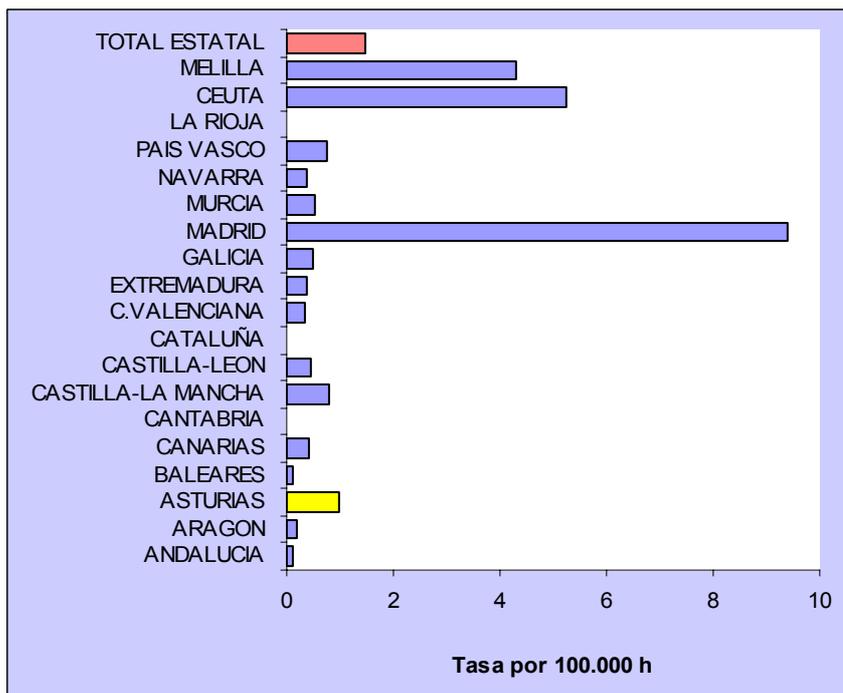
Durante el año 2005 se notificaron en España 592 casos de rubéola, lo que supuso un aumento de incidencia de 5 veces en relación a la observada en 2004.

En todo el territorio nacional, con excepción de Madrid, en donde ocurrió un brote con 460 casos y de Ceuta y Melilla que, con 4 y 3 casos respectivamente, presentan tasas de incidencia de 5,3 y 4,3 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 0,9 casos por 100.000 h siendo la media nacional de 1,5 casos por 100.000 h. En Cantabria y La Rioja no se registró ningún caso en el periodo señalado.

Respecto al brote de la Comunidad de Madrid, señalar que el 56,2% de afectados pertenecían a países diferentes de España, la mayoría latinoamericanos. De ellos, casi el 60% eran mujeres y de ellas el 94,5% tenían edades comprendidas entre los 15 y los 49 años. Del 43,8% de los casos de origen español (195 casos), el 69% eran hombres de edades comprendidas entre los 20 y los 34 años. Se notificó otro brote en Cataluña que afectó 8 personas de nacionalidad brasileña, ninguna de las cuáles estaba vacunada.

Desde 1997 sólo se habían notificado al sistema de vigilancia dos casos de Síndrome de Rubéola Congénita pero durante el año 2005 se han notificado 5 casos de forma individualizada: 3 en relación con el brote de Madrid.

Gráfico 28: Tasa de incidencia de rubéola por CCAA. España 2005



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, debido a que la efectividad frente al virus de la parotiditis no es muy elevada. No es considerada una enfermedad erradicable, por eso, los esfuerzos se orientan sólo a su control.

Incidencia. Tendencias.

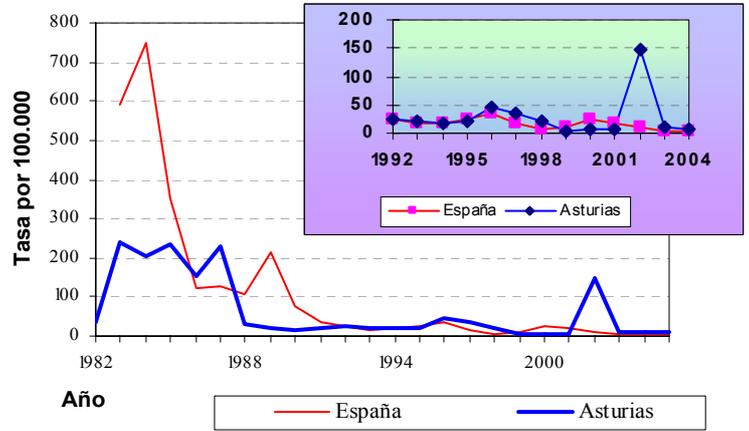
Durante el año 2006 se notificaron en Asturias 114 casos (tasa de incidencia: 10,6 casos por 100.000 h), lo que supone un descenso relativo de un 9,5% con respecto al año 2005. Esta incidencia es inferior a la que presenta el conjunto de España: 15,2 casos por 100.000 h donde se observó un aumento de incidencia importante, con un incremento relativo en el número de casos de un 177%. Este incremento estuvo en relación con brotes en diversas CCAA que afectaron a gente joven, aunque de diferentes edades según las comunidades, y en un porcentaje importante vacunada.

En Asturias, 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 21: Parotiditis. Asturias y España. 1994-2006. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1994	209	19,1	7.002	17,7
1995	245	22,5	9.932	25,1
1996	508	46,7	14.411	36,3
1997	378	34,8	6.970	17,5
1998	241	22,3	2.857	7,2
1999	53	4,9	4.145	10,3
2000	68	6,3	9.282	22,9
2001	71	6,6	7.566	18,4
2002	1.561	145,3	4.431	10,6
2003	101	9,4	1.670	3,9
2004	89	8,3	1.526	3,5
2005	126	11,7	2.458	5,6
2006	114	10,6	6.797	15,2

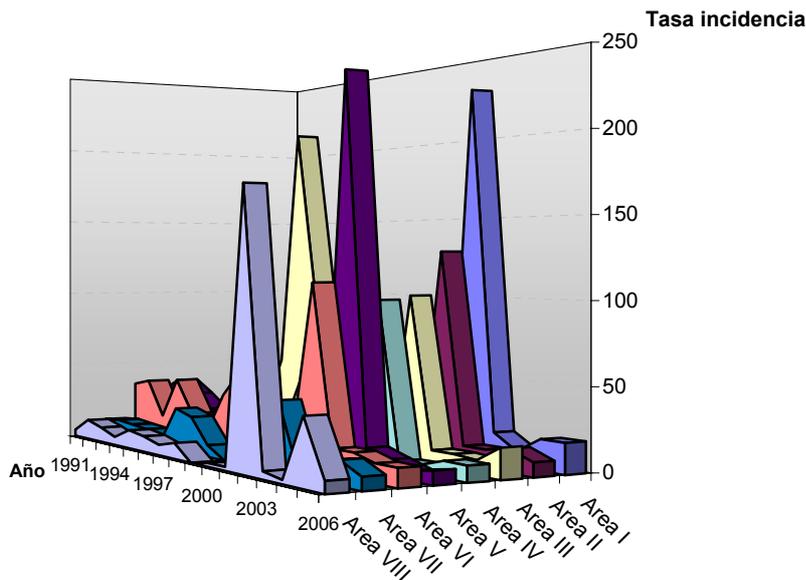
Gráfico 29: Parotiditis. Asturias y España. 1992-2006. Tasa de incidencia por 100.000 h



En la serie histórica, reflejada en el gráfico 29, se observa un descenso importante en la incidencia de la enfermedad en Asturias a partir del año 88. Posteriormente a esta fecha, exceptuando el brote del año 2002, la incidencia se mantiene en cifras que rondan, de media, los 7 casos por 100.000 h.

Por Área Sanitaria, la mayor incidencia ocurrió en el Área III (tasa de 20 casos por 100.000 h). La menor incidencia ocurrió en el Área VIII (tasa de 7,3 casos por 100.000 h) que había presentado en 2005 la mayor incidencia con una tasa de casi 40 casos por 100.000 h.

Gráfico 30: Parotiditis. Asturias 1991-2006. Tasa por Área Sanitaria



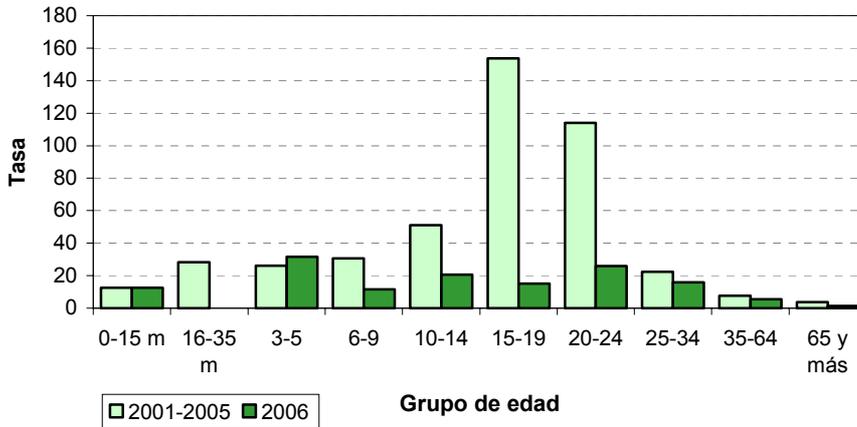
Características de los casos

La razón varón/mujer fue de 1,7/1.

El grupo de edad con una mayor incidencia de parotiditis fue el de niños de 3 a 5 años (tasa de 31,6 casos por 100.000 h) seguido del de jóvenes de 20 a 24 años, y de 10 a 14 años (tasas de 25,8 y 20,7 casos por 100.000 h respectivamente). En estas edades se concentra la bolsa de susceptibles de nuestra comunidad.

En el siguiente gráfico se comparan las tasas de parotiditis por edad del año 2006 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 31: Parotiditis. Asturias 2001-2005 y 2006. Tasa de incidencia por 100.000 h



Con respecto al estado vacunal de los casos, señalar que 41 (36% del total) estaban correctamente vacunados. Dos estaban vacunados de modo incompleto. Trece no lo estaban y en el resto se desconoce su estado inmunitario.

Clasificación de los casos

Todos los casos se diagnosticaron por la clínica sin llegar a confirmarse ninguno de ellos

Comparativo nacional

Asturias es una de las CCAA con mayor incidencia de parotiditis, tras Baleares y Galicia. En Baleares la tasa fue casi cuatro veces superior a la de la 2ª Comunidad en incidencia (68 vs 17,7). Las CCAA con una menor incidencia fueron Cataluña y la Comunidad Valenciana. La diferencia entre las CCAA con una mayor y menor tasa es de 57 veces (tasa de 68 en Baleares vs 1,2 en Cataluña)

Gráfico 32: Parotiditis. España 2005. 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 2006, se declaró en Asturias un caso de tos ferina, lo que supone una tasa de incidencia de 0,09 casos por 100.000 h. En el conjunto de España se han notificado 378 casos (0,9 casos por 100.000 h). Esto supone un descenso en Asturias con respecto al año 2005 en que se habían declarado ocho casos. Sin embargo, en el conjunto nacional ha aumentado el número de casos en un 24%

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.

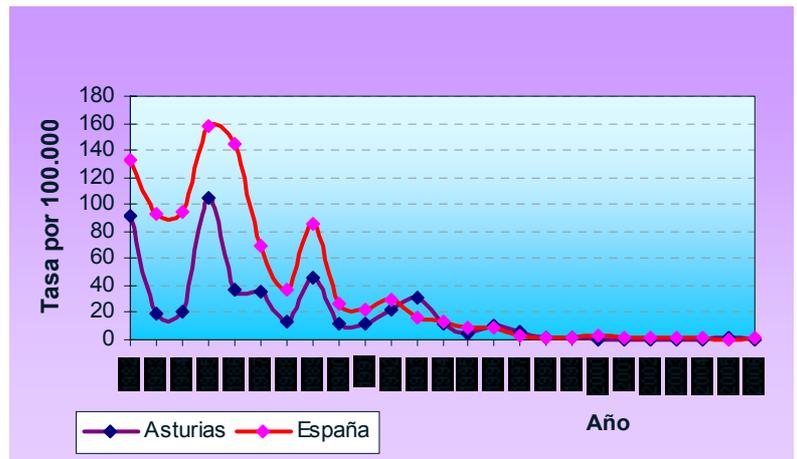
En España, la evolución es similar. Sin embargo, hasta 2004 mantenía tasas ligeramente superiores a las de Asturias y superiores a la tasa propuesta por la OMS de 1 caso por 100.000. En 2005, se consigue dicho objetivo mantenido en 2006.

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 22: Tos ferina. Asturias y España. 1994-2006
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1994	132	12,1	5.020	12,7
1995	56	5,1	3.713	9,4
1996	107	9,8	3.534	8,9
1997	63	5,8	1.097	2,8
1998	10	0,9	315	0,8
1999	10	0,9	410	1,0
2000	5	0,5	915	2,3
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	531	1,2
2005	8	0,7	304	0,7
2006	1	0,1	378	0,9

Gráfico 33: Tos ferina. Asturias y España. 1982-2006.
Tasa de incidencia por 100.000 h



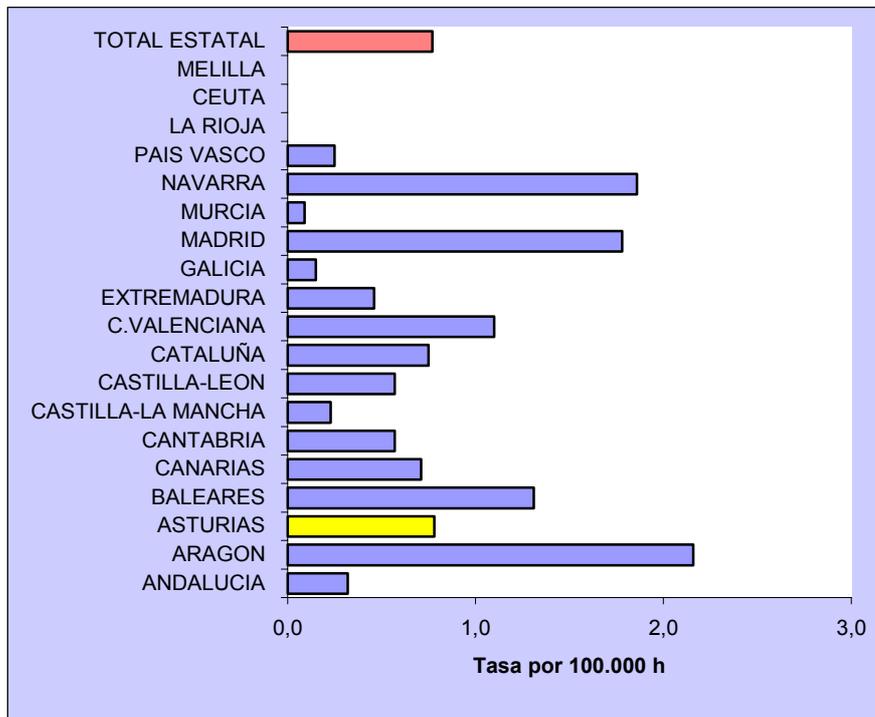
El único caso registrado en Asturias en 2006 corresponde a un niño de 13 años de edad, residente en el Área III (Corvera), diagnosticado por la clínica y correctamente vacunado.

Comparativo nacional

Durante el año 2005, cinco Comunidades Autónomas alcanzaron una tasa igual o superior a 1 por 100.000. La incidencia máxima se registró en Aragón que con 25 casos presentó una tasa de 2 casos por 100.000 h. El segundo lugar lo ocupó Navarra con una tasa de 1,9 casos por 100.000, seguida de Madrid (1,8), Baleares (1,3) y Comunidad Valenciana (1,1). La Rioja, Ceuta y Melilla no notificaron ningún caso. Asturias presentó una tasa similar a la del conjunto nacional (0,8)

En el siguiente gráfico se muestran estos datos.

Gráfico 34. Incidencia de tos ferina por CCAA. Año 2005



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

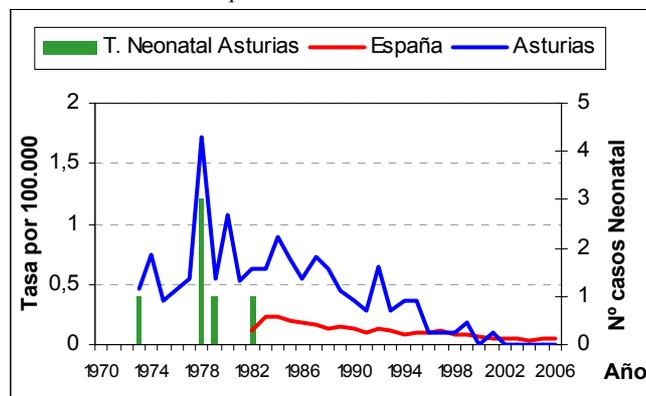
El último caso registrado en Asturias de tétanos neonatal es de 1982. Desde 2001, no se registra ningún caso de tétanos. En España, se han notificado 18 casos de tétanos durante el año 2006 (tasa de 0,04 casos por 100.000 h) y el primer caso de tétanos neonatal desde que se creó el registro en 1997.

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 23: Tétanos. Asturias y España. 1990-2006
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	16	0,04
2005	0	0,0	18	0,04
2006	0	0,0	18	0,04

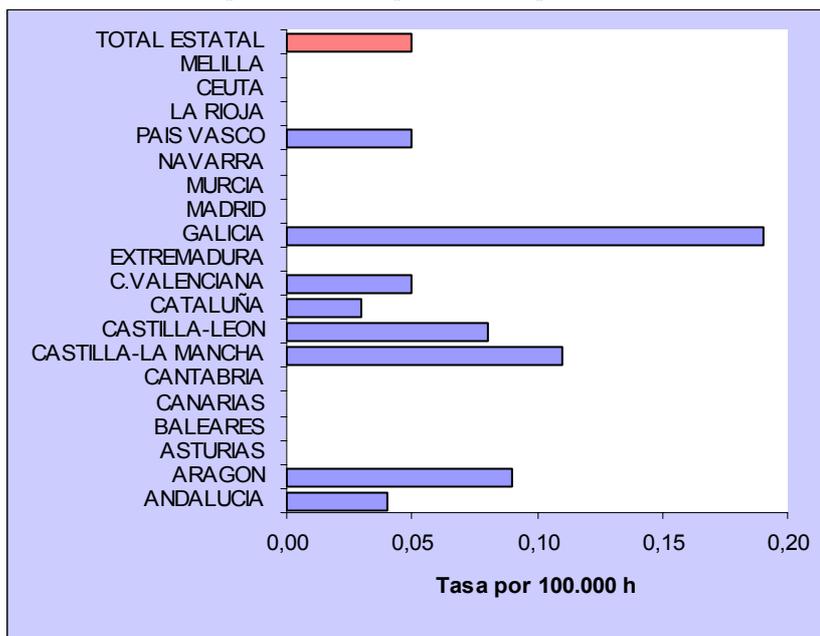
Gráfico 35: Tétanos. Asturias y España. 1973- 2006
Tasa de incidencia por 100.000 h



Comparativo nacional

Durante el año 2005, hubo casos de tétanos en 8 Comunidades Autónomas. La CCAA que registró un mayor número de casos (5) fue Galicia (tasa de 0,2 casos por 100.000 h, cifra que corresponde a la mayor incidencia del año en el conjunto nacional) seguida de Andalucía (3 casos, tasa de 0,04). Además, hubo casos en Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Comunidad Valenciana (2 casos en cada CCAA) y en Aragón y País Vasco (1 caso en cada una)

Gráfico 36: Tétanos. España 2005. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.3.6 Difteria.

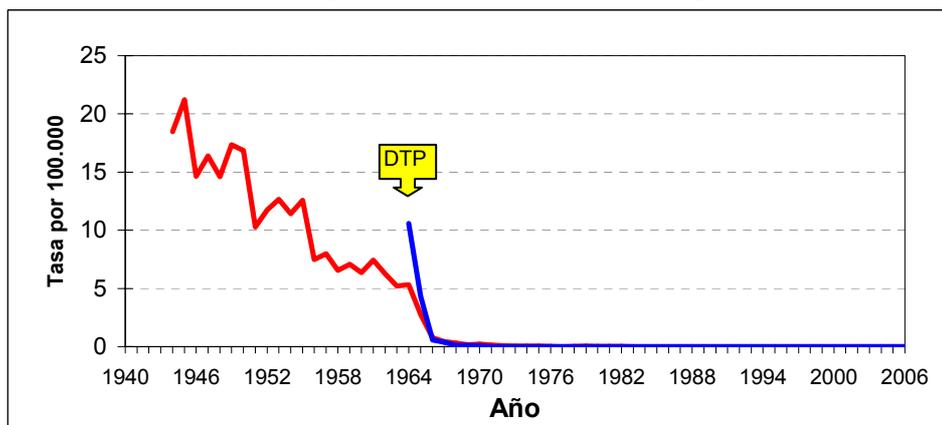
Introducción

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 37: Difteria. Asturias y España. 1941-2006. Tasa de incidencia por 100.000 h



3.3.7 Poliomieltis

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 poliomieltis a finales del 2005.

En 2005 se consiguieron avances importantes en las zonas endémicas más afectadas. En la actualidad, sólo 4 países son aún endémicos: Nigeria, India, Pakistán y Afganistán. Estos 4 países contabilizan el 92% de los casos de poliomieltis notificados en el mundo. El 60% del total de casos se registraron en Nigeria y el 33% en la India. Afganistán, India y Nigeria han registrado un aumento en el número de casos en 2006 con respecto a 2005 mientras que en Pakistán el número de casos se ha mantenido estable.

De los 26 países libres que se han re infectado desde 2006, sólo 9 continuaron registrando casos de poliomieltis en el curso del segundo semestre de 2006. En 2006, sólo el 6% de los nuevos casos de poliomieltis en el mundo acontecen en países re infectados (frente al 60% en 2005).

Los últimos retos a superar para conseguir la erradicación de la poliomieltis son: reforzar la supervisión política a nivel nacional, provincial y de distrito; y reducir la transmisión intensa en los estados prioritarios del Norte de Nigeria y en el Oeste de Uttar Pradesh en la India.

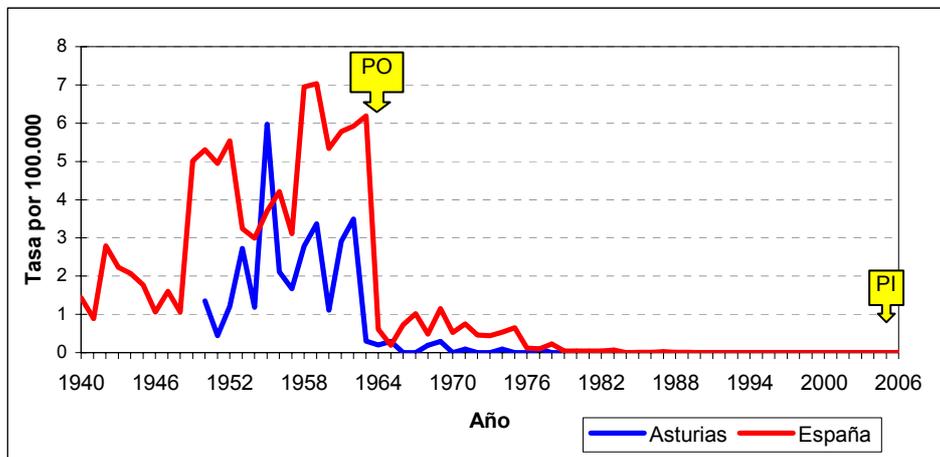
Desde 1999, ya no hay casos por poliovirus salvaje de serotipo 2, considerándose erradicado este serotipo.

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

Durante el año 2004 todas las CCAA llevaron a cabo la sustitución de la vacuna de polio oral por la vacuna inyectable.

En España, el último caso sospechoso es de 1990 y, en Asturias, de 1977. En el siguiente gráfico se muestra la evolución de la poliomieltis 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 38: Poliomieltis. Asturias y España. 1940-2006. 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 2006, no se ha detectado ningún caso de PFA. Ello puede estar en relación con una relajación del sistema de vigilancia o simplemente con el azar dado que, en 2005, aún se notificaron 3 casos.

En España AUN NO DATOS DE 2006.

La evaluación de calidad del sistema pone de manifiesto la necesidad de divulgar en los servicios asistenciales la importancia de la vigilancia de la PFA.

3.3.8 Varicela

Introducción

La inclusión de la vacuna frente a la varicela en el calendario vacunal siempre estuvo 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.

En Asturias, en el nuevo calendario vacunal aprobado en Resolución del 25 de noviembre de 2005, se incluye la vacunación de la varicela a todos los niños de 10 años que no la hayan pasado ni se hayan vacunado anteriormente.

Incidencia. Tendencias

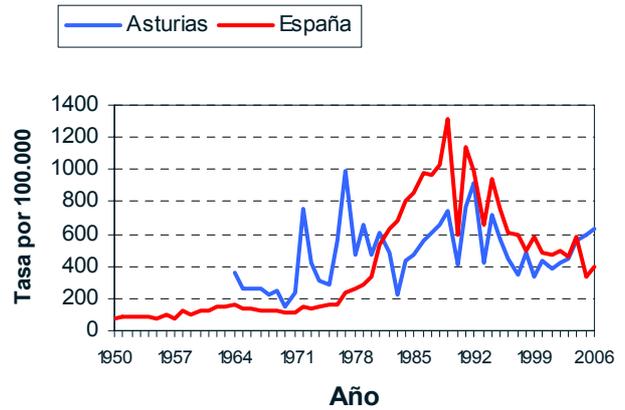
Durante el año 2006 se notificaron 6.806 casos, lo que supone una tasa de incidencia de 633,9 casos por 100.000 h, tasa casi dos veces superior a la registrada en España en el mismo periodo que, con 177.301 casos, tuvo una tasa de 397 casos por 100.000 h. Ocupa el tercer lugar en cuanto a número de declaraciones tras los procesos diarreicos y la gripe.

Con respecto al año 2005, se ha producido un pequeño incremento en el número de casos tanto en Asturias (8%) como en España (21%).

Tabla 24: Varicela. Asturias y España. 1993-2006. Nº de casos y tasa de incidencia anual por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1993	4.595	419,9	256.865	649,8
1994	7.850	718,7	370.601	936,5
1995	6.243	572,7	296.107	747,3
1996	4.867	447,4	240.143	605,4
1997	3.749	345,6	232.425	584,6
1998	5.195	480,2	193.867	486,5
1999	3.624	334,2	228.529	568,4
2000	4.768	442,9	193.003	476,7
2001	4.085	379,9	183.639	446,6
2002	4.569	425,4	196.257	469,1
2003	4.855	451,5	180.783	423,2
2004	6.020	560,6	237.160	549,0
2005	6.311	586,2	146.113	331,3
2006	6.806	633,9	177.301	396,6

Gráfico 39: Varicela. 1950-2006. Tasas de incidencia anual por 100.000 h



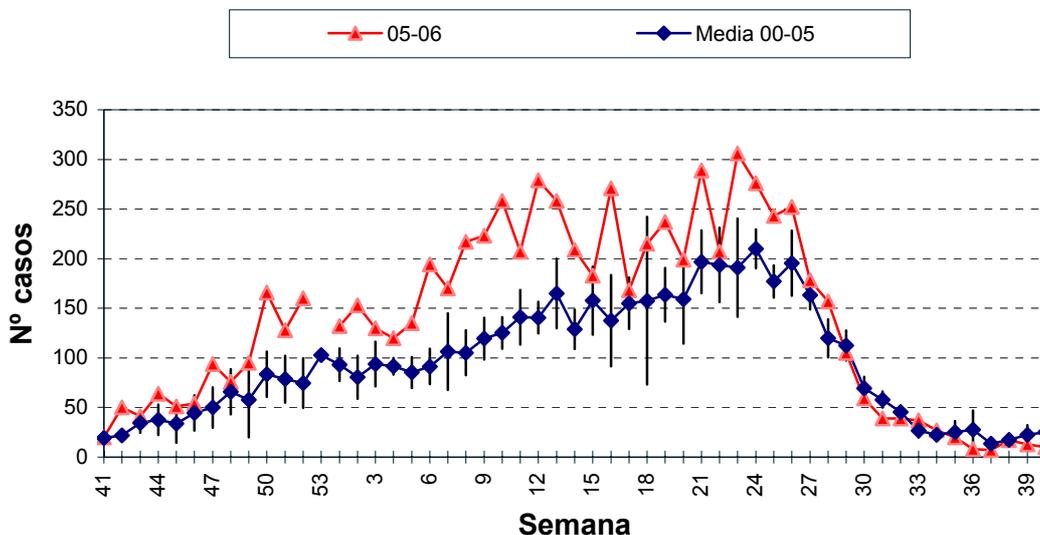
Distribución por Área sanitaria

Por Área Sanitaria, el Área VIII fue la que presentó la mayor incidencia con 1.349,2 casos por 100.000 h, duplicando la media de Asturias en su conjunto **VER POR SEMANAS AREAS Y AÑOS PREVIOS**. Las Áreas VII y I con más de 700 casos por 100.000 h ocuparon el tercer y segundo lugar respectivamente. El Área II con 331 casos por 100.000 h fue la que presentó la menor incidencia.

Por temporada epidemiológica, semana 41 de un año a semana 40 del año siguiente, la temporada 05-06 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 prácticamente todo el periodo.

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.

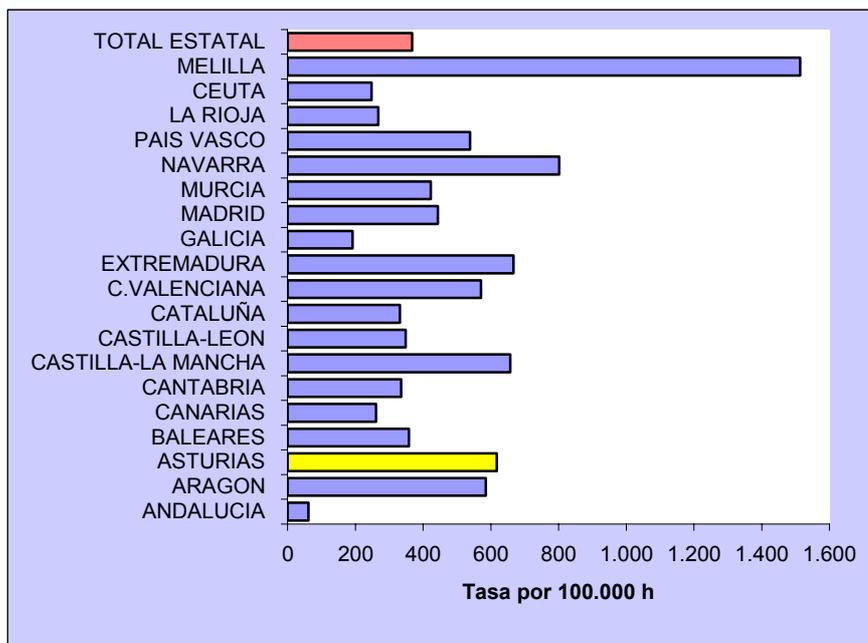
Gráfico 40: Varicela. Asturias. Temporadas epidemiológicas 99-00 a 05-06



Comparativo nacional

La CCAA con una mayor tasa de incidencia fue Melilla, que registró 1.055 casos (tasa de 1.513,4 por 100.000). Todas las demás CCAA presentaron tasas inferiores a 1.000 casos por 100.000 h. La menor incidencia correspondió a Andalucía con una tasa inferior a 100 casos por 100.000. Asturias se encuentra entre las CCAA con tasas superiores a la media nacional (617,6 vs 368,1 casos por 100.000).

Gráfico 41: Varicela. España 2005. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.3.9 Hepatitis B

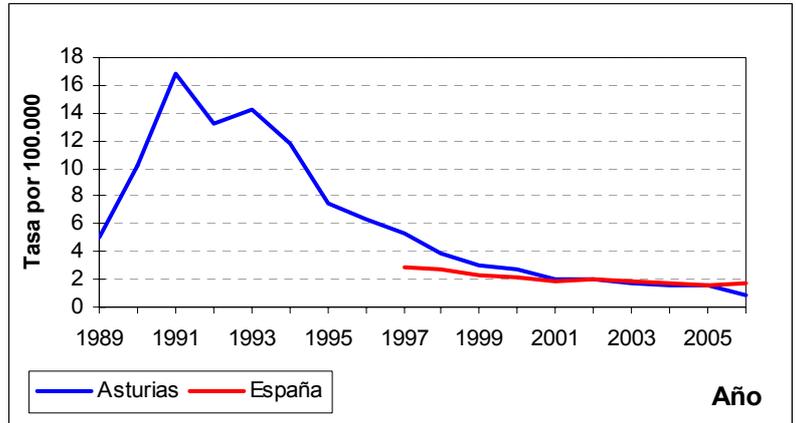
En Asturias, la hepatitis B muestra una tendencia descendente desde 1995, habiendo presentado en el año 2006 la menor incidencia desde que se registra la enfermedad. En España, el descenso es menos marcado, ya que las tasas nacionales eran inferiores a las asturianas. Sin embargo, en los últimos años, las tasas nacionales superan a las de nuestra comunidad.

En el año 2006, Asturias registró 10 casos (tasa de 0,9 casos por 100.000 h) y España 795 (1,8 por 100.000). El descenso relativo en Asturias, con respecto al 2005, es de un 41%. En España se produjo un incremento de un 21%.

Tabla 25: Hepatitis B. Asturias y España. 1995-2006
Nº de casos y tasa por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1995	66	6,1		
1996	50	4,6		
1997	52	4,8	1163	2,9
1998	41	3,8	1134	2,8
1999	33	3,0	927	2,3
2000	29	2,7	885	2,2
2001	22	2,0	780	1,9
2002	21	2,0	818	2,0
2003	18	1,7	801	1,9
2004	17	1,6	762	1,8
2005	17	1,6	659	1,6
2006	10	0,9	795	1,8

Gráfico 42: Hepatitis B. Asturias y España 1989-2006.
Tasa por 100.000 h



Distribución espacial

La distribución por Área Sanitaria muestra que el mayor número de casos (60% del total) se localizó en las Áreas V y VII (3 casos cada una). La mayor incidencia correspondió al Área VII con 4,1 casos por 100.000 h seguida del Área VI (3,8 casos por 100.000 h).

Tabla 26: Hepatitis B. Asturias 2006
Nº de casos y tasa por Área Sanitaria

Área	Nº	Tasa
I	0	0,0
II	1	3,1
III	0	0,0
IV	1	0,3
V	3	1,0
VI	2	3,8
VII	3	4,1
VIII	0	0,0
Total	10	0,9

Características de los casos

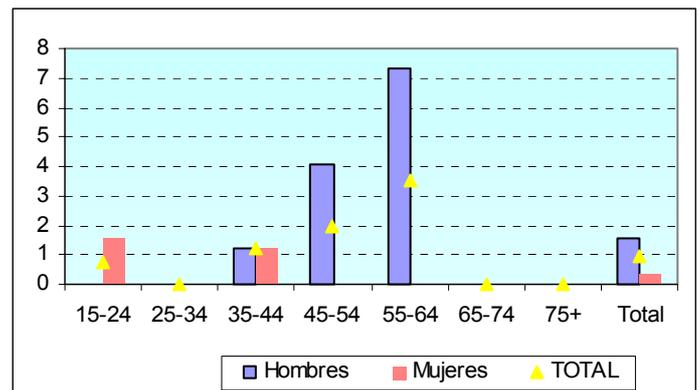
Distribución por edad y sexo

8 de los casos ocurrieron en varones y 2 en mujeres. La incidencia más elevada correspondió al grupo de varones de 55 a 64 años, seguido de los varones de 45 a 54 años.

Tabla 27: Hepatitis B. Asturias 2006. 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	0,0	1	1,5	1	0,7
25-34	0	0,0	0	0,0	0	0,0
35-44	1	1,3	1	1,2	2	1,2
45-54	3	4,1	0	0,0	3	2,0
55-64	4	7,4	0	0,0	4	3,5
65-74	0	0,0	0	0,0	0	0,0
75+	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	8	1,6	2	0,4	10	0,9

Gráfico 43: Hepatitis B. Asturias 2006. Tasa por 100.000 h por edad y sexo.



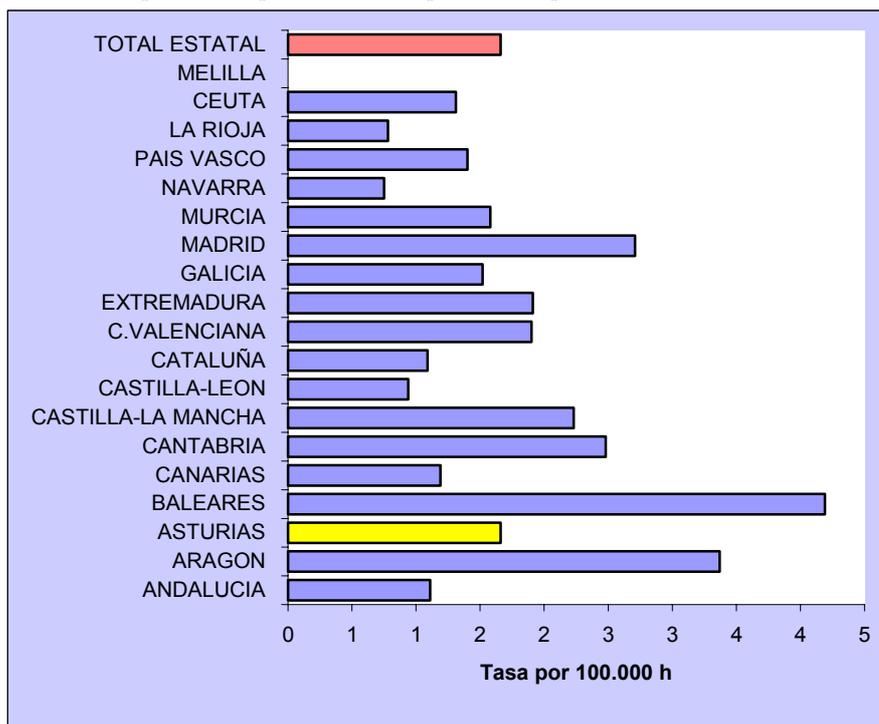
Clasificación de los casos

Todos los casos fueron esporádicos y autóctonos. Casi dos terceras partes (60%) fueron casos confirmados y el resto se consideraron sospechosos o probables.

Comparativo nacional

Baleares fue la CCAA con una mayor incidencia de hepatitis B, con una tasa de 4,2 casos por 100.000 h. Todas las demás comunidades se sitúan a gran distancia con tasas comprendidas entre 1 y 3,5 casos por 100.000 h. Esto sitúa a España dentro de los países de baja incidencia.

Gráfico 44: Hepatitis B. España 2005. Tasa por 100.000 por CCAA



3.4 Zoonosis no alimentarias

Las 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. En nuestra comunidad en 2006 no se registraron casos de estas enfermedades. 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 28: Zoonosis. Asturias y España. 2006. Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Zoonosis	Asturias		España	
	Nº casos	Tasa	Nº casos	Tasa
Rabia	0	0	0	0
T exantemático	0	0	0	0
Brucelosis	0	0	324	0,7
Peste	0	0	0	0

3.4.1 Brucelosis

Actualmente, la brucelosis es una enfermedad de baja incidencia tanto en Asturias como en España. Históricamente, la incidencia en España siempre fue muy superior a la de Asturias, debido a la estrecha relación de esta enfermedad con las actividades ganaderas desarrolladas en otras CCAA. Sin embargo, con el desarrollo de los programas de prevención profesional de dicha enfermedad en las comunidades de mayor incidencia, en España se ha reducido, en casi 10 veces, el número de casos desde los años 80 hasta la actualidad

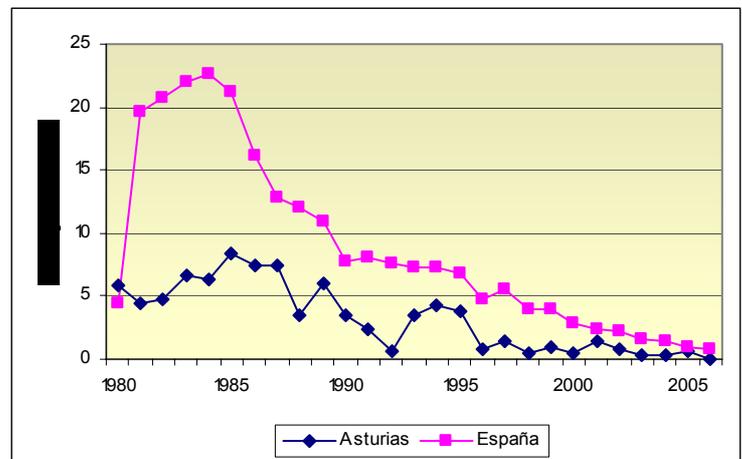
Durante el año 2006, en Asturias, no se registraron casos. En España, se han notificado 324 casos (tasa de 0,7 casos por 100.000 h), cifra similar al año previo.

La evolución de esta enfermedad desde 1980 se muestra en la siguiente tabla y gráfico.

Tabla 29: Brucelosis. Asturias y España. 1990-2006. 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	7,2
1995	42	3,9	2.660	6,7
1996	8	0,7	1.904	4,8
1997	16	1,5	2.154	5,4
1998	5	0,5	1.545	3,9
1999	11	1,0	1.553	3,9
2000	6	0,6	1.123	2,8
2001	16	1,5	924	2,2
2002	8	0,7	893	2,1
2003	3	0,3	642	1,5
2004	3	0,3	636	1,5
2005	6	0,6	353	0,9
2006	0	0,0	324	0,7

Gráfico 45: Brucelosis. Asturias y España. 1943-2006. Tasa de incidencia por 100.000 h

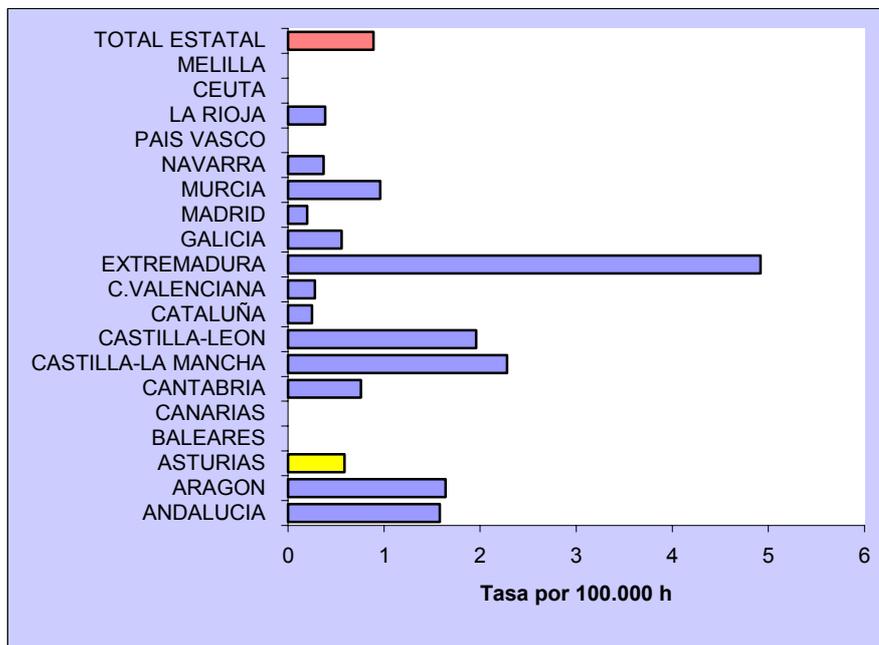


Comparativo nacional

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 4,9 y 2,3 casos por 100.000 h respectivamente se colocan a la cabeza al igual que en 2004. Sin embargo, la incidencia en estas comunidades ha disminuido con respecto a dicho año al igual que en el resto de comunidades donde ha habido casos. Canarias, Baleares, País Vasco, Ceuta y Melilla no

registraron ningún caso. Asturias presentó una tasa ligeramente inferior a la tasa del conjunto nacional.

Gráfico 46: Brucelosis. España 2006. 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 2.118 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 triquina, 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.

En Asturias, excluidos los otros procesos diarreicos (concepto que abarca un amplio número de patologías no bien definidas y que no son de declaración obligatoria a nivel nacional) estas enfermedades no constituyen un problema importante de salud pública. Sin embargo, durante 2006 se produjo un incremento en el número de casos de Hepatitis A de origen autóctono. El incremento de Hepatitis A fue generalizado para el conjunto nacional.

Tabla 30. Enfermedades de transmisión alimentaria. Asturias y España 2006. Tasa de incidencia por 100.000 h

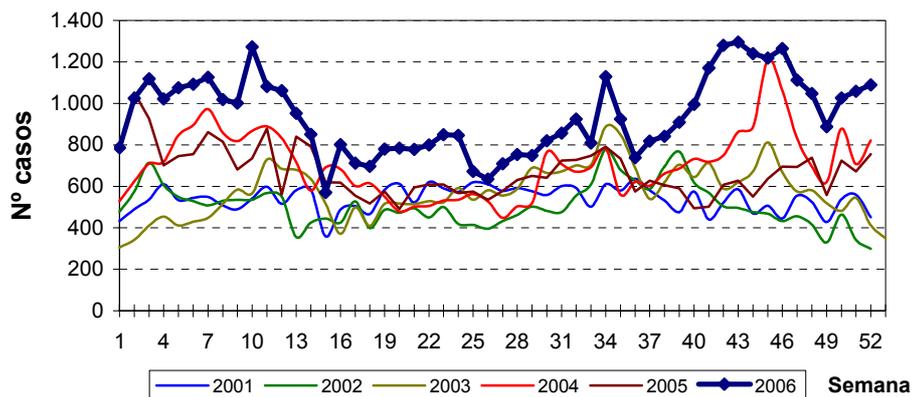
Enfermedades de transmisión alimentaria	Asturias		España	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Otros procesos diarreicos	49.083	4.571,1	–	–
Fiebres tifo-paratíficas	2	0,2	84	0,2
Shigelosis	5	0,5	152	0,3
Botulismo	0	0,0	4	0,01
Triquinosis	0	0,0	21	0,05
Cólera	0	0,0	2	0,00
Hepatitis A	13	1,2	1.479	3,3

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 49.083 casos durante el año 2006 (tasa de 4.571,1 casos por 100.000 h). Esto supone un incremento de un 41% con respecto al año 2005. Así, se mantiene una ligera tendencia ascendente, con valores por encima de lo esperado.

No hay un claro patrón estacional, aunque el mayor número de casos se concentró en las primeras 12 y últimas 12 semanas del año. Durante todo el año se superó el número de casos esperados con respecto a años previos.

Gráfico 47: Otros procesos diarreicos. Asturias. 2001-2006. Nº de casos



Por Áreas, la mayor incidencia correspondió al Área III con 6.635 casos por 100.000 h seguida del Área VI con algo más de 5.000 casos por 100.000 h.

Tabla 31: OPD. Asturias 2006. Distribución por Área Sanitaria

Área	Nº casos	Tasa
I	2.055	3.371,7
II	1.068	3.277,1
III	9.688	6.635,1
IV	14.881	4.517,9
V	11.347	3.785,2
VI	2.717	5.097,2
VII	3.313	4.590,2
VIII	4.014	4.852,7

Durante 2006, son de reseñar dos picos importantes de OPD registrados durante los meses de verano en las Áreas I y VI y que se pusieron en relación con brotes; el del Área I, localizado en Navia y Coaña, se atribuyó entre otras posibles causas, al agua del abastecimiento público y el del Área VI, principalmente Llanes, se puso en relación con una transmisión personal.

El incremento de las OPD, especialmente llamativo durante los meses fríos del año (primer y último trimestre) está probablemente en relación con un aumento de la circulación de virus (rotavirus y calicivirus)

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.

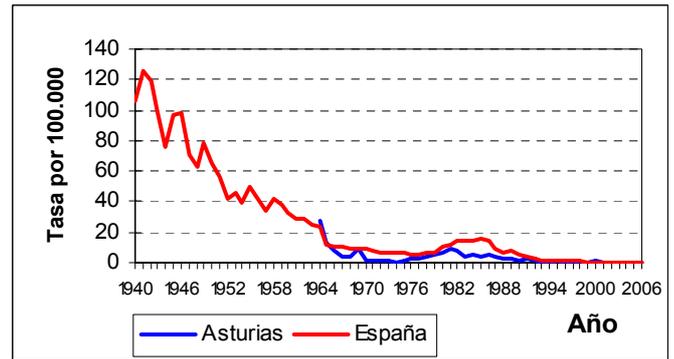
Se notificaron dos casos en Asturias en el año 2006. En el conjunto de España se registraron 84 casos (tasa de 0,2 casos por 100.000 h), lo que supone un incremento relativo, con respecto al año 2005, de un 12%.

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 32: Fiebre tifoidea. Asturias y España. 1995-2006
Nº 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	0,3
2004	0	0,0	102	0,2
2005	0	0,0	75	0,2
2006	2	0,2	84	0,2

Gráfico 48: Fiebre tifoidea. Asturias y España. 1940-2006
Tasa de incidencia por 100.000 h

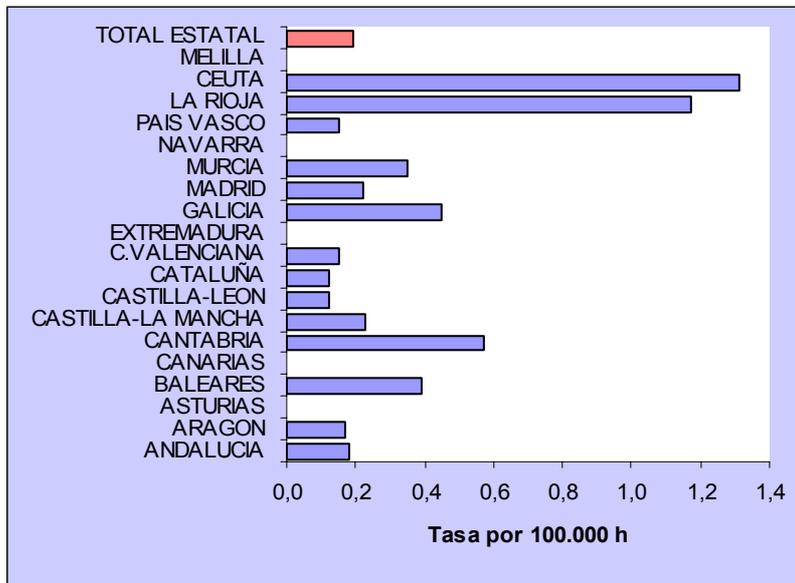


Los dos casos registrados en Asturias correspondieron al mismo paciente, un camarero de 26 años, de origen pakistaní, que había viajado recientemente a dicho país y que presentó dos episodios diferentes y, separados en el tiempo, de diarrea aislándose en los coprocultivos una *S typhi* y una *S paratyphi*.

Comparativo nacional

Es una enfermedad de baja incidencia en España. Las CCAA con una incidencia más elevada en 2005 fueron Ceuta y La Rioja con incidencias de 1,3 y 1,2 casos por 100.000 h respectivamente. En todas las demás CCAA, la tasa fue inferior a 1 caso por 100.000 h. Asturias, junto a Canarias, Navarra, Extremadura y Melilla no registró ningún caso.

Gráfico 49: Fiebres tifo-paratíficas. España 2005. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.5.3 Shigelosis (Disentería)

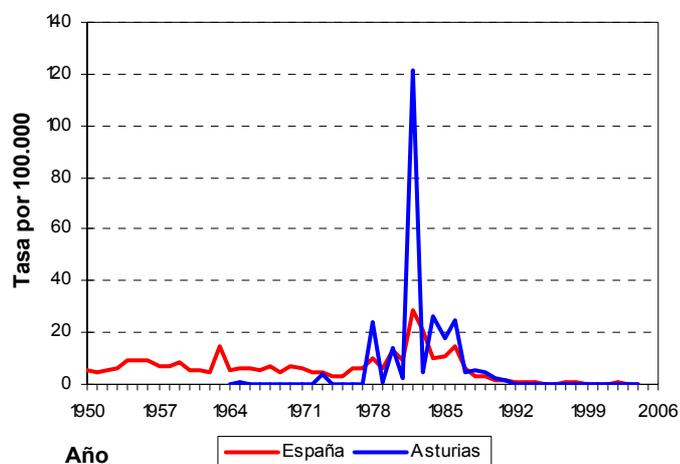
Se han notificado en Asturias 5 casos importados de shigelosis durante el año 2006. En España, se han registrado 152 casos (tasa de 0,3 casos por 100.000 h), lo que supone un descenso relativo con respecto a 2005 de un 18,3%.

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 conducción. En nuestra Comunidad, es de reseñar un brote importante, de tipo hídrico, en 1982 con 1.376 casos (tasa de 122,4 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 33: Shigelosis. Asturias y España. 1982-2006. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1982	1.376	122,4	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	24,8	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	0,3
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	129	0,3
2005	2	0,2	186	0,5
2006	5	0,5	152	0,3

Gráfico 50: Shigelosis. Asturias y España. 1950-2006 Tasa de incidencia por 100.000 h



Características de los casos

Cuatro de los cinco casos correspondieron a mujeres de edades comprendidas entre los 33 y los 52 años. El quinto caso correspondió a un varón de 70 años. El lugar de residencia correspondía a Oviedo en un caso y a Gijón en los cuatro restantes, mientras que los lugares de importación fueron diversos: India, Marruecos (2 casos), París y Egipto.

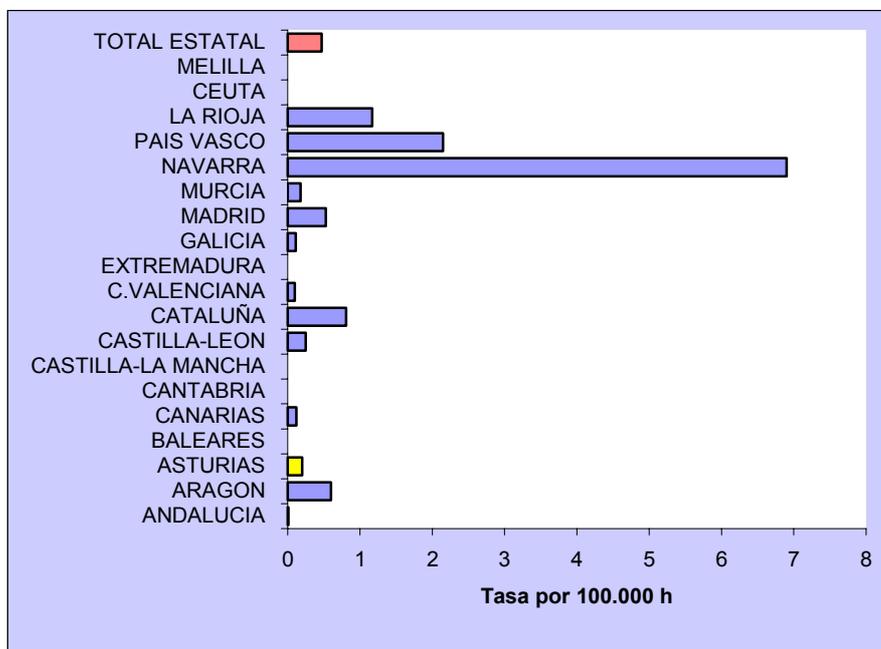
Tabla 34: Shigelosis. Asturias 2006. Descriptivo de los casos.

Nº caso	Semana	Área	Edad	Sexo	Lugar contagio	Tipo de caso	Etiología
Caso 1	8	IV	39	Femenino	India	Confirmado	
Caso 2	15	V	33	Femenino	Marruecos	Confirmado	
Caso 3	36	V	45	Femenino	Paris	Confirmado	
Caso 4	39	V	52	Femenino	Egipto	Confirmado	
Caso 5	40	V	70	Masculino	Marruecos	Confirmado	

Comparativo nacional

La tasa más elevada en el año 2005 corresponde a Navarra con 6,9 casos por 100.000 h seguido de País Vasco con 2,2 casos por 100.000 h y La Rioja con 1,2 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 (Balears, Cantabria, Castilla La Mancha, Extremadura, Ceuta y Melilla) no se registró ningún caso en dicho año.

Gráfico 51: Shigelosis. España 2005. Tasa por 100.000 h por CCAA



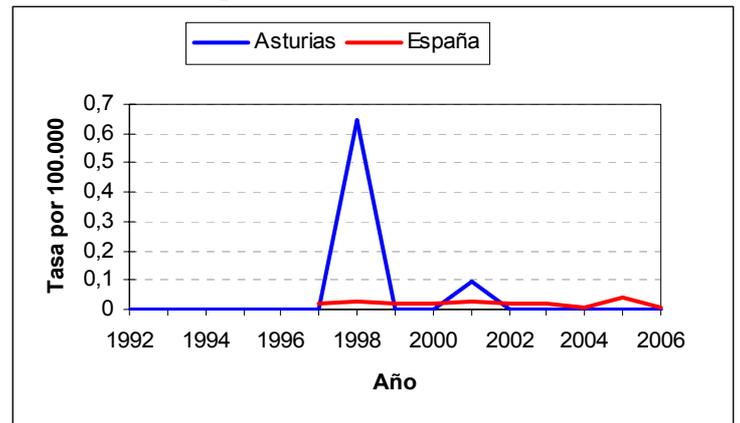
3.5.4 Botulismo

En Asturias no se registran casos desde 2001. En España, la presencia de esta enfermedad, de transmisión alimentaria, es testimonial, notificándose 6-7 casos anuales (tasa de 0,01 casos por 100.000 h), aunque en 2005 se registraron 15. En 2006, con 4 casos, el descenso relativo respecto al año previo fue de un 73%

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 35: Botulismo. Asturias y España. 1997-2006
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1997	0	0,0	7	0,02
1998	7	0,6	13	0,03
1999	0	0,0	7	0,02
2000	0	0,0	9	0,02
2001	1	0,1	13	0,03
2002	0	0,0	6	0,01
2003	0	0,0	6	0,01
2004	0	0,0	7	0,02
2005	0	0,0	15	0,03
2006	0	0,0	4	0,01

Gráfico 52: Botulismo. Asturias y España. 1992-2006
Tasa de incidencia por 100.000 h

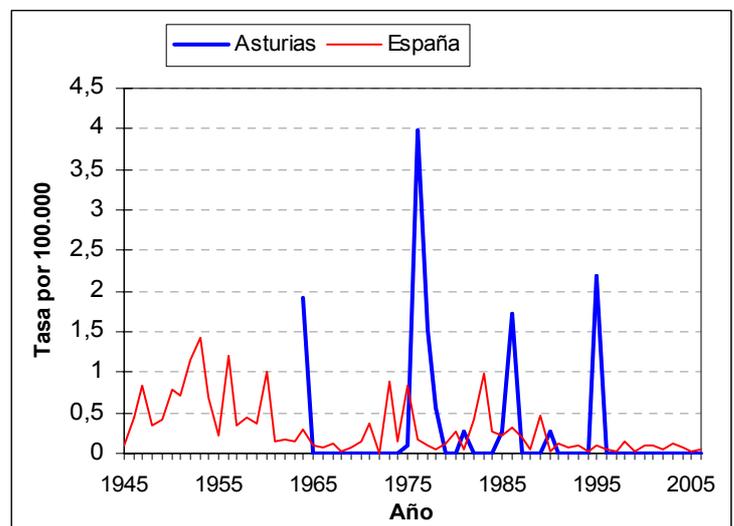
3.5.5 Triquinosis

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. Durante 2005, sólo se registraron 11 casos. El número de casos notificados en 2006 fue de 21 (tasa de 0,05 casos por 100.000 h). Esto supone un aumento relativo con respecto a 2005 de un 91%.

Tabla 36: Triquinosis. Asturias y España. 1990-2006
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

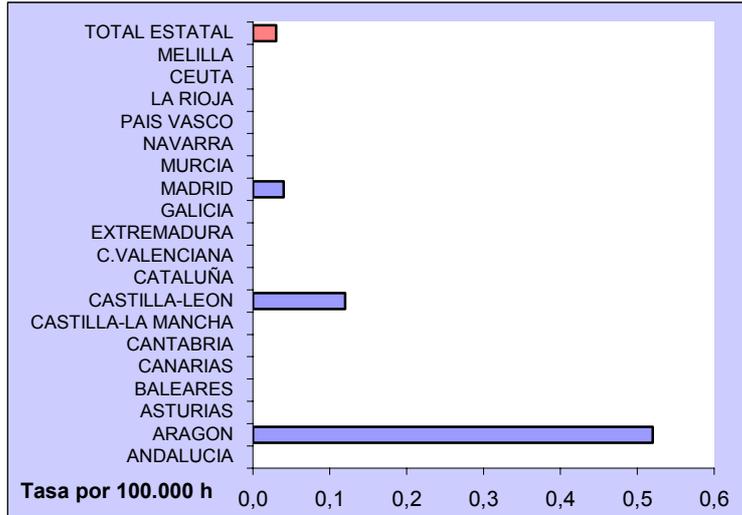
Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1990	3	0,3	14	0,04
1991	0	0,0	68	0,17
1992	0	0,0	26	0,07
1993	0	0,0	39	0,10
1994	0	0,0	8	0,02
1995	24	2,2	39	0,10
1996	0	0,0	16	0,04
1997	0	0,0	11	0,03
1998	0	0,0	58	0,15
1999	0	0,0	14	0,03
2000	0	0,0	43	0,11
2001	0	0,0	44	0,11
2002	0	0,0	25	0,06
2003	0	0,0	48	0,11
2004	0	0,0	32	0,07
2005	0	0,0	11	0,02
2006	0	0,0	21	0,05

Gráfico 53: Triquinosis. Asturias y España. 1945-2006
Tasa de incidencia por 100.000 h

Comparativo nacional

Durante 2005, sólo hubo casos en 3 CCAA: Aragón (6 casos), Castilla-León (3 casos) y Madrid (2 casos). La tasa de incidencia más elevada correspondió a Aragón (0,5 casos por 100.000 h).

Gráfico 54: Triquinosis. España 2005. Tasa por 100.000 h por CCAA.



3.5.6 Cólera

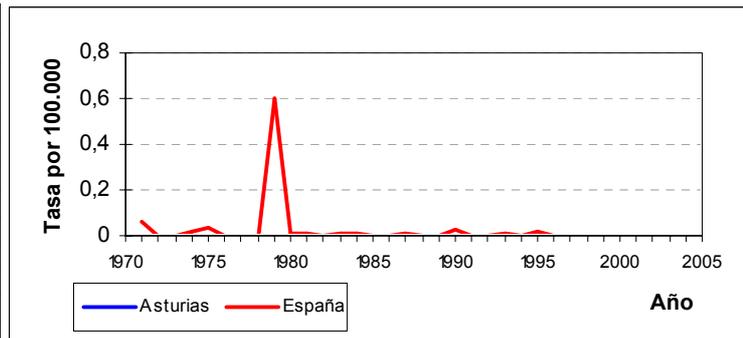
Los dos últimos brotes de cólera registrados en España se sitúan en 1971 y 1979 y los últimos casos datan de 1995. En 2001 se registró un caso importado al que se añaden 2 casos notificados en 2006.

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 37. Cólera en España, 1980-2006. 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
2005	0	0,000
2006	2	0,00

Gráfico 55: Cólera España. 1970-2006. 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.

La infección es frecuentemente subclínica en población infantil pero puede causar importantes complicaciones en adultos. En España, la circulación del virus es escasa favoreciendo el que los niños se escapen a la infección y lleguen a la edad adulta sin estar inmunizados. Como consecuencia de ello, la enfermedad se manifiesta con frecuencia en adultos jóvenes y dado que la mayoría de niños padecen infecciones leves o asintomáticas que pasan desapercibidas, la población infantil se convierte en una importante fuente de transmisión de la infección.

El estudio de seroprevalencia realizado en Asturias en el año 2002 demuestra que cerca del 90% de personas nacidas con anterioridad a 1962 son inmunes frente a la hepatitis A vs el 10% de nacidos con posterioridad a dicha fecha. Por tanto, son los menores de 45 años los que constituyen la bolsa de susceptibles en nuestra comunidad.

Ante un caso de hepatitis A, es posible actuar en el entorno familiar y colectivo del paciente, realizando vacunación y profilaxis con inmunoglobulina humana inespecífica a los contactos susceptibles para evitar la aparición de casos secundarios. Dicha actuación, para ser efectiva, debe realizarse de modo precoz en las dos primeras semanas tras la última exposición, lo que corresponde a la primera semana de ictericia del caso.

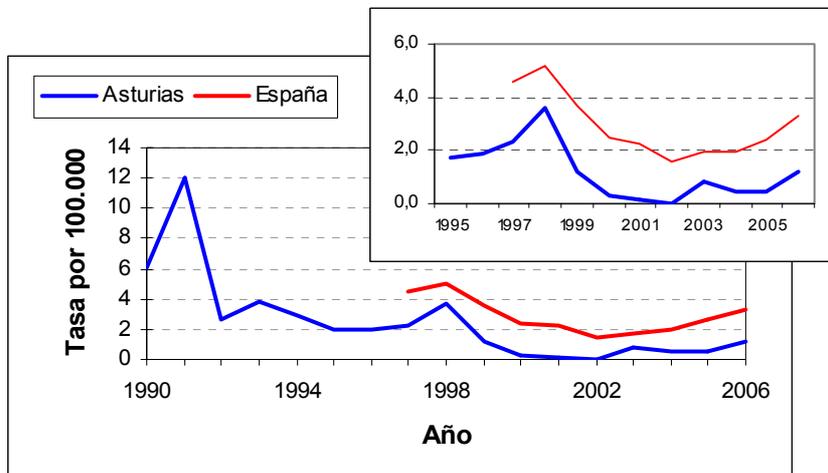
Incidencia.

El número de casos registrados en Asturias durante 2006 fue de 13, lo que supone una tasa de incidencia de 1,2 casos por 100.000 h y un aumento relativo con respecto a 2005 de un 160%. En el conjunto nacional se observó también un incremento pero en menor medida.

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). Posteriormente, se observa una tendencia claramente descendente hasta 2003 en que comienza a aumentar discretamente de nuevo.

Tabla 38: Hepatitis A. Asturias y España. 1995-2006 Gráfico 56: Asturias y España. 1989-2006. 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	4,6
1998	40	3,7	2041	5,1
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	0,8	760	1,8
2004	5	0,5	844	2,0
2005	5	0,5	1.139	2,8
2006	13	1,2	1.479	3,7



Distribución espacial

La distribución de casos por Área Sanitaria y la tasa de incidencia que representan se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 39: Hepatitis A. Distribución por Área Sanitaria. Asturias 2006

Área	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total
Nº casos	0	0	2	3	4	4	0	0	13
Tasa	0,0	0,0	1,4	0,9	1,3	7,5	0,0	0,0	1,2

La incidencia más elevada correspondió al Área VI que con 4 casos presentó una tasa de 7,5 casos por 100.000 h. Estos 4 casos correspondieron a un brote inicialmente familiar, que acabó afectando a los trabajadores de un Restaurante propiedad de la familia inicialmente afectada. El caso índice fue una niña de 9 años de edad y se desconoce la fuente de infección. Todos los demás casos fueron secundarios por transmisión personal. El diagnóstico se realizó en todos ellos por presencia de una IgM positiva frente al VHA.

En la siguiente tabla, se describen los casos correspondientes a este brote.

Tabla 40: Brote Hepatitis A Área VI. Asturias 2006. Descriptivo de los casos.

	Semana	Localidad	Edad	Sexo	Lugar contagio	Tipo de caso	Vínculo
Caso 1		Ribadesella	9	Femenino	Autóctono	Confirmado	Esporádico
Caso 2		Ribadesella	27	Masculino	Autóctono	Confirmado	Padre caso 1. Propietario Rte
Caso 3		Ribadesella	34	Masculino	Autóctono	Confirmado	Primo caso 2. Trabajador Rte
Caso 4		Ribadesella	24	Femenino	Autóctono	Confirmado	Trabajadora Rte propiedad caso 2

En el Área V se registraron también 4 casos (tasa de incidencia de 1,3 casos por 100.000 h), dos de ellos importados (ciudades bálticas y Papua Nueva Guinea).

Dos casos registrados en el Área IV (Oviedo) correspondieron a otro brote familiar (madre-hija) en el que no se logró identificar la fuente de infección, que se supuso común para ambas ya que comenzaron con síntomas con unos días de diferencia.

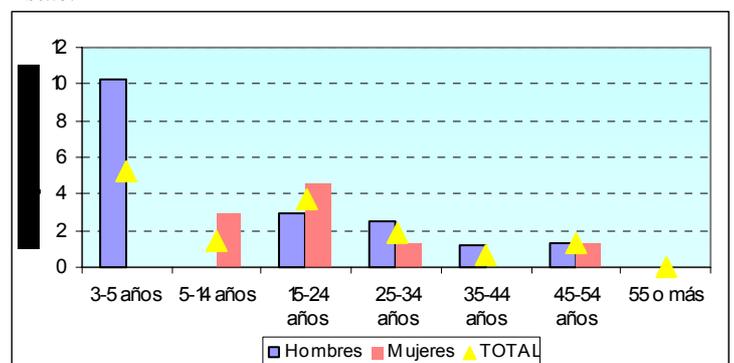
Distribución por edad y sexo.

La incidencia más elevada correspondió al grupo de 3 a 5 años de edad (5 casos por 100.000 h) aunque el mayor número de casos (38%) ocurrió entre los 15 y los 24 años de edad. Si al anterior unimos el grupo de edad de 25 a 34 años tenemos 2/3 partes de los casos.

Tabla 41: Hepatitis A. Asturias 2006. Nº de casos y tasa por 100.000 h por edad y sexo

Edad	Hombres		Mujeres		TOTAL	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
3-5	1	10,2	0	0,0	1	5,2
5-14	0	0,0	1	3,0	1	1,4
15-24	2	2,9	3	4,6	5	3,7
25-34	2	2,5	1	1,3	3	1,9
35-44	1	1,3	0	0,0	1	0,6
45-54	1	1,4	1	1,3	2	1,3
55+	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	7	1,4	6	1,1	13	1,2

Gráfico 57: Hepatitis A. Asturias 2006. Tasa por 100.000 h por edad y sexo.



Diagnóstico por laboratorio

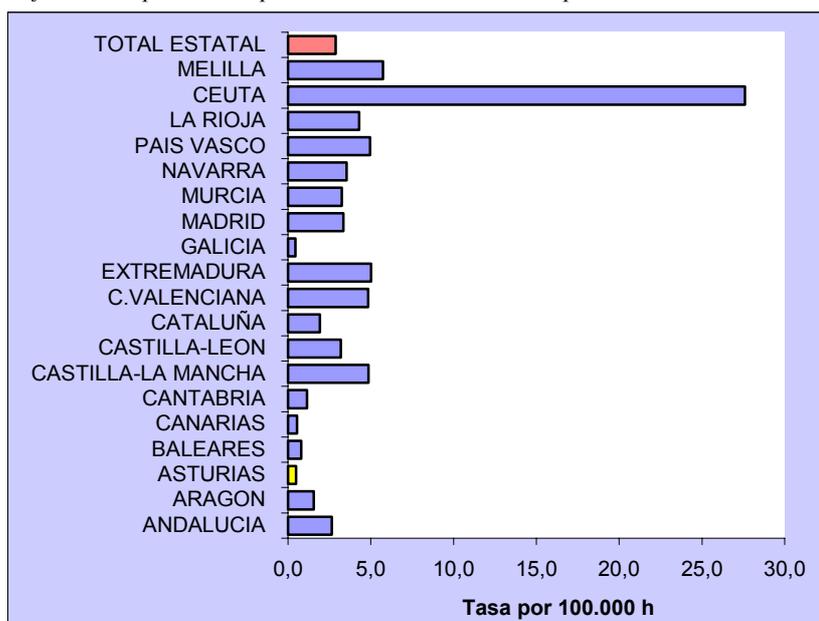
Durante el año 2006 se recibieron además 7 notificaciones, vía laboratorios de microbiología, de IgMs positivas frente al VHA en personas que no presentaron clínica de hepatitis y por cuya edad (media de 53 y mediana de 54 años) era probable que fueran inmunes. Fueron interpretados como **falsos positivos** ya que, revisada la literatura, se ha comprobado la posible existencia de éstos en relación con una activación policlonal del sistema inmune en el curso de infecciones virales o enfermedades autoinmunes.

Sería, por tanto, importante evitar la realización de anticuerpos frente el VHA en personas de cierta edad (> de años) sin datos clínicos de hepatitis aguda.

Comparativo nacional

Por CCAA, Ceuta se sitúa a la cabeza, con una tasa de 27,6 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. Melilla ocupa el segundo lugar con una tasa ya claramente inferior: 5,7 casos por 100.000 h. Asturias es una de las cuatro comunidades que presentan una incidencia inferior a 1 caso por 100.000 h.

Gráfico 58: Hepatitis A. España 2005. Tasa de incidencia por CCAA



3.5.8 Hepatitis E

La hepatitis E es una enfermedad de transmisión fecal-oral muy frecuente en países en vías de desarrollo. Desde su primera descripción ha sido considerada como una enfermedad con un patrón epidemiológico vinculado al consumo de aguas y alimentos contaminados, de modo similar a la hepatitis A.

En países desarrollados y hasta hace poco tiempo, la Hepatitis E se había relacionado con **hepatitis importadas** en personas que viajaban a estos países de bajo nivel socioeconómico. Sin embargo, estudios recientes demuestran la existencia de **casos autóctonos** de hepatitis E en nuestro país así como en otros países europeos y Norteamérica. Estos casos se han puesto en relación con

reservorios animales, especialmente ganado porcino, adquiriendo fuerza la hipótesis de que la hepatitis E en estos países es una zoonosis más que una enfermedad de transmisión feco-oral.

Las pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la infección por VHE incluyen técnicas moleculares e inmunomicroscopía electrónica que detectan el virus en heces y/o suero y pruebas serológicas para la identificación de anticuerpos anti-VHE de clase IgM e IgG.

En Asturias, en 2006, se ha notificado el único caso autóctono de hepatitis E de que tenemos constancia en nuestra comunidad. Se trata de un varón de 46 años de edad, residente en Gijón, que presentó una hepatitis clínica con una IgM positiva para el VHE y marcadores serológicos negativos para todos los demás virus hepáticos. Como antecedentes epidemiológicos, señalar que no había realizado ningún viaje al extranjero y que refería ser cazador.

No tenemos datos a nivel nacional, ya que la hepatitis E va incluida en la categoría de Otras Hepatitis

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. En España, son de declaración obligatoria la sífilis y la infección gonocócica. Sin embargo, sólo se recoge el número de casos agregados por zona geográfica y existe un importante grado de subnotificación. Además, existe un registro de casos de sífilis congénita. Está en construcción un sistema de vigilancia centinela a partir de las clínicas de ITS.

En los últimos años, en relación con el incremento observado de muchas ITS en diversos países europeos, así como con la aparición de brotes en varones homosexuales, se han reforzado los sistemas de vigilancia en muchos países europeos. Asimismo, se ha constituido en el año 2001 el ESSTI (European Surveillance of Sexually Transmitted Infections), un grupo de trabajo de colaboración entre los sistemas de vigilancia nacionales de ITS y laboratorios de referencia de 25 países (22 miembros de la UE, Islandia, Noruega y Turquía) con diversos objetivos, entre ellos, desarrollar una metodología piloto para recoger prospectivamente datos de vigilancia de la UE.

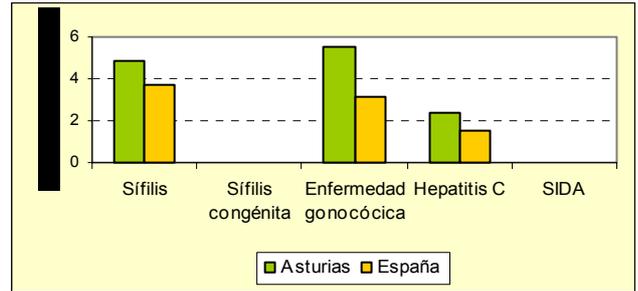
La hepatitis C se transmite vía parenteral y no dispone de vacuna, por lo que la principal medida de prevención está en relación con el cumplimiento de las precauciones universales.

Durante 2006, tanto la sífilis como la infección gonocócica han aumentado manteniendo esa tendencia ascendente de las ITS observada a nivel europeo, aunque en Asturias, la sífilis ha descendido ligeramente. Las tasas en nuestra comunidad son superiores a las del conjunto nacional

Tabla 42: ETS. Asturias y España. 2006. N° de casos y tasa por 100.000 h

Enfermedades de transmisión sexual	Asturias		España	
	N°	Tasa	N°	Tasa
Sífilis	53	4,9	1.653	3,7
Sífilis congénita	0	0	14	0,03
Enfermedad gonocócica	59	5,5	1.384	3,1
Otras Hepatitis	26	2,4	698	1,6
SIDA	22	2,0		

Gráfico 59: ETS. Asturias y España. 2006. Tasa por 100.000 h



3.6.1 Sífilis

Incidencia. Tendencias.

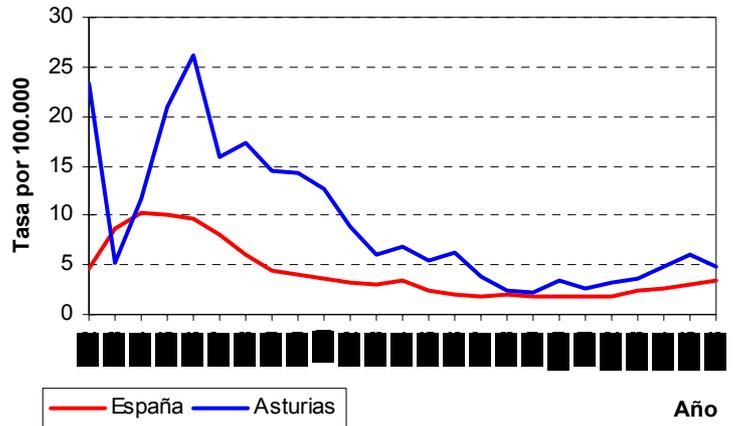
Durante el año 2006, ha disminuido el número de casos en nuestra comunidad aumentando en el conjunto nacional, continuando una tendencia ascendente iniciada hacia el año 2000. En Asturias se han notificado 53 casos (tasa de 4,9 casos por 100.000 h) y en España 1.653 (tasa de 3,7 casos por 100.000 h). El porcentaje de variación relativo es de un -17,2% y de un 23% respectivamente.

En Asturias, la incidencia de la sífilis es históricamente dos o tres veces superior a la de España, aunque en 2006 esta diferencia ha disminuido. 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 43. Sífilis. Asturias y España. 1982-2006. N° 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	15,9	3.151	8,1
1988	193	17,4	2.380	6,1
1989	161	14,6	1.809	4,6
1990	158	14,3	1.685	4,3
1991	138	12,6	1.509	3,8
1992	97	8,8	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	3,7	917	2,1
2004	53	4,9	1.152	2,7
2005	64	5,9	1.344	3,0
2006	53	4,9	1.653	3,7

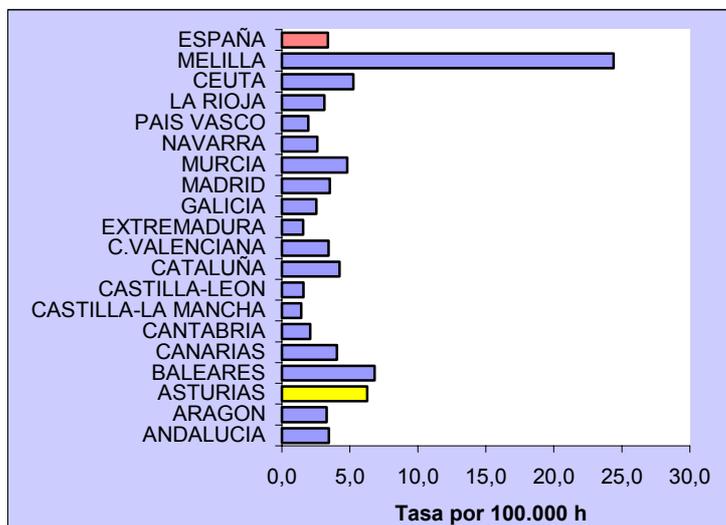
Gráfico 60: Sífilis. Asturias y España. 1982-2006. Tasa de incidencia por 100.000 h



Comparativo nacional

Por CCAA, la mayor incidencia corresponde a Melilla (tasa de 24,4 casos por 100.000 h) seguida a gran distancia de Baleares (tasa de 6,8 casos por 100.000). Asturias con una tasa de 6,3 ocupa el tercer lugar. Castilla La Mancha presentó la menor incidencia con 1,3 casos por 100.000 h.

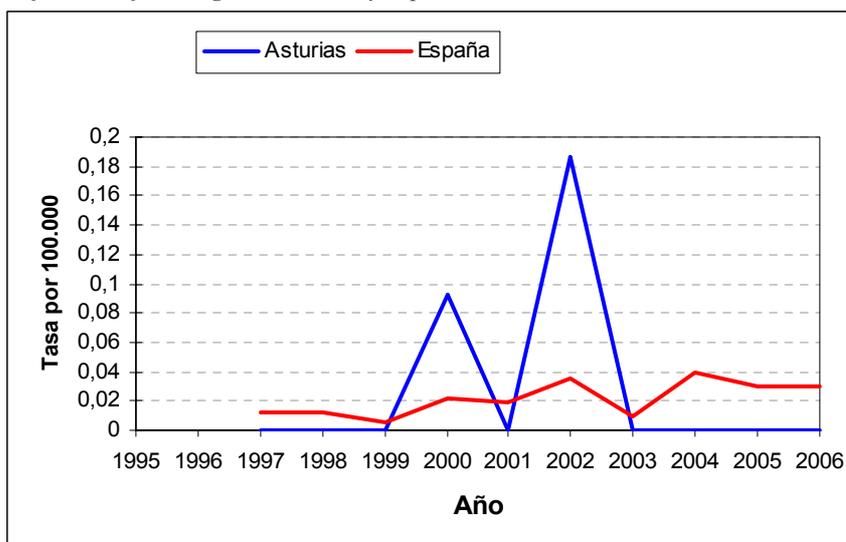
Gráfico 61: Sífilis. España 2005. Tasas por CCAA



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 2006 se notificaron 14 casos, lo que supone una incidencia de 0,03 casos por 100.000 h, y supone un incremento relativo con respecto a 2005 de un 8%.

Gráfico 62: Sífilis congénita. Asturias y España. 1997-2006



3.6.2 Infección gonocócica

Incidencia. Tendencias

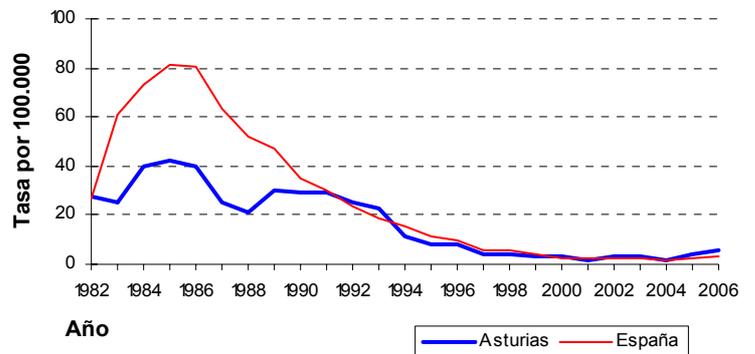
La incidencia de la infección gonocócica ha seguido aumentando en el año 2006 en Asturias y, en España. El incremento relativo es de un 26% y 20% respectivamente. Se han notificado 59 y 1.384 casos respectivamente, lo que supone una tasa de incidencia de 5,5 y 3,1 casos por 100.000 h.

Asturias siempre ha tenido tasas inferiores a las de España hasta 1991 en que se igualan; desde entonces, se mantienen en valores similares hasta 2005 en que Asturias comienza a superar al conjunto nacional. Históricamente, tanto España como Asturias han experimentado un descenso mantenido desde los años 80, presentando en la actualidad bajas incidencias.

Tabla 43: Infección gonocócica. Asturias y España. 1982-2006 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	25,3	23.411	61,5
1984	446	39,9	27.903	73,0
1985	480	43,0	31.250	81,4
1986	443	39,8	30.937	80,2
1987	281	25,3	24.569	63,4
1988	234	21,1	20.330	52,2
1989	330	29,9	18.348	46,9
1990	328	29,8	13.702	34,9
1991	324	29,5	11.428	29,0
1992	274	25,0	9.059	22,9
1993	249	22,8	7.272	18,4
1994	122	11,2	6.165	15,6
1995	88	8,1	4.444	11,2
1996	85	7,8	3.913	9,9
1997	44	4,1	2.352	5,9
1998	45	4,2	2.169	5,4
1999	37	3,4	1.469	3,7
2000	33	3,1	1.045	2,6
2001	20	1,9	805	2,0
2002	37	3,4	833	2,0
2003	39	3,6	1.069	2,5
2004	22	2,0	981	2,3
2005	47	4,4	1.155	2,6
2006	59	5,5	1.384	3,1

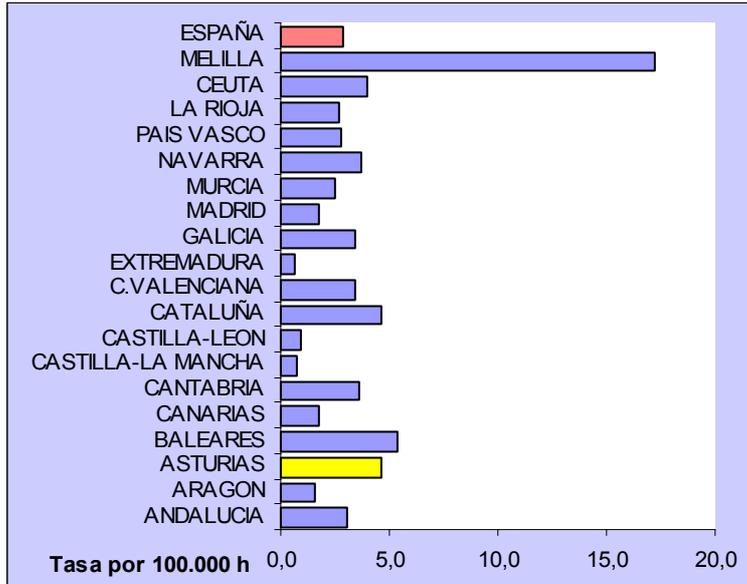
Gráfico 61: Infección gonocócica. Asturias y España.- 1982-2006. Tasa por 100.000 h



Comparativo nacional

Por CCAA, como ocurría con la sífilis, la comunidad con una incidencia muy superior al resto es Melilla que presentó, en 2005, una tasa de 17,2 casos por 100.000 h. El resto de comunidades se situaron en cifras inferiores a los 6 casos por 100.000 h. Sólo tres comunidades, frente a nueve en 2004, presentaron tasas por debajo de 1 caso por 100.000 h. Asturias con 4,6 casos por 100.000 h ocupó el cuarto lugar después de Melilla, Baleares y Cataluña.

Gráfico 64: Infección gonocócica. España 2005. Tasa por CCAA.



3.6.3 Otras Hepatitis

Incidencia. Tendencias.

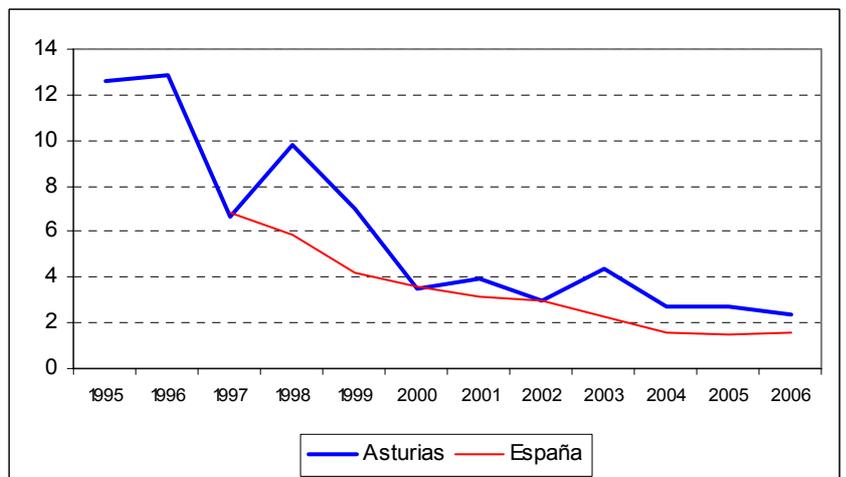
Dentro de las hepatitis, el grupo de “Otras hepatitis” es el que presenta una mayor incidencia en Asturias. Sin embargo, en España, su incidencia es inferior a la de la hepatitis A y hepatitis B. Durante el año 2006, se registraron en Asturias 27 casos (26 correspondieron a hepatitis C y 1 caso correspondió a una hepatitis E) y en España 698 casos (tasas de 2,4 y 1,6 por 100.000 h respectivamente). Se mantienen las cifras en valores similares a los de 2005.

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 45: Otras hepatitis víricas. Asturias y España 1995-2006. 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	6,7
1998	107	9,9	2324	5,8
1999	76	7,0	1657	4,1
2000	38	3,5	1404	3,5
2001	42	3,9	1231	3,0
2002	32	3,0	1188	2,8
2003	47	4,4	911	2,1
2004	29	2,7	873	2,0
2005	28	2,6	680	1,5
2006	27	2,5	698	1,6

Gráfico 65: Otras hepatitis víricas. Asturias y España 1995-2006. Tasa por 100.000 h



Distribución espacial

El mayor número de casos (37%) se localizó en el Área IV aunque la mayor incidencia correspondió al Área VII con algo más de 5 casos por 100.000 h.

Tabla 46: Otras hepatitis. Asturias 2006. N° de casos, Tasa por 100.000 h por Área Sanitaria

Área	N°	Tasa	%
I	2	3,3	7,4%
II	0	0,0	11,1%
III	3	2,1	0,0%
IV	10	3,0	37,0%
V	7 ¹	2,3	25,9%
VI	0	0,0	0,0%
VII	4	5,5	14,8%
VIII	1	1,2	3,7%
Total	27	2,5	100,0%

¹Incluye 1 Hepatitis E

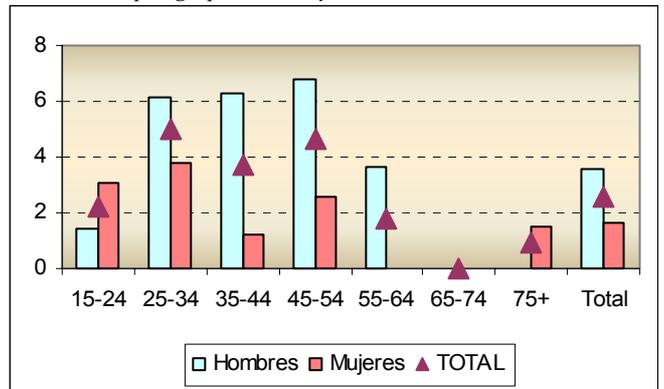
Características de los casos

De modo global, el ratio hombre-mujer fue de 2:1. La incidencia en el sexo masculino fue superior a la de las mujeres a todas las edades excepto en las edades más jóvenes y avanzadas ya que, en el grupo de 15 a 24 años y en el de > de 75 años, la incidencia fue superior en las mujeres.

Tabla 47: Otras hepatitis. Asturias 2006. N° de casos y tasa por 100.000 h por edad y sexo

Edad	Hombres		Mujeres		TOTAL	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
15-24	1	1,46	2	3,05	3	2,24
25-34	5	6,17	3	3,77	8	4,99
35-44	5	6,26	1	1,21	6	3,69
45-54	5	6,76	2	2,60	7	4,64
55-64	2	3,68	0	0,00	2	1,76
65-74	0	0,00	0	0,00	0	0,00
75+	0	0,00	1	1,49	1	0,95
Total	18	3,54	9	1,62	27	2,54

Gráfico 66: Otras hepatitis. Asturias 2006. Tasa por 100.000 h por grupo de edad y sexo.



Clasificación de los casos

Todos los casos fueron esporádicos. Además, todos fueron autóctonos, al igual que ocurría con la hepatitis B. 14 casos (52% de los mismos) fueron casos sospechosos, 10 casos (37%) fueron probables y 3 confirmados (uno es la hepatitis E).

Comparativo nacional

Melilla y Ceuta con 15,8 y 9,2 casos por 100.000 h respectivamente, ocupan los dos primeros puestos. Asturias ocupa un lugar intermedio con una tasa de 2,7 casos por 100.000 h. La Comunidad Valenciana, Cataluña y Navarra presentan tasas inferiores a 1 caso por 100.000 h.

Gráfico 67: Otras hepatitis. España 2005. 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.

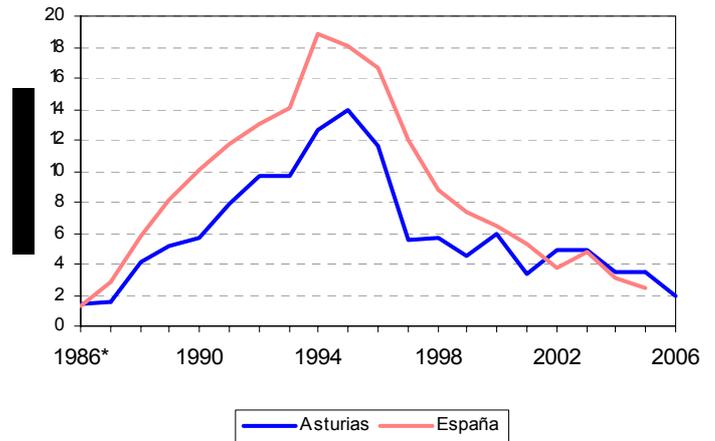
Durante el año 2006, se registraron 22 casos nuevos de SIDA. Este número, aunque inferior al de 2005, ha de ser observado teniendo en cuenta el retraso normal de la notificación.

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 48: SIDA. Asturias y España. 1986-2006. N° 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	7,8	4.558	11,6
1992	106	9,7	5.061	12,8
1993	106	9,7	5.478	13,9
1994	138	12,6	7.368	18,6
1995	153	13,9	7.091	17,9
1996	128	11,7	6.592	16,6
1997	60	5,5	4.790	12,0
1998	62	5,7	3.543	8,9
1999	52	4,8	2.966	7,4
2000	65	6,1	2.645	6,5
2001	37	3,4	2.155	5,2
2002	57	5,3	1.523	3,6
2003	50	4,6	1.974	4,6
2004	33	3,1	1.274	2,9
2005	32	3,0	1.122	2,5
2006	22	2,0		

Gráfico 68: SIDA. Asturias y España. 1986-2006 Tasa de incidencia por 100.000 h

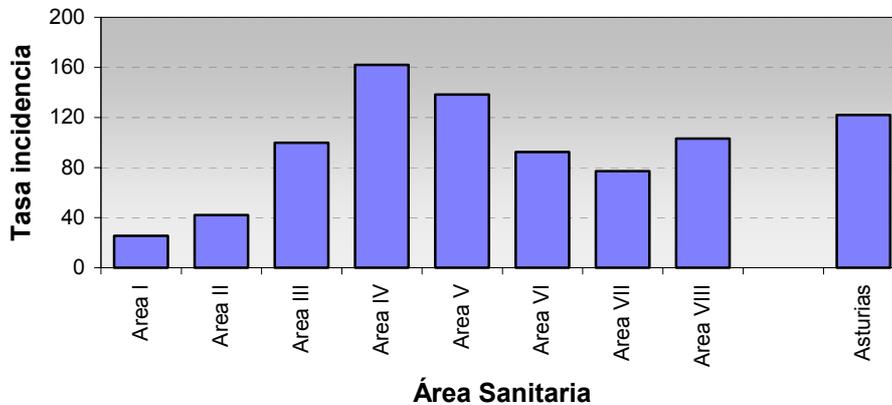


Distribución espacial

La tasa más elevada durante 2006 correspondió al Área IV que, con 17 casos (77,2% del total), presentó una tasa de 5,2 casos por 100.000 h. El Área VII, con 1 caso, ocupó el segundo lugar (1,4 por 100.000 h). En las Áreas I, II y VI no se registró ningún caso.

La incidencia acumulada (1986-2006) más elevada corresponde, asimismo, al Área IV seguida del Área V.

Gráfico 69: SIDA. Asturias 1986-2006. Incidencia acumulada por Área Sanitaria



Características de los casos

Distribución por edad y sexo

El 68,2% de los casos (15 de 22) fueron varones. Esto supone una razón varón/mujer de 2,1:1, 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 49: SIDA. Asturias 2006. Distribución por edad y sexo

Grupo de edad	Varón		Mujer	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
20-29	1	0,6	0	0,0
30-39	6	3,7	4	2,5
40-49	8	5,3	2	1,3
49+	0	0,0	1	0,3
Total	15	1,4	7	0,6

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 70 y 71. Aunque hay un claro predominio masculino a todas las edades, la diferencia es menor en los niños hasta los 9 años.

Gráfico 70: SIDA. Asturias 1986-2006. Incidencia acumulada por grupo de edad

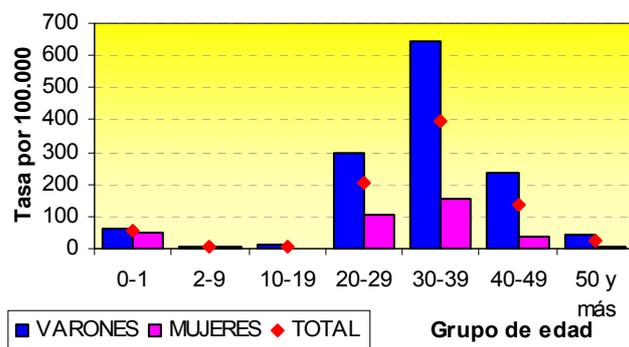
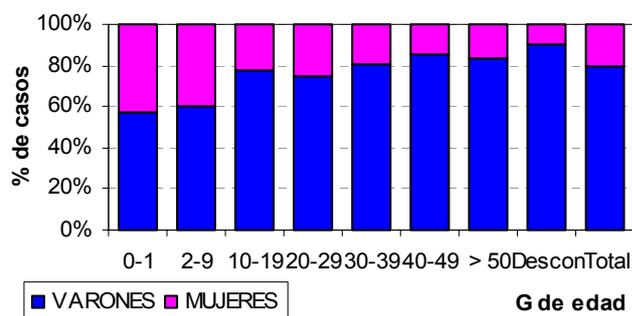


Gráfico 71: SIDA. Asturias 1986-2006. Distribución de casos por sexo y grupo de edad



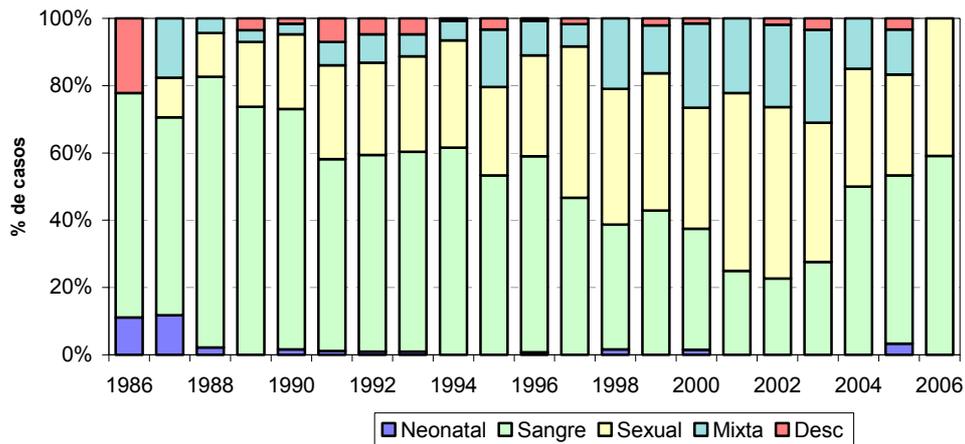
Mecanismo de transmisión

La vía de transmisión más frecuente, al igual que en 2005, fue la parenteral (todos por uso de drogas inyectadas), presente en el 63,8% de los casos; seguida de la sexual en el 31,3% (de los 9 casos con este mecanismo, sólo 1 se relacionó con prácticas homosexuales).

Tanto en hombres como en mujeres, la vía predominante fue la parenteral (59%) seguida de la sexual (41%).

La distribución de casos por vía de transmisión y año se muestra en el gráfico 72. En él se observa como la vía sexual había ido aumentando en los últimos años a expensas de la sanguínea; si bien, en los tres últimos años no se mantuvo esta tendencia.

Gráfico 72: SIDA. Asturias 1986-2006. Distribución de casos por vía de transmisión y año.

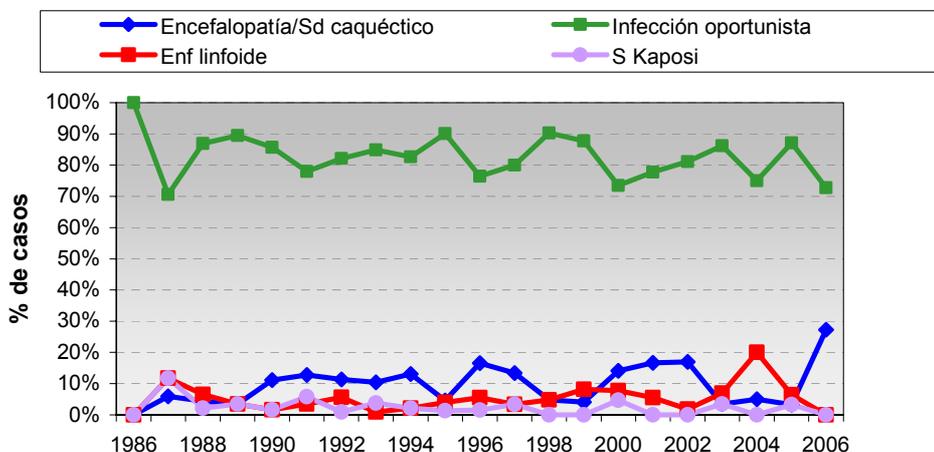


Enfermedades definitorias de SIDA

En 16 casos (73%), la enfermedad definitoria de SIDA fue una infección oportunista. En el 23% fue un Síndrome caquéctico, categoría ausente de los diagnósticos de SIDA desde 2002.

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 73: SIDA. Asturias. 1986-2006. Distribución por enfermedad definitoria y año

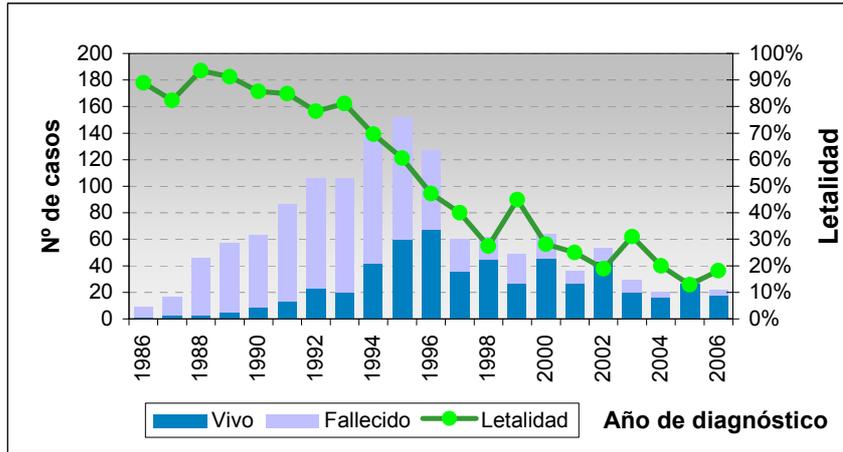


Mortalidad

Hubo cuatro fallecimientos en los 22 casos de SIDA diagnosticados en 2006, lo que supone una letalidad del 18,2%.

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. Es por eso, que la letalidad debe mirarse con carácter retrospectivo. Por otro lado, la aparición de los antiretrovirales que alargan la vida de los afectados incidiendo aún más en la necesidad de una visión a largo plazo.

Gráfico 74: SIDA. Asturias 1986-2006. Letalidad



Comparativo nacional

Durante 2004, la incidencia más elevada (datos no corregidos por retraso en la notificación) correspondió a Baleares con 8,6 casos por 100.000 h seguida de Madrid (tasa de 6,8). Extremadura y Cantabria presentaron las menores tasas con 1,2 y 1,4 casos por 100.000 h respectivamente. Asturias presentó, asimismo, una de las tasas más bajas de incidencia. Sin embargo, la incidencia acumulada desde 1991 es máxima para Madrid, seguido de Baleares, Cataluña y País Vasco y mínima para Castilla-La Mancha y Extremadura.

Gráfico 73: SIDA. España 2004. Incidencia por CCAA

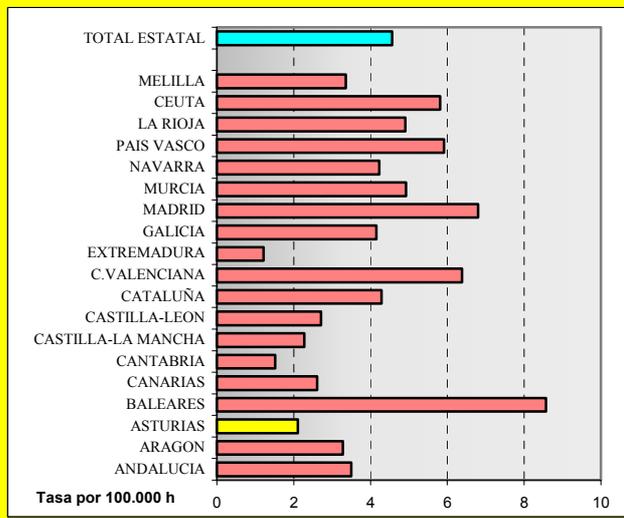
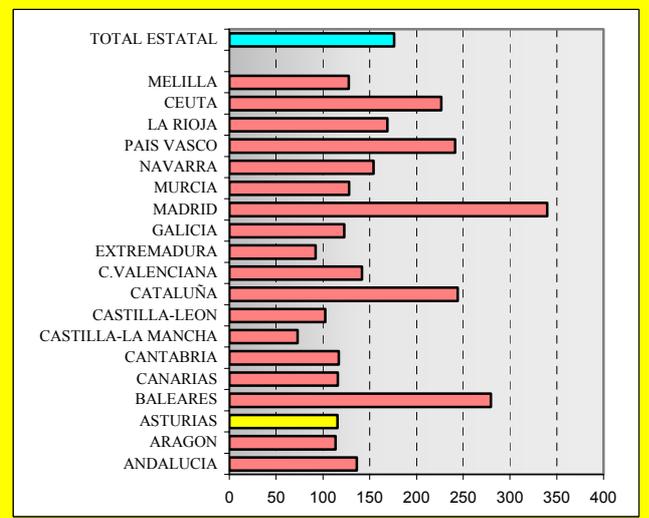


Gráfico 74: SIDA. España 1981-2004. Incidencia acumulada



3.7 Otras enfermedades

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

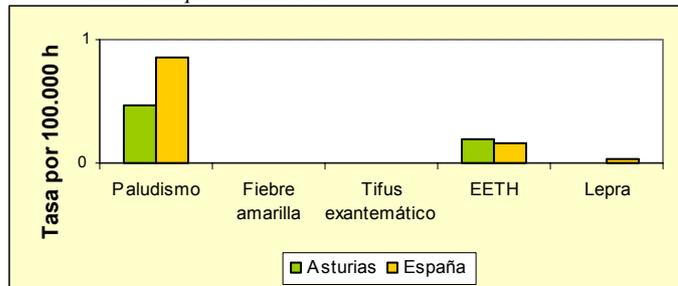
Las EDO transmitidas por artrópodos se refieren a enfermedades que no existen en España, pero tienen interés debido a que, en relación con la amplia movilidad geográfica de que hoy se dispone, pueden aparecer casos importados en nuestro país, donde ya no hay casos autóctonos.

Durante 2006, los casos de paludismo se han mantenido en nuestra comunidad y han experimentado un pequeño incremento a nivel nacional. Con respecto a la Enfermedad de Creutzfeld-Jacob, en Asturias, al igual que en 2005, no se registró ningún caso y a nivel nacional, se produjo un descenso importante. Sin embargo, estos datos deben ser interpretados con cautela, ya que son datos provisionales a 21 de diciembre de 2006 y el diagnóstico de esta enfermedad lleva un retraso importante.

Tabla 50: Otras enfermedades. Asturias y España 2006. N° de casos. Tasa de incidencia por 100.000 h

Otras enfermedades	Asturias		España	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Paludismo	6	0,6	365	0,8
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0
Lepra	0	0	13	0,03
EETH	0	0	45	0,10

Gráfico 75: Otras enfermedades. Asturias y España. 2006. Tasa por 100.000 h.



3.7.1 Paludismo

Se han notificado 6 casos en Asturias en el año 2006 (tasa de 0,6 casos por 100.000 h) y 365 en España (tasa de 0,8 casos por 100.000 h); todos ellos importados. Las tasas en España son históricamente superiores a las de Asturias, pero en los últimos años tienden a igualarse.

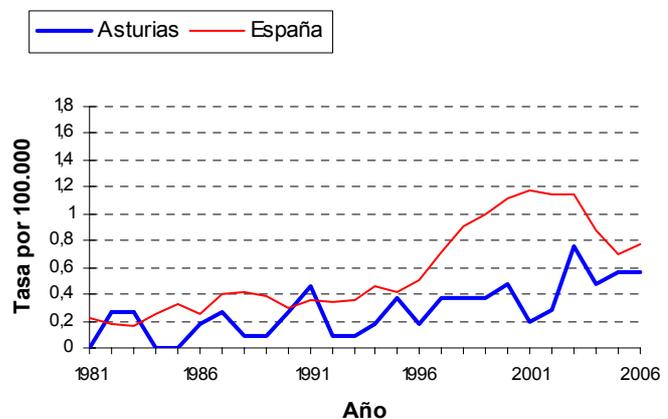
En los últimos años en Asturias, se ha detectado un cambio en el perfil de los afectados por esta enfermedad, que han pasado de ser nacidos en España y desplazados por razones laborales (marineros y misioneros principalmente), a tratarse de inmigrantes de zonas endémicas, bien establecidos desde hace tiempo en España, con pérdida parcial de la inmunidad a la enfermedad que viajan temporalmente a sus países de origen; bien inmigrantes recién llegados a España o diagnosticados en estancias breves en nuestro país, como ocurre con la mayor parte de los casos diagnosticados en 2006.

En la década de los 90, la tendencia a nivel nacional fue ascendente. A partir del año 2000 parecía haberse estabilizado. Sin embargo, en los tres últimos años ha disminuido ligeramente.

Tabla 51: Paludismo en Asturias y España. 1994-2006. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año	Asturias		España	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1994	2	0,2	161	0,4
1995	4	0,4	211	0,5
1996	2	0,2	224	0,6
1997	4	0,4	285	0,7
1998	4	0,4	365	0,9
1999	4	0,4	392	1,0
2000	5	0,5	437	1,1
2001	2	0,2	466	1,1
2002	3	0,3	452	1,1
2003	8	0,7	456	1,1
2004	5	0,5	349	0,8
2005	6	0,6	332	0,8
2006	6	0,6	365	0,8

Gráfico 76: Paludismo. Asturias y España. 1960-2006. Tasa de incidencia por 100.000 h



Características de los casos

El agente causal fue en 3 de los casos *Pl falciparum*, en 1 caso *Pl vivax* y en los 2 restantes *Plasmodium sp.*

El lugar de contagio correspondió a algún país de África en 5 de los casos (3 Guinea Ecuatorial, 1 Senegal y 1 Camerún). En el 6º, el causado por *Pl vivax* fue Brasil.

Todos eran originarios de dichos países, Sólo una niña de nacionalidad española y madre camerunesa que había realizado profilaxis con mefloquina y 1 inmigrante irregular senegalés, que no tomó quimioprofilaxis, residían en España de modo habitual. El resto se diagnosticaron en el curso de una estancia breve en nuestro país.

El diagnóstico fue por frotis en 3 casos, detección de Ag en 2 y PCR en el último.

Las características principales de los seis casos notificados durante 2006 en Asturias se describen a continuación:

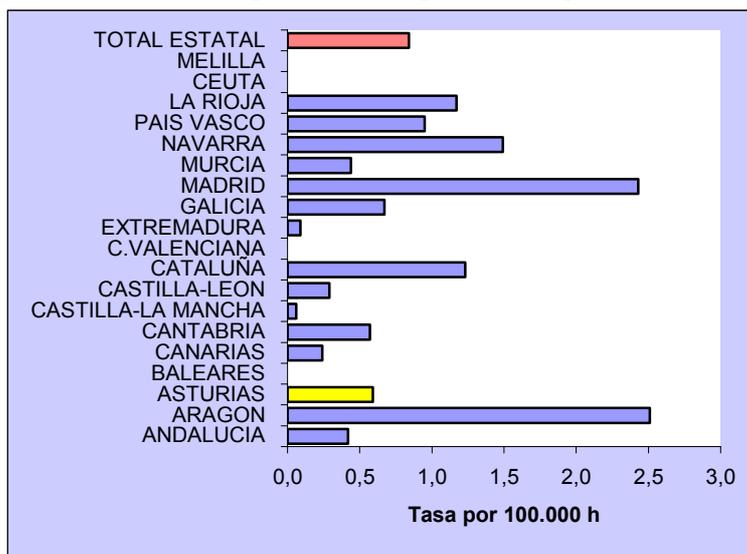
Tabla 52: Paludismo. Descripción de los casos notificados en Asturias. 2006

Edad (años)	Área	Etiología	Nacionalidad	Diagnóstico	Lugar de importación	Quimioprofilaxis	Otros
40	IV	<i>Pl falciparum</i>	Guineana	Detección Ag	Guinea Ecuatorial	No	Reside en Guinea
2	V	<i>Pl falciparum</i>	Española	Frotis	Camerún	Si (Mefloquina)	Madre camerunesa
31	VII	<i>Pl falciparum</i>	Guineana	Detección Ag	Guinea Ecuatorial	No	Vive habitualmente en Guinea, pasando 2 meses en Asturias
71	IV	<i>Plasmodium sp</i>	Guineana	Frotis	Guinea Ecuatorial	No	Filariosis, Linfoma esplénico, hija residente en Asturias
25	V	<i>Plasmodium sp</i>	Senegalesa	Frotis	Senegal	No	Inmigrante irregular
22	II	<i>Pl vivax</i>	Brasileña	PCR	Brasil	No	Realizando turismo en España desde el mes previo.

Comparativo nacional

Ceuta y Melilla no notificaron ningún caso en 2005 al igual que la Comunidad Valenciana y Baleares. Aragón y Madrid presentaron las tasas más elevadas con tasas de 2,5. La media nacional fue de 0,8 casos por 100.000 h. Sólo 6 CCAA presentaron tasas superiores a esta cifra. Asturias ocupa un lugar intermedio.

Gráfico 77: Paludismo. España 2005. 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.

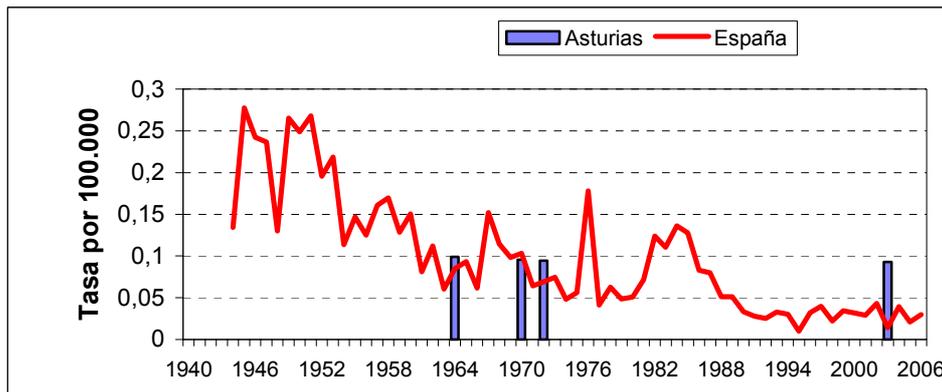
En el año 1999 se anunció una Campaña Mundial de la OMS para conseguir la erradicación de la lepra en 2005 en los doce países más afectados por la enfermedad. Desde 2001 y globalmente, se observa una disminución anual del 20% en la detección de nuevos casos. La última información disponible de la OMS acerca de la situación mundial actual de la lepra señala que se detectaron, aproximadamente, 410.000 nuevos casos en 2004 en comparación con 804.000 en 1998 y que son necesarios importantes esfuerzos para alcanzar el objetivo de eliminar la lepra en 5 países: Brasil, India, Madagascar, Mozambique y Nepal.

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

En España, durante el año 2006 se registraron 13 casos: incidencia muy baja de 0,03 casos por 100.000 h.

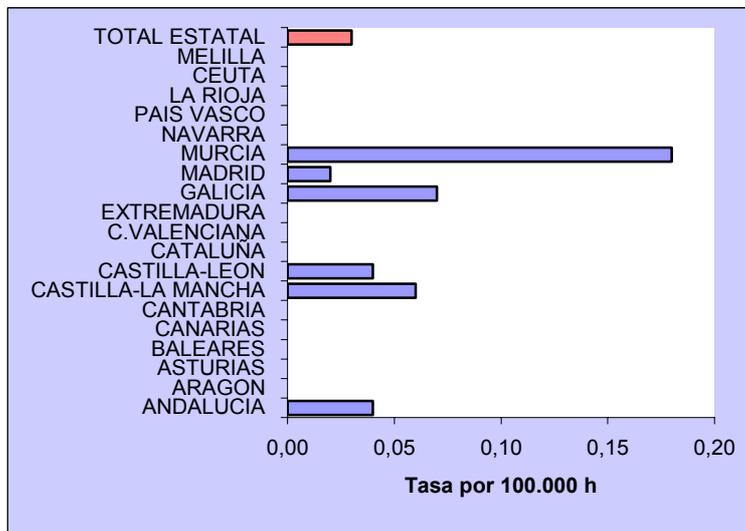
En Asturias no hay casos de lepra desde, al menos 1972. En 2003, se detectó en Asturias un caso de lepra importado, en una mujer procedente de Ecuador, y que había sido diagnosticada inicialmente en Madrid.

Gráfico 78: Lepra. Asturias y España. 1940-2006. Tasa de incidencia por 100.000 h



En 2005 se notificaron 10 casos en España: 3 en Andalucía, 2 en Galicia y Murcia, y 1 en cada una de las siguientes CCAA: Castilla León, Castilla-La Mancha y Madrid.

Gráfico 79: Lepra. España 2005. 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.

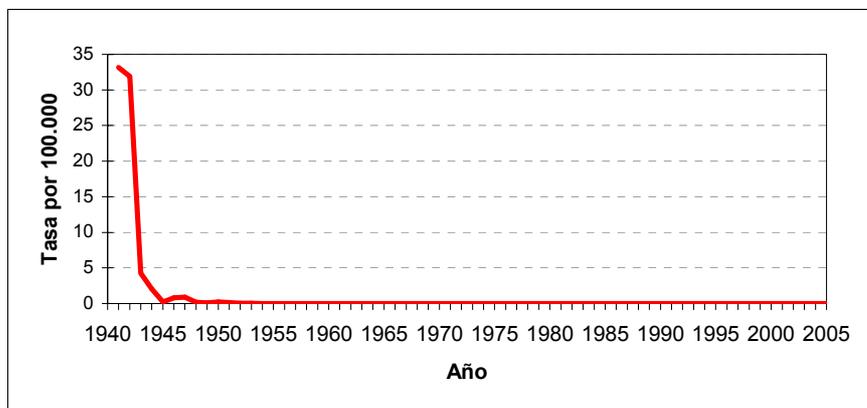
La enfermedad apareció por primera vez en España en 1730, afectando a los puertos ligados al tráfico de mercancías y personas con América (excepto en el Norte de España donde no se desarrolla el vector). La enfermedad autóctona desapareció con la pérdida de las últimas colonias americanas, ocurriendo 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. 1940-2005. 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 (EUROCID). 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 2006 no se registraron nuevos casos en Asturias, aunque se notificó la sospecha de un caso que fue descartado.

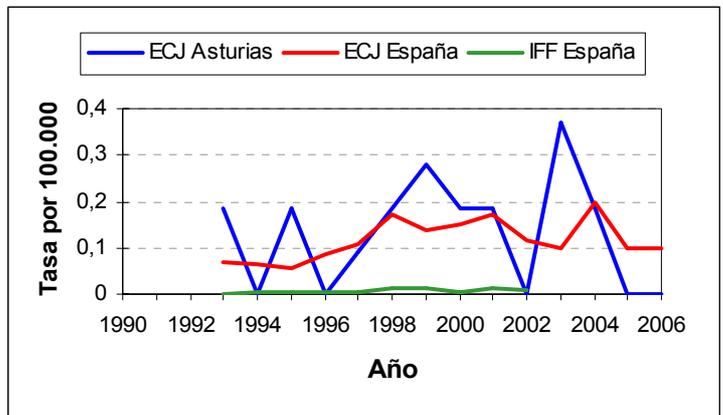
En España, durante dicho año, se notificaron 53 casos de los que 45 (tasa de 1 caso por 10⁶ h) cumplían criterios de caso. De ellos, 43 fueron esporádicos (12 confirmados, 27 probables y 4 posibles); 1 familiar probable y 1 iatrogénico.

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

Tabla 53: EETH. Asturias y España. 1993-2006. Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

Año diagnóstico	Asturias		España	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1993	2	0,2	26	0,1
1994	0	0,0	26	0,1
1995	2	0,2	23	0,1
1996	0	0,0	34	0,1
1997	1	0,1	43	0,1
1998	2	0,2	68	0,2
1999	2	0,2	54	0,1
2000	2	0,2	58	0,1
2001	2	0,2	72	0,2
2002	0	0,0	68	0,2
2003	4	0,4	58	0,1
2004	2	0,2	67	0,2
2005	0	0,0	66	0,1
2006	0	0,0	45	0,1
Total	19			

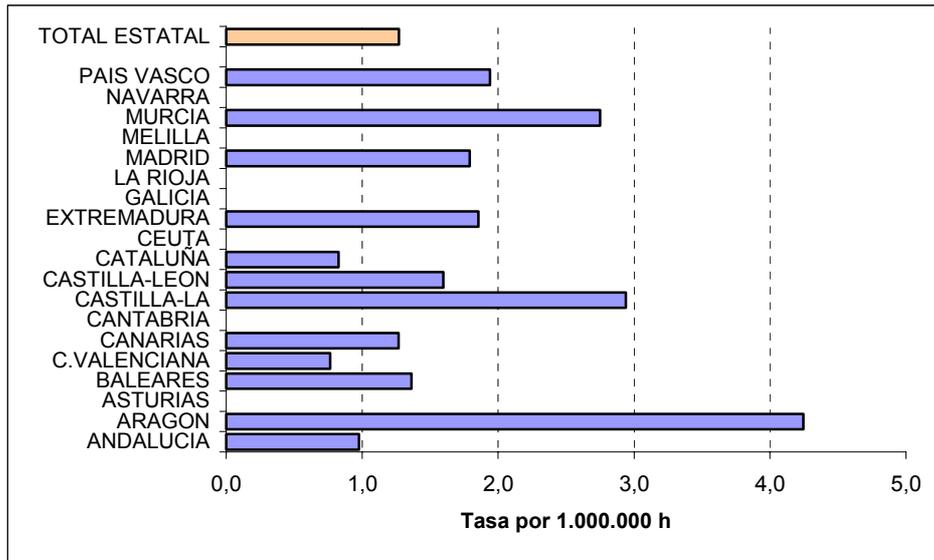
Gráfico 81: EETH. Asturias y España. 1993-2006. Tasa por 100.000 h



Comparativo nacional

Baleares, Cantabria, Cataluña, La Rioja, Galicia, Ceuta y Melilla no notificaron ningún caso. Sin embargo, los datos del 2006, aún son susceptibles de modificación dado el retraso en la notificación o confirmación de algunos casos propio de este proceso.

Gráfico 82: EETH. España 2005. Tasa de incidencia por 10⁶ h por CCAA.



3.8 Brotes y otras Alertas de Salud Pública

Durante el año 2006 se notificaron, a la Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Salud Pública y Planificación del Principado de Asturias, **188 alertas**, de las cuáles se descartaron 10 (5,3%).

Esto supone un **incremento importante** (22%) con respecto al año 2005 en que se habían registrado 154 alertas (18 descartadas). Además supone el registro del mayor número de alertas desde que se puso en marcha el Sistema de Alertas en Asturias en el año 2002.

Casi las 2/3 partes de las alertas se englobaron en cuatro categorías bien definidas:

- **Legionelosis** que, con 47 alertas, representaron el 26,4% del total de alertas registradas.
- **Riesgos de transmisión aérea:** 15,7% (28 alertas)
- **Enfermedad meningocócica:** 12,4% (22 alertas)
- **Brotes por alimento:** 9% (16 alertas)

Con respecto a años previos, es importante señalar el incremento que han experimentado las **Legionelosis** y los **Riesgos de transmisión aérea**.

- Las **Legionelosis**, aunque ya ocupaban el primer lugar en cuanto a número de alertas, han experimentado un incremento relativo con respecto a 2005 de un 75%.
- Por otro lado, los **Riesgos de transmisión aérea** han pasado a ocupar el segundo lugar desplazando a los Brotes por alimento. Esto ha sido debido a un aumento llamativo de las alertas por **tuberculosis bacilíferas** en personas pertenecientes a diversos colectivos con riesgo de transmisión a los mismos. Este tipo de alerta ha experimentado un incremento relativo con respecto a 2005 de un 75% y se ha triplicado con respecto a 2003 y 2004. Unido a ello, los **brotes por alimento** se han reducido a la mitad desde el año 2003 y en 2006 ya no aparecen entre las tres alertas más frecuentes.

Las **legionelosis, los riesgos y la enfermedad meningocócica**, pese a ser las alertas más frecuentes, solo originaron un 6,7% del total de afectados. Esta discordancia es debida a que un solo caso de cada una de estas enfermedades es considerado como una alerta al igual que un brote con muchos afectados. Durante 2006 el **número de afectados** fue de 1.969 frente a los 674 de 2005. Este incremento (de casi 3 veces) fue a expensas de tres brotes de GEA de etiología vírica y transmisión personal que originaron 930 enfermos y a dos brotes hídricos que ocasionaron 235 y 230 afectados respectivamente.

En la tabla 1, se muestra el número de alertas y número de afectados para cada tipo de alerta en dicho año. El gráfico 1 muestra los datos referidos a número de alertas en comparación con el año 2005. Se observa una ligera disminución en el número de brotes por alimento y un claro aumento en el número de alertas por legionelosis y en los riesgos de transmisión aérea.

Gráfico 1: N° de alertas por tipo. Asturias 2006

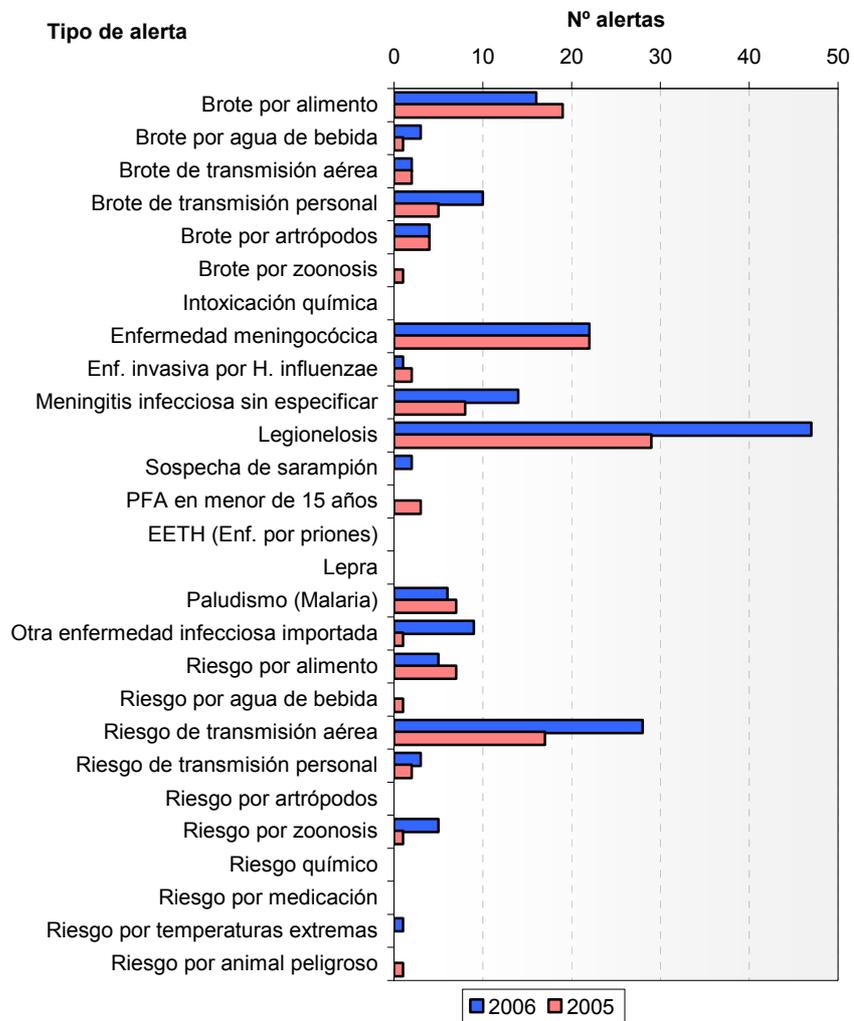


Tabla 1: N° de alertas y n° de afectados por tipo de alerta. Asturias 2005-2006.

Tipo de alerta	2005		2006	
	Nº	Afectados	Nº	Afectados
Enfermedad meningocócica	24	24	22	22
Enf. invasiva por H. influenzae	1	1	1	1
Meningitis infecciosa sin especificar	8	8	14	16
Meningitis	33	33	37	39
Legionelosis	27	34	47	49
Legionelosis	27	34	47	49
Sospecha de sarampión	0	0	2	2
PFA en menor de 15 años	3	3	0	0
EETH (Enf. por priones)	0	0	0	0
Lepra	0	0	0	0
Paludismo (Malaria)	7	7	6	6
Otra enfermedad infecciosa importada	1	1	9	12
Enf. de Vigilancia Especial	11	11	17	20
Brote por alimento	19	410	16*	106
Brote alimentario	19	410	16*	106
Brote por agua de bebida	1	34	3	477
Brote de transmisión aérea	2	8	2	133
Brote de transmisión personal	5	45	10	1.070
Brote por artrópodos	4	40	4	14
Brote por zoonosis	1	2	0	0
Intoxicación química	0	0	0	0
Otros brotes e intoxicaciones	13	129	19	1.694
Riesgo por alimento	8	19	5	10
Riesgo por agua de bebida	1	0	0	0
Riesgo de transmisión aérea	20	30	28	34
Riesgo de transmisión personal	2	6	3	10
Riesgo por artrópodos	0	0	0	0
Riesgo por zoonosis	1	1	5	7
Riesgo por animal peligroso	1	1	0	0
Riesgo por temperaturas extremas	0	0	1	0
Riesgos y otras alertas	33	57	42	61
Total	136	674	178	1.969

* Incluye una triquinosis

3.8.1 Brotes por Alimentos

Incluimos en este grupo los brotes por alimento y tres enfermedades de transmisión alimentaria, en las que la aparición de un único caso se considera un brote y requiere intervención: botulismo, triquinosis y envenenamiento paralítico por moluscos.

En el año 2006 se registraron 15 brotes por alimento y 1 caso de triquinosis.

El caso de triquinosis correspondió a un varón de 56 años, de Gijón, que consumió embutido casero elaborado en un pueblo de León (Villarodrigo de Ordaz) donde hubo un brote. Dicho paciente presentó una clínica compatible y una serología positiva.

Los datos referidos a los brotes por alimento registrados en nuestra Comunidad se exponen a continuación.

Nº alertas. Nº de casos

Se ha venido observando un claro descenso en el número de brotes alimentarios desde el año 2003, año con mayor número de notificaciones, de tal modo que el año 2006 es el año en que se registraron un menor número de este tipo de brotes (un 21% menos con respecto a 2005 y un 52% menos con respecto a 2003).

Asimismo, el número de afectados fue claramente inferior al del año 2005. Se contabilizaron 105 enfermos, lo que supone un descenso de casi el 75%. El 12% de los enfermos (13) requirieron hospitalización. Todas las personas que requirieron hospitalización, salvo una, presentaban una salmonelosis.

No se registró ningún fallecimiento relacionado con estos brotes.

La distribución de brotes por tipo y año, número de afectados, hospitalizados y muertos junto a la tasa que representan por 100.000 h en la población asturiana, se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 9: Brotes alimentarios. Asturias 2002- 2006. Nº y tasa de casos, hospitalizaciones y defunciones.

B alimento	Brotes		Casos		Hospitalizaciones		Defunciones	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
2002	24	2,3	355	33,4	38	3,6	0	0,00
2003	31	2,9	343	32,3	76	7,1	2	0,19
2004	26	2,4	398	37,4	46	4,3	1	0,09
2005	19	1,8	404	38,0	19	1,8	0	0,00
2006	15	1,4	105	9,8	13	1,2	0	0,00
TOTAL	115	2,2	1.605	30,2	192	3,6	3	0,06

Distribución temporal

Los brotes por alimento siguen una distribución temporal estacional, con claro predominio en los meses estivales. Sin embargo, las altas temperaturas registradas en el otoño del año 2006 han determinado que se haya prolongado la temporada de brotes hasta el mes de noviembre, de tal modo que en el periodo de julio hasta noviembre se registraron el 87% del total de brotes.

En los siguientes gráficos se muestran estos datos. En la gráfica del Índice Epidémico vemos como, durante 2006, se mantiene un índice estacional superior a 1 en todo ese periodo.

Gráfico 21: N° de brotes alimentarios por mes y año. Asturias 2002-2006

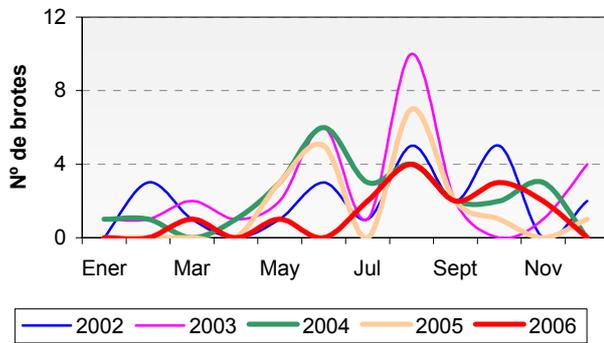
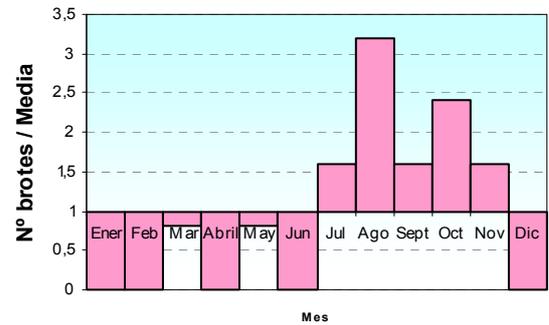


Gráfico 22: Brotes por alimento. Asturias 2006 Índice epidémico



Distribución espacial

Tres cuartas partes de los brotes alimentarios ocurrieron en las Áreas III, IV y V (4 brotes en las Áreas III y IV y 3 brotes en el Área V). Pese a ello, la mayor incidencia correspondió al Área I, que con 2 brotes, presentó una tasa de 3,7 brotes por 100.000 h. En las Áreas II, VI y VIII no se notificó ningún brote de este tipo.

Gráfico 23: Distribución de brotes por Área Sanitaria Asturias 2002-2006

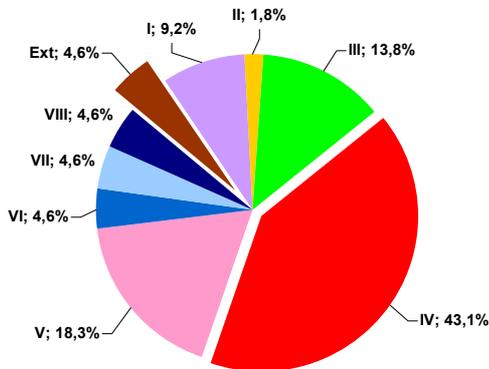
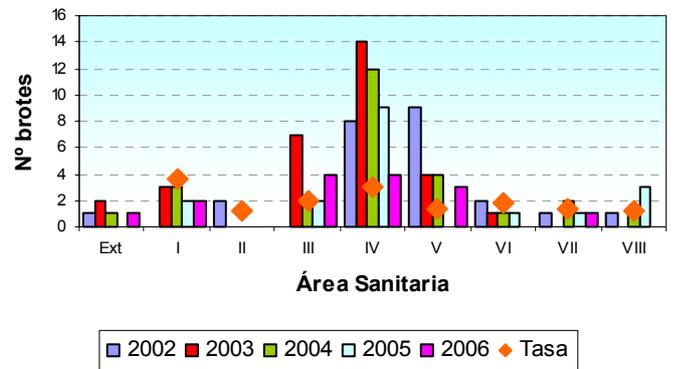


Gráfico 24: N° de brotes por Área Sanitaria y año Asturias, 2002-2006

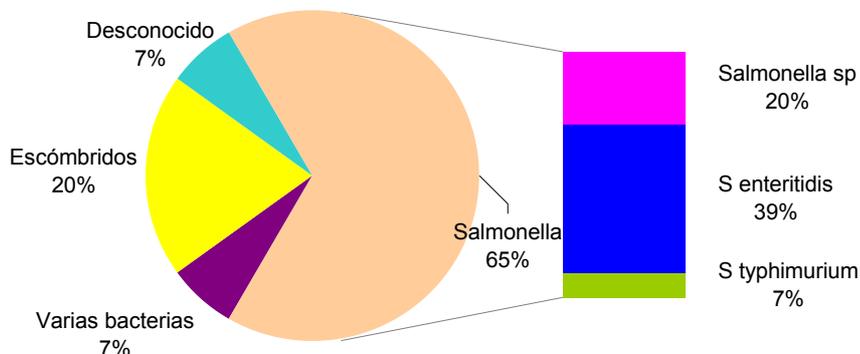


Agente causal

En 11 de los 15 brotes (73,3% del total) se pudo confirmar el agente etiológico. El 91% de brotes confirmados (10) estuvieron causados por Salmonella (60% *S enteritidis*, 30% *Salmonella sp* y 10% *S typhimurium*). En un último brote confirmado, también de etiología bacteriana, se aislaron varios microorganismos (*C perfringens*, *B cereus* y *S aureus*) del alimento sospechoso. Este brote ocurrió en una Residencia de Ancianos, en la que ya se habían registrado 2 brotes en años previos sin lograr identificar la etiología.

En los 4 brotes restantes (27%) no se logró la confirmación por laboratorio, aunque se sospechó agente causal en tres de ellos que presentaron un cuadro típico y sugestivo de una intoxicación histamínica por escómbridos

Gráfico 25: BAL. Asturias 2006. Agente etiológico.



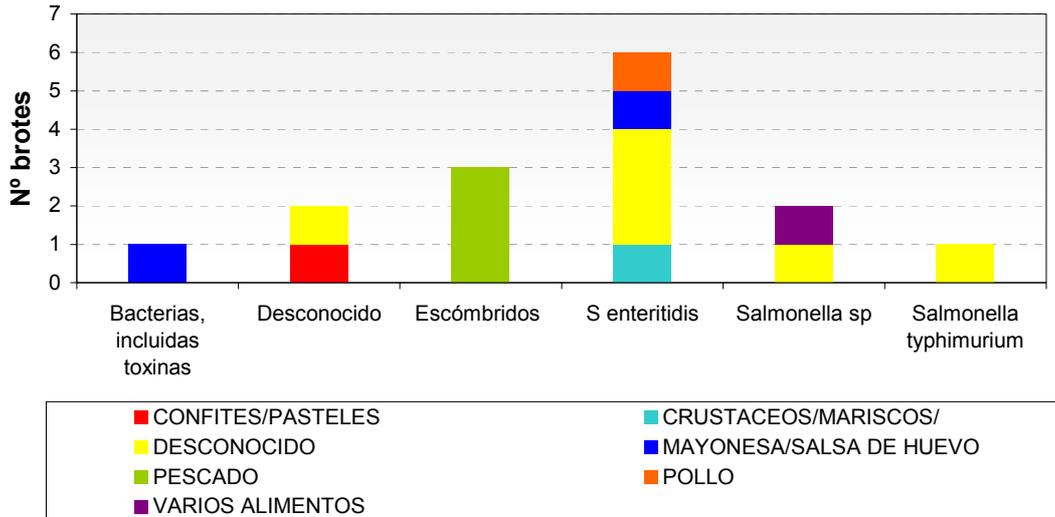
Alimentos implicados:

En 6 de los 15 brotes (40%) no fue posible identificar ni sospechar el alimento vehículo de la infección alimentaria. El motivo

El pescado (bonito en dos brotes y filete de panga en otro) fue responsable de los 3 brotes en los que se sospechó una intoxicación histamínica por escómbridos (20% de los brotes). La mayonesa utilizada en la elaboración de ensaladilla rusa fue el alimento sospechoso de la transmisión en 2 brotes (15%). Otros alimentos transmisores fueron moluscos (navajas frescas), pollo (pollo asado) y confites (tarta San Marcos) en un 1 brote (6,7%) cada uno de ellos. En otro brote estuvieron implicados varios alimentos, en 9 grupos diferentes de afectados que habían realizado comidas diferentes, indicando prácticas de manipulación incorrectas y contaminación cruzada.

En relación con la etiología, señalar que la *Salmonella* no se pudo relacionar con ningún alimento en concreto en 5 de los 9 brotes en que fue el agente etiológico. Los datos relacionados con la etiología y alimento vehiculizador se muestran en el siguiente gráfico.

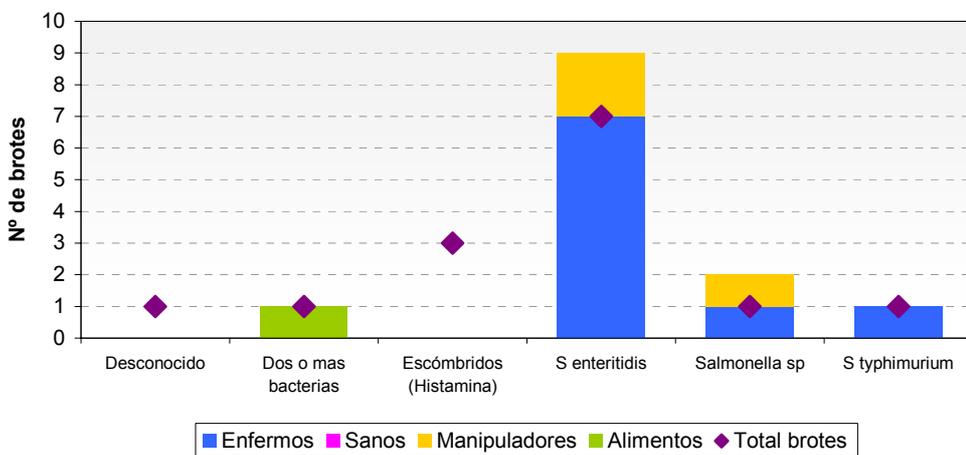
Gráfico 27: BAL. Asturias 2006. Alimento implicado por agente causal



Sólo en 1 brote (6,7% del total) el alimento sospechoso se confirmó por la presencia del agente causal en el mismo. En otros 8 brotes (53,3%), la confirmación del alimento implicado fue epidemiológica. CONFIRMAR ESTE DATO

En el siguiente gráfico se representa, para los brotes con agente etiológico confirmado, el tipo de muestra en que se aisló el microorganismo causal. Con un rombo se representa el número total de brotes de cada etiología. De este modo, se puede observar como en el caso de *Salmonella*, en todos los brotes se aisló de heces de los enfermos aislándose, además, en 3 brotes de los manipuladores.

Gráfico 28: BAL. Asturias 2006. Tipo de muestra confirmatoria del agente etiológico.



Características clínicas

- Las intoxicaciones histamínicas por escómbridos cursaron con rubefacción facial a los 30 minutos de la ingesta del pescado en todos los casos, acompañada de prurito en mucosa oral durante la ingesta en uno de los brotes y cefalea, hipotensión, taquicardia y mareos en otro de ellos. La duración máxima del cuadro fue de 1 hora.
- Las salmonelosis cursaron con diarrea y fiebre en el 100% de brotes; junto a vómitos y dolor abdominal en el 80% de los mismos.

La media de la mediana del periodo de incubación por agente causal osciló entre 1h en los episodios de intoxicación histamínica por escómbridos y 24 h para Salmonella y toxinas bacterianas. Estos datos se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 10: BAL. Asturias 2006. Mediana periodo incubación por agente causal

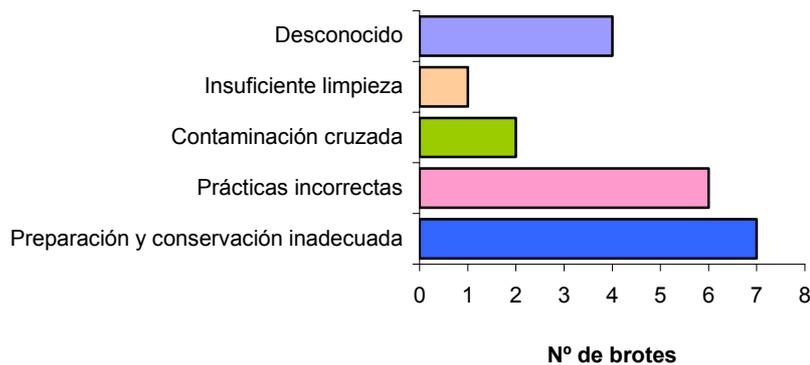
Agente causal	P incubación (Horas)
Bacterias, incluidas toxinas	24
Salmonella enteritidis	19
Salmonella sp	16
Salmonella typhimurium	24
Escómbridos (Histamina)	1
Desconocido	12

Factores contribuyentes

De modo global, en el 40% de los brotes se constataron prácticas incorrectas de manipulación de los alimentos que, sin duda, contribuyeron al desarrollo del brote. Además, en otro 47% de los casos, la elaboración y/o mantenimiento de los alimentos fue inadecuada. Es de reseñar el hecho de que en una cuarta parte de los brotes no se identificó ningún factor contribuyente.

En el siguiente gráfico se muestra la distribución global de los principales factores contribuyentes.

Gráfico 29: BAL. Asturias 2006. Factores contribuyentes.

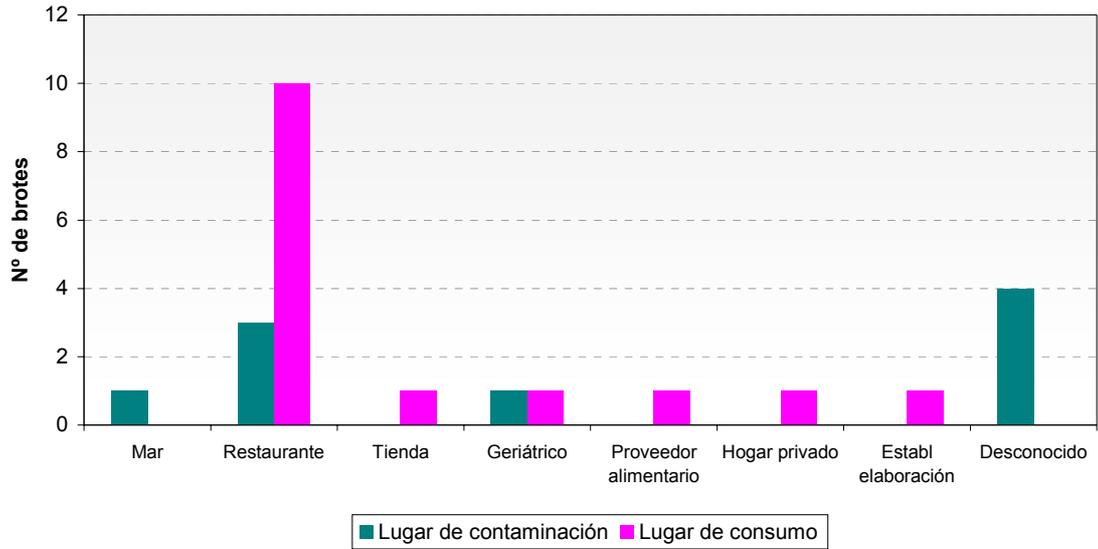


Lugar de contaminación y consumo.

El lugar de consumo del alimento implicado fue un Restaurante/hotel en 10 brotes (66% de los brotes alimentarios).

Con respecto al lugar de contaminación del alimento, en el 44,4% de los brotes no fue posible identificarlo. En un 33,3% fue el propio Restaurante donde se consumió.

Gráfico 30: BAL. Asturias 2006. Lugar de contaminación y consumo del alimento implicado.



Medidas adoptadas

Las medidas adoptadas incluyeron la inspección del local donde se habían consumido los alimentos en el 87% de los casos y el control de los manipuladores en el 33%. En un brote se realizó inmovilización de los alimentos.

3.8.2. Otros Brotes.

Incidencia. Nº de afectados. Letalidad

En el año 2006 se investigaron en Asturias un total de 19 alertas de esta categoría. No se produjo ninguna alerta relacionada con transmisión por agentes físicos (sonido, radiación), por fómites, por sangre o derivados, medicación, aparataje o intervención médica, así como brote psicógeno alguno. Con respecto a 2005, se produjo un incremento relativo de un 46% de este tipo de alertas.

Los brotes más frecuentes fueron los de *transmisión personal*, que se duplicaron en número con respecto a 2005 (se pasó de 5 a 10). Pese a ello, estos brotes sólo presentan una tasa de incidencia de 0,9 brotes por 100.000 h. El segundo lugar lo ocuparon los brotes transmitidos por artrópodos (4 brotes con una tasa de 0,4 por 100.000 h) siendo la *tasa de incidencia* media de alertas de este tipo para este periodo de 1,8 brotes por 100.000 habitantes.

El mayor *número de afectados* ocurrió en un brote de GEA de origen vírico y transmisión personal en la localidad de Llanes, que ocasionó 697 enfermos y el fallecimiento de 1 niña de corta edad. La tasa de incidencia de afectados para este año fue de 149,1 casos por 100.000 h, muy superior a la de 2005 (12,1). Aunque la mayoría de cuadros fueron clínicamente leves requiriendo hospitalización sólo 6 casos del total (0,4%), hay que reseñar que se produjo el fallecimiento por deshidratación de una niña de 2 años de edad. Estos datos se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 11. Otros Brotes. Nº y tasa por 100.000 h Asturias 2006

Tipo de Brote	Alertas		Enfermos		Hospitalizados		Defunciones	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Brote de transmisión aérea	2	0,19	133	12,35	0	0,00	0	0,00
Brote de transmisión personal	10	0,93	1.070	99,37	64	5,94	2	0,19
Brote por agua	3	0,28	477	44,29	0	0,00	0	0,00
Brote por artrópodos	4	0,37	14	1,30	0	0,00	0	0,00
Total	19	1,76	1.694	157,30	64	5,94	2	0,19

Distribución Espacial.

De modo global, el Área IV presenta el 47,4% de los brotes ocurridos durante este periodo. La tasa de incidencia más elevada: 2,8 brotes por 100.000 h correspondió a las Áreas IV y VII. No se notificó ninguna alerta de este tipo en las Áreas II y III.

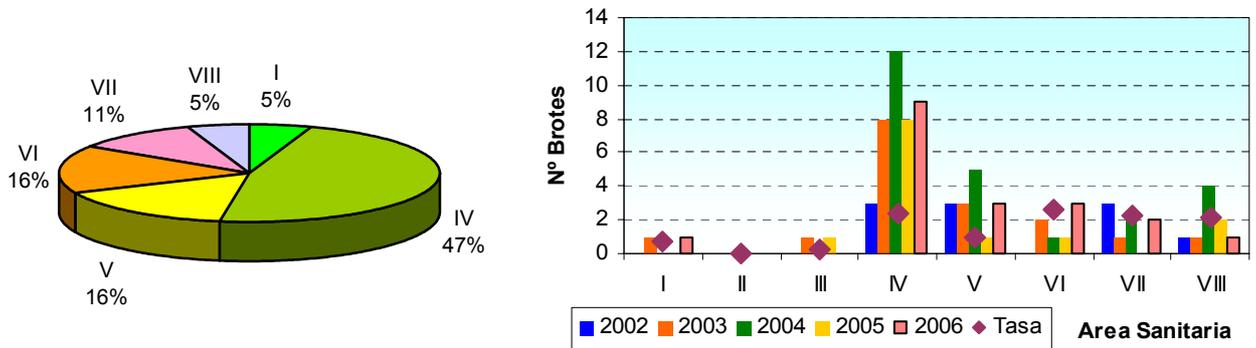
En la siguiente tabla se representa la distribución por área sanitaria y tipo de brote.

Tabla 14. Otros brotes epidémicos. Área sanitaria. Asturias 2006. Nº casos, % y Tasa incidencia por 100.000 h.

Tipo de Brote	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total
B tr aérea	0	0	0	2	0	0	0	0	2
B tr personal	0	0	0	4	1	2	2	1	10
Brote por agua	1	0	0	0	1	1	0	0	3
B artrópodos	0	0	0	3	1	0	0	0	4
Total	1	0	0	9	3	3	2	1	19
%	5,6%	0,0%	0,0%	47,4%	16,7%	16,7%	11,1%	5,6%	100,0%
Tasa	1,64	0,00	0,00	2,73	1,00	5,63	2,77	1,21	1,76

En los siguientes gráficos se muestra la evolución por Área Sanitaria en el número de brotes no alimentarios.

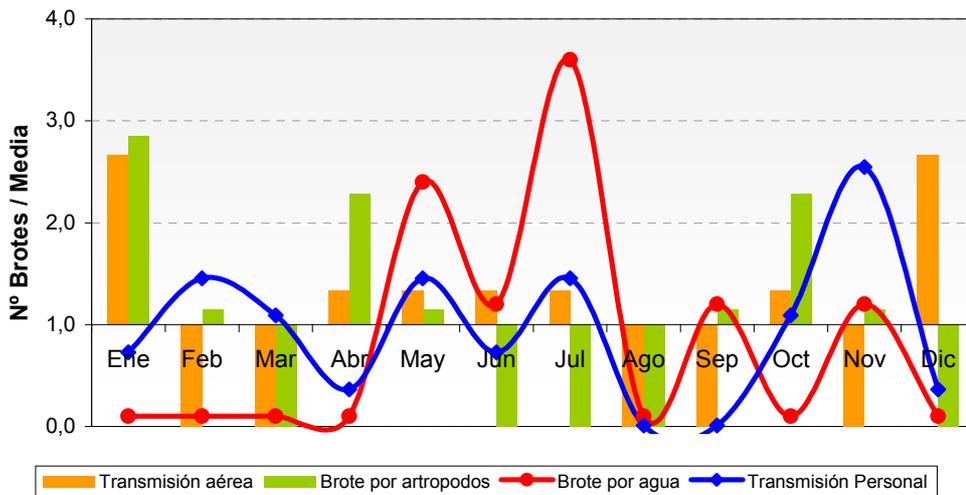
Gráficos 32 y33 .Otros brotes. Distribución por Área año 2006. Distribución por Área Sanitaria y año (2002-2006).



Distribución Temporal

Se observa una clara estacionalidad en los brotes de transmisión hídrica que se producen con mayor frecuencia en los meses de verano (de mayo a julio). Por el contrario, los brotes de transmisión aérea presentan índices estacionales elevados en los meses de invierno (diciembre y enero).

Gráfico 34. Otros brotes epidémicos. Índice Estacional por vía de transmisión. Asturias 2002-2006



Agentes Causales

Todos los brotes no alimentarios, excluidos los brotes por artrópodos y dos de etiología desconocida, fueron causados por virus. Es importante señalar el protagonismo que han adquirido los virus, fundamentalmente los calicivirus, como agentes causales de patologías leves, sobre todo gastrointestinales, con una enorme difusión en la población por transmisión persona a persona, originando brotes con un gran número de afectados. Esto se refleja, asimismo, en el gran número de notificaciones de procesos diarreicos, muy por encima de lo habitual, en todas las Áreas y a lo largo de todo el año 2006.

En la siguiente tabla se muestra la etiología para cada tipo de brote según mecanismo de transmisión.

Tabla: Brote no alimentarios. Agente etiológico por tipo de brote. Asturias 2006.

Agente causal	B aérea	B personal	B por agua	B artrópodos	TOTAL
Virus		1	2		3
Metapneumovirus	1				1
Adenovirus		2			2
Calicivirus		4			4
Rotavirus		1			1
Virus Hepatitis A		2			2
P capitis				4	4
Desconocido	1		1		2
TOTAL	2	10	3	4	19

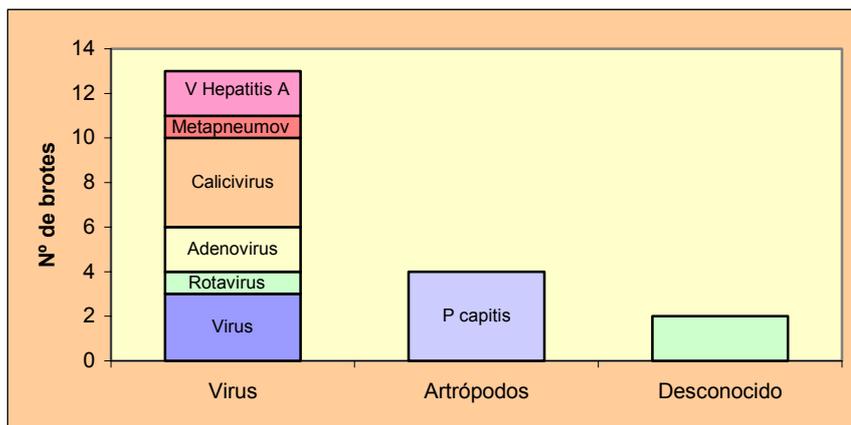
Sólo en 8 brotes (16,7% del total) se logró confirmar el agente etiológico del brote por laboratorio. En el resto, una epidemiología y clínica típica hacen muy probable el agente sospechado. Los brotes con agente confirmado correspondieron a un brote respiratorio por metapneumovirus, dos brotes de hepatitis A y cinco brotes de GEA (tres por calicivirus y dos por adenovirus).

Tabla 15. Agentes no confirmados por laboratorio.

Agente etiológico	Nº brotes
Pediculus capitis	4
Virus	3
Rotavirus	1
Virus norwalk	1
Desconocido	2
TOTAL	11

El siguiente gráfico representa la implicación de cada agente causal en el total de brotes.

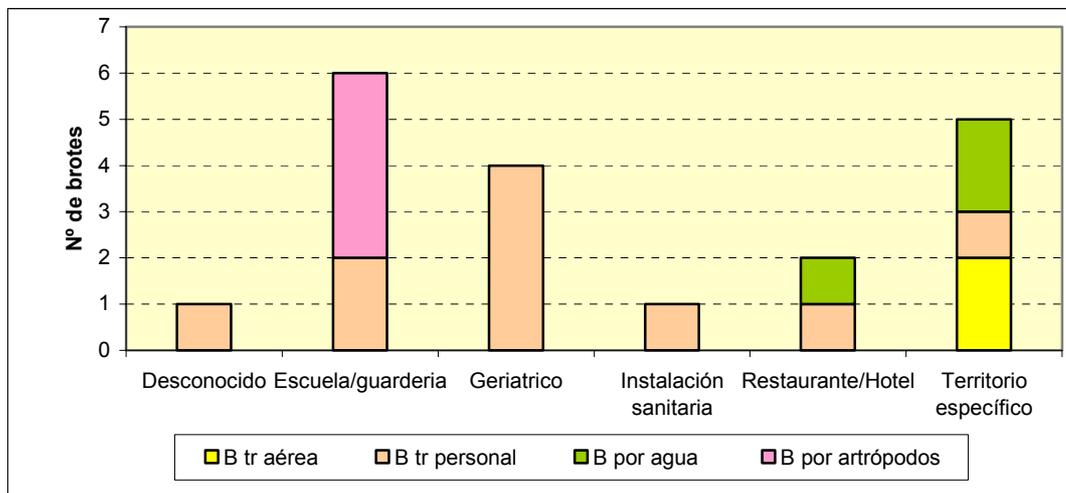
Gráfico 35. Otros brotes. Etiología. Asturias 2006



Lugar implicado

Globalmente, el 32 % de los brotes (n=6) tuvieron lugar en una escuela/guardería, siguiente en frecuencia como lugar implicado están los territorios específicos (n=5) con un 26% y en tercer lugar las residencias geriátricas con un 21 % (n=4).

Gráfico 36. Otros brotes. Lugar implicado. Asturias 2006.



3.8.2.1 Brotes por agua

Se registraron tres brotes de origen hídrico que ocasionaron 477 enfermos (tasa de 44,3 casos por 100.000 h) y ninguna hospitalización. En todos los casos se trató de cuadros leves de gastroenteritis aguda con sospecha de origen vírico en 2 brotes y etiología desconocida en el tercero.

Tabla : Brotes por agua. Asturias 2006.

Nº	Semana	Nº de casos	Hospitalizados	Etiología	Localidad	Área	Medidas adoptadas
1	27	235	0	Desconocida	Navia	I	Cloración agua
2	33	230	0	Virus	Villaviciosa	V	Inspección red abastec
3	45	12	0	Virus	Cabrales	VI	

Descripción de los brotes:

Brote 1

- Se localizó en el territorio atendido por el CS Navia y fue detectado por las notificaciones extraordinariamente elevadas de procesos diarreicos, tanto de las EDOs numéricas habituales como de la red centinela.
- Se registraron 235 casos en un periodo de 8 semanas. Se atribuyó a una probable contaminación fecal de los acuíferos y a una deficiente desinfección del agua de la traída, ya que en varias ocasiones, se detectó ausencia de cloro en el agua de la red.
- No se identificó agente etiológico dado que la levedad de los cuadros no motivó la recogida por parte de los médicos de coprocultivos y no se recogieron muestras del agua hasta el final del brote, momento en el que no mostraron anomalías en los parámetros habituales

Brote 2

- Ocurrió en la localidad de Villaviciosa y ocasionó 230 afectados en un periodo de 9 días.

- Se puso en relación con una fuerte tormenta que, asociada a las deficientes infraestructuras de la red de abastecimiento del agua, pudo ocasionar una contaminación transitoria del agua.
- Se sospechó una etiología vírica por el cuadro clínico predominante de nauseas y vómitos, acompañados en ocasiones de diarrea, pero en los coprocultivos recogidos (15) no se aisló ninguno de los virus habituales (adenovirus, astrovirus, calicivirus, rotavirus). Las muestras recogidas del agua de la red presentaban valores dentro la normalidad, pero fueron tomadas 48 h después del inicio de los casos.

Brote 3

- Se relacionó con un Restaurante en Arena de Cabrales y afectó a un grupo de turistas ingleses.
- Se afectaron 12 personas y se sospechó una etiología vírica que no se pudo confirmar.

3.8.2.2 Brotes de transmisión aérea

Durante 2006, se registraron 2 brotes con este mecanismo de transmisión. Los dos correspondieron a cuadros de infección respiratoria en niños en un territorio específico, sin identificar un colectivo de especial riesgo: El primer brote, de etiología no conocida, ocasionó cuadros pseudogripales en niños de 6 a 10 años en El Berrón; el otro brote, estuvo causado por metapneumovirus, ocasionó cuadros respiratorios de elevada contagiosidad predominantemente en niños aunque también se vio afectado algún adulto y ocurrió en Salas.

Tabla 61: Brotes de transmisión aérea. Asturias 2006.

Tipo de brote	Nº de casos	Hospitalizaciones	Semana	Concejo	Etiología	Área
Cuadros pseudogripales	120	0	3	El Berrón	Desconocida	
Infección respiratoria	13	0	18	Salas	Metapneumovirus	IV

3.8.2.3. Brotes de transmisión personal

En 2006 se registraron en Asturias 10 brotes con transmisión persona-persona como mecanismo fundamental de contagio. Esto supone un aumento importante de este tipo de brotes con respecto al año previo. La etiología de todos ellos fue vírica.

- 8 cursaron como infecciones intestinales: en 4 no se confirmó la sospecha etiológica; 2 estuvieron causadas por calicivirus y otras 2 por adenovirus.
- 2 fueron brotes familiares de hepatitis A.

Brotes de transmisión personal	Alertas		Enfermos		Hospitalizados		Defunciones	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
GEA	8	0,74	1.064	98,80	63	0,46	2	0,19
Hepatitis A	2	0,19	6	0,56	1	0,09	0	0,00
Total	10	0,93	1.070	99,36	64	0,56	2	0,19

En total, causaron 1.070 casos (tasa de 98,8 casos por 100.000 h), de los cuáles 4 casos precisaron hospitalización (tasa de 0,37 casos por 100.000 h) y 60 adquirieron el proceso gastroentérico mientras estaban hospitalizados.

Se registraron 2 defunciones. Una defunción ocurrió en un geriátrico y fue secundaria a las complicaciones del cuadro intestinal. La otra aconteció en una niña de 2 años de edad a consecuencia de la deshidratación causada por la gastroenteritis.

Brotos de GEAs víricas:

Los brotes de infecciones intestinales de transmisión personal y etiología vírica ocurrieron fundamentalmente en geriátricos (4) y escuelas (2). Un brote ocurrió en una planta de servicios médicos de un hospital de la localidad de Gijón y afectó, sobre todo, a personas ingresadas pero también a personal de la planta. Un último brote, sin colectivo definido, afectó a 693 personas de la localidad de Llanes, y causó la muerte a una niña de 2 años de edad. Es importante señalar el elevado número de casos originados por estos brotes, que aunque de sintomatología muy leve y de corta duración, ocasionaron dos defunciones.

La medida adoptada con mayor frecuencia fue la educación sanitaria. En dos brotes fue precisa la restricción de la entrada de miembros nuevos en el colectivo implicado. En 1 brote de gastroenteritis en una escuela se realizó inspección del local y estudio de manipuladores al sospechar, inicialmente, una transmisión alimentaria.

Semana	Etiología	Nº casos	Hospitalizados	Localidad	Área	Lugar	Medidas adoptadas
13	Virus	109	0	Granda		Escuela	Inspección. E manipuladores
19	Rotavirus	11	0	Ablaña		Gerriátrico	Recomendaciones
26	V Norwalk	10	0	La Felguera	VIII	Gerriátrico	Recomendaciones
37	Calicivirus	697	1 Defunción	Llanes	VI	T específico	
39	Calicivirus	123	3	Oviedo	IV	Gerriátrico	Restricción ingresos
43	Virus	23	0	Salas	IV	Escuela	Control ausencias
43	Adenovirus, Calicivirus	60	60	Gijón	V	Instalación sanitaria	Recomendaciones, restricción ingresos
48	Adenovirus	31	(1 def)	Mieres	VII	Gerriátrico	Recomendaciones

Brotos de Hepatitis A

Durante el año 2006 se registraron dos brotes de hepatitis A:

Un brote familiar que ocurrió en Ribadesella y afectó inicialmente a una niña y a su padre, se extendió posteriormente al colectivo laboral de un Restaurante propiedad de la familia, afectando a dos trabajadores del mismo. Se realizó estudio de contactos familiares y laborales y se puso Ig humana inespecífica y vacuna frente a la hepatitis A a los mismos.

El otro brote, en Oviedo, afectó a una madre y una hija que presentaron clínica de modo casi simultáneo. La madre, de 53 años, requirió hospitalización. Se desconoce la fuente de infección y más datos.

Semana	Nº casos	Hospitalizados	Concejo	Área	Lugar	Medidas adoptadas
19	4	0	Ribadesella	VI	Restaurante	Ig +Vacunación contactos
27	2	1	Oviedo	IV	Hogar	-

3.8.2.4 Brotes por artrópodos

Se registraron cuatro brotes por artrópodos, todos ellos pediculosis en escuelas, que ocasionaron 14 afectados. Uno de los brotes afectaba a niños de un colectivo marginal que no realizaba tratamiento. En otro, los tratamientos eran realizados de modo incorrecto.

Tabla 64. Brotes por artrópodos. Asturias. 2006

	Tipo brote	Semana	Concejo	Área	Territorio epidémico	Nº casos	Medidas adoptadas
Brote 1	Pediculosis	2	Oviedo	IV	Escuela	4	Recomendaciones
Brote 2	Pediculosis	4	Candás	V	Escuela	3	Recomendaciones
Brote 3	Pediculosis	17	Oviedo	IV	Escuela	3	Inspección (salud laboral)
Brote 4	Pediculosis	18	Oviedo	IV	Escuela	4	Comunicación Sº Sociales Ayto

3.8.3 RIESGOS.

Se incluyen en este apartado las situaciones que constituyen un riesgo potencial para la salud de la población de cualquier etiología según las definiciones del Anexo I.

Nº de casos. Nº de alertas. Incidencia

Durante el año 2006 se registraron 42 situaciones de potencial riesgo para la salud de la población, distribuidas en las siguientes categorías:

Tabla 17: Riesgos. Asturias 2006. Nº de alertas. Tasa de incidencia por 100.000 h

Tipo de alerta	TOTAL	
	Nº	Tasa
Riesgo de transmisión aérea	28	2,6
Riesgo de transmisión personal	3	0,3
Riesgo por alimento	5	0,5
Riesgo por temperaturas extremas	1	0,1
Riesgo por zoonosis	5	0,5
Total	42	3,9

Es de reseñar que este tipo de alertas han continuado la tendencia ascendente observada desde el año 2002 con un incremento de un 30% con respecto al año 2005. La incidencia global de este tipo de alertas fue de 4 alertas por 100.000 h.

Los riesgos más frecuentes corresponden a los riesgos de transmisión aérea que representan el 67% del total de riesgos detectados. Este tipo de riesgos han sufrido un incremento muy llamativo desde el año 2002. Dado que durante este año todas las alertas de este tipo hacen referencia a casos de tuberculosis con potencial de diseminación a la comunidad, es necesario insistir en la necesidad de un programa de vigilancia y control de esta enfermedad.

El número de afectados por cada tipo de riesgo se muestra en la siguiente tabla. No se registró ninguna defunción relacionada con estas alertas.

Tabla 18: Riesgos. Asturias 2006. Nº de enfermos y hospitalizados.

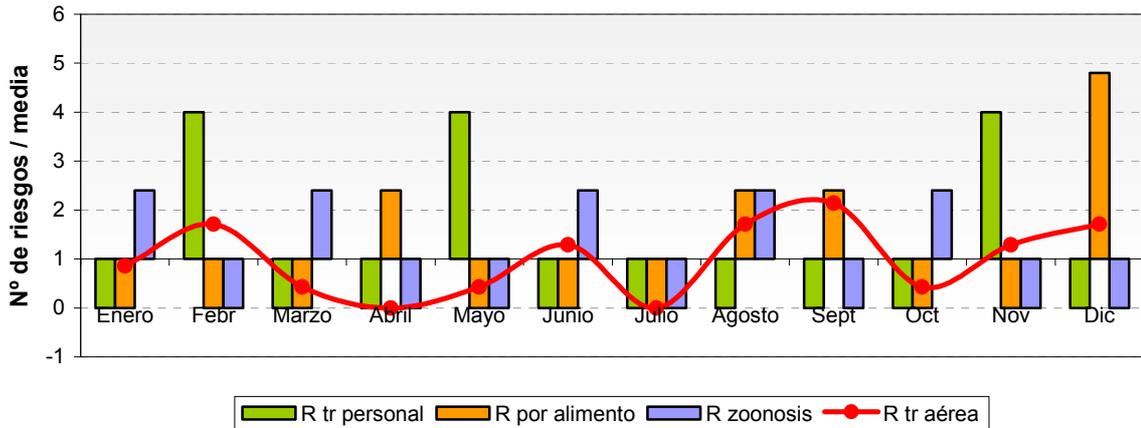
Tipo de alerta	Enfermos		Hospitalizados	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Riesgo de transmisión aérea	34	3,2	29	2,7
Riesgo de transmisión personal	10	0,9	0	0,0
Riesgo por alimento	10	0,9	2	0,2
Riesgo por temperaturas extremas	0	0,0	0	0,0
Riesgo por zoonosis	7	0,7	2	0,2
Total	61	5,7	33	3,1

Distribución temporal

No existe una clara distribución temporal de los riesgos.

Estos datos se reflejan en el gráfico que se muestra a continuación.

Gráfico 39: Riesgos. Asturias 2006. Índice estacional.



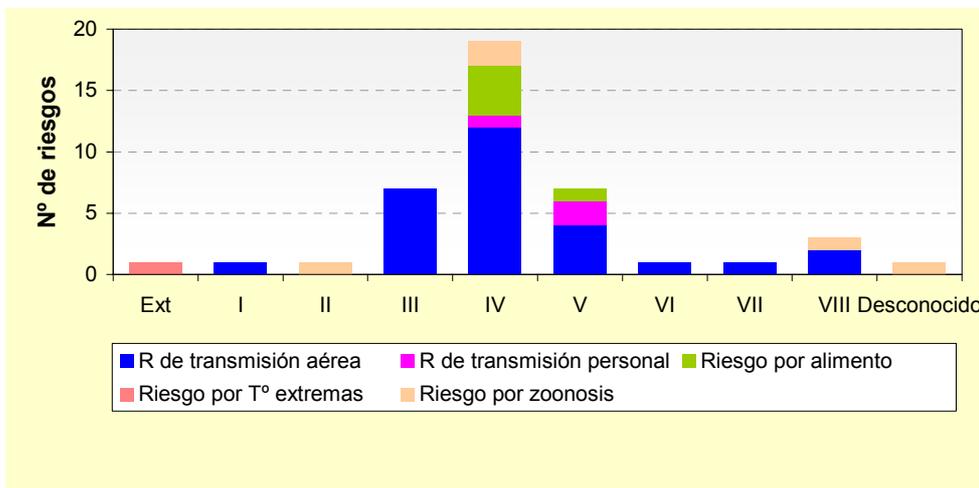
Distribución espacial

El 45% de alertas por riesgos de cualquier etiología correspondieron al Área IV, que presentó asimismo, la mayor tasa de incidencia de este tipo de alertas: 1,8 por 100.000 h. En la siguiente tabla y gráfico se muestra el número de alertas por tipo de riesgo y Área y tasa de incidencia por 100.000h.

Tabla 19: Riesgos. Asturias 2006. N° por Área Sanitaria y tipo de riesgo.

Tipo de riesgo	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	NC	TOTAL
R transmisión aérea	1	0	7	12	4	1	1	2	0	28
R transmisión personal	0	0	0	1	2	0	0	0	0	3
Riesgo por alimento	0	0	0	4	1	0	0	0	0	5
Riesgo por T° extremas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Riesgo por zoonosis	0	1	0	2	0	0	0	1	1	5
TOTAL	1	1	7	19	7	1	1	3	2	42
Tasa por 100.000 h	0,09	0,09	0,65	1,76	0,65	0,09	0,09	0,28	-	3,9

Gráfico 40. Riesgos. Asturias 2006. Distribución de tipos de riesgo por Área Sanitaria



Agentes causales.

El agente causal se clasifica en función de las diversas categorías de riesgo establecidas a priori.

Riesgos de transmisión aérea:

Todos los riesgos de transmisión aérea fueron debidos a casos de *tuberculosis* con potencial riesgo de transmisión a diversos colectivos a los que pertenecían los afectados.

Ya se ha señalado el incremento tan considerable que ha experimentado este tipo de alerta que se ha triplicado en número con respecto a los años 2003 y 2004. Aunque en 2005, ya había experimentado un aumento importante, el incremento de 2006 con respecto a 2005 es de un 65%. Por tanto, pese al descenso en el número de notificaciones de tuberculosis de los últimos años, el aumento de las alertas debidas a esta enfermedad nos indica que la tuberculosis en nuestra comunidad sigue siendo una enfermedad prevalente para la que es necesario un programa activo de control y seguimiento específico.

Riesgos por alimento

Durante 2006 se notificaron 5 riesgos por alimento

- Uno fue debido a una fiebre paratifoidea en un paciente paquistaní y se relacionó con una comida colectiva;
- Otro se relacionó con una intoxicación histamínica por escómbridos en un paciente que consumió bonito en un Restaurante de Oviedo.
- Tres alertas consistieron en episodios de GEA relacionadas con Restaurantes y no se logró identificar un agente causal en ninguna de ellas.

El número de afectados y la tasa de incidencia que representan se muestran en la siguiente tabla y gráfico.

Tabla 21: Riesgos por alimento. Asturias 2006. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h por agente.

RIESGO POR ALIMENTO			Enfermos		Hospitalizados		Defunciones	
Etiología	Nº	%	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Escómbridos	1	20%	1	0,09	0	0,00	0	0,00
S paratyphi	1	20%	1	0,09	1	0,09	0	0,00
Desconocido	3	60%	8	0,74	1	0,09	0	0,00
Total	5	100%	10	0,93	2	0,19	0	0,00

Riesgo por transmisión personal

Fueron notificadas tres alertas de este tipo, cuyas principales características se muestran en la siguiente tabla.

Nº	Tipo	Semana	Concejo	Área	Territorio epidémico	Nº casos	Medidas adoptadas
1	Conjuntivitis adenovirus	5	Gijón	V	Centro de Salud	3	Recomendaciones higiénicas+Baja laboral afectados
2	Enf mano-boca-pie Virus	19	Gijón	V	Escuela	5	Recomendaciones higiénicas+Absentismo escolar afectados
3	Hepatitis A	46	Oviedo	IV	Escuela	1	IgG humana inespecífica+Vacunación contactos

- La alerta número 3 estuvo en relación con una hepatitis A en un niño de 3 años en un colectivo escolar. Se realizó intervención en dicho colectivo administrando gammaglobulina humana inespecífica y vacunando a todos los niños de 3 y 4 años del colegio y a sus profesores.
- Otra alerta se relacionó con 3 casos de conjuntivitis por adenovirus en personal sanitario (2 ATS y una limpiadora) de un centro de salud de Gijón. La aparición de casos se controló con medidas higiénicas y baja laboral de las personas afectadas.
- En la alerta número 1, hubo una agrupación de 5 casos sospechosos de enfermedad mano-boca-pie (etiología vírica) en una escuela infantil de Gijón.

Riesgo por zoonosis

Se registraron 5 alertas de este tipo que se describen a continuación:

- En la primera de ellas, existió la sospecha de un caso de carbunco cutáneo humano en un varón de 76 años que presentaba una lesión compatible en pectoral y vivía en las proximidades de una ganadería. Sin embargo, dicha sospecha clínica se descartó por analítica (exudado de la lesión y hemocultivos negativos).
- Otra alerta correspondió a una teniasis en un varón de 37 años residente en El Entrego. Como factores de riesgo se identificó el consumo de carne de cerdo y ternera poco hecha. Dado que la tenia solium se puede contagiar persona a persona se investigó a los contactos del caso pero se negaron a estudio.
- Meningitis por leptospira en varón de 82 años de Tudela Veguin. No se dispone de información epidemiológica.
- 1 Rickettsia. 3 casos de Fiebre Botonosa Mediterránea. Riosa. Sierra del Aramo. Mujer 52 años con picadura de garrapata, varón 58 años, ganadero Quirós.
- La última alerta estuvo en relación con el riesgo de rabia por la mordedura de un perro callejero en Bucarest. Se realizó profilaxis postexposición con vacuna antirrábica.

Riesgos por T° extremas

Este tipo de alerta existe desde el año 2004 a raíz de la implantación en nuestro país de un **sistema de alerta y control frente a las altas temperaturas**, tras observar el efecto en la mortalidad general de la población que tuvieron las altas temperaturas registradas en Europa durante los meses de verano del año 2003.

El Plan se basa en dos actividades fundamentales: **Monitorización de las previsiones de las temperaturas y de la mortalidad**. En función de las previsiones de las temperaturas para 5 días, se han establecido **4 niveles de Alerta**.

Hasta este verano, nunca se había activado ninguna alerta por calor. En 2006, estuvo activada una **alerta nivel 1** del 16 al 18 de julio. Sin embargo, durante dichos días no se registró ningún evento relacionado con el calor ni se objetivaron tasas de mortalidad más elevadas.

No obstante, **a nivel nacional**, si se detectó durante el mes de julio un incremento de la mortalidad global en nuestro país respecto a la esperada, que coincidió en el tiempo con el aumento de las temperaturas mínimas y medias y afectó principalmente a mayores de 74 años y a residentes

en las zonas climáticas con temperaturas menos elevadas habitualmente que geográficamente corresponden, en su mayoría, a la mitad norte de la península.

Las actuaciones realizadas incluyeron reparto de trípticos de información (aproximadamente unos 3.000) al sistema asistencial, centros sociales y residencias del ERA, con el fin de reforzar la información relativa a las medidas a adoptar en días de calor. Asimismo, se trasladó la información a la población general a través de los medios de comunicación.

Lugar implicado

Tres cuartas partes de los riesgos registrados durante 2006 tuvieron relación con algún colectivo o establecimiento público.

El establecimiento colectivo **DEFINIR** fue el lugar más frecuentemente implicado (33% del total, 50% de los riesgos de transmisión aérea.)

En un 14% del total (60% de los riesgos por alimento), se vio implicado un Restaurante.

Gráfico 42: Riesgos. Asturias 2006. Distribución por lugar implicado.

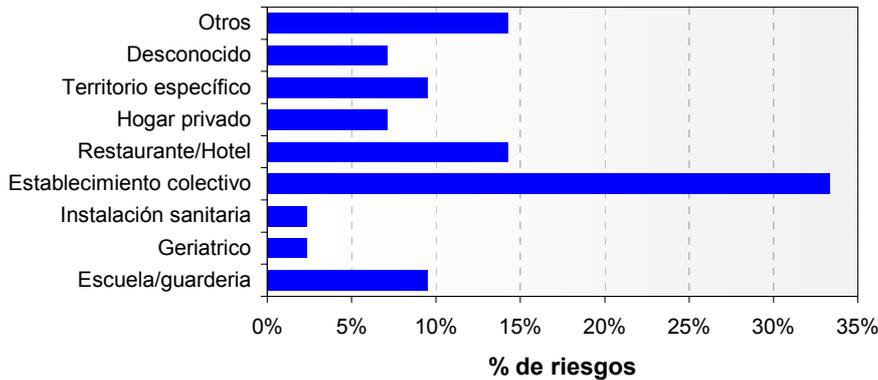
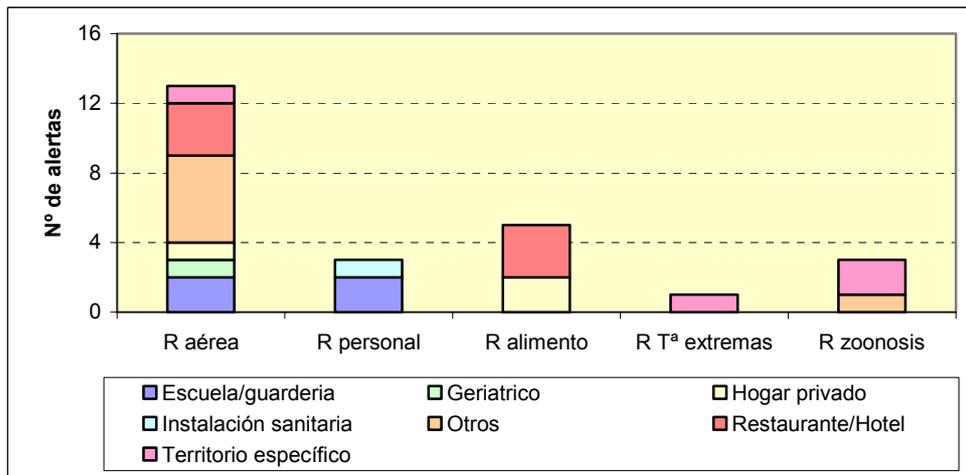


Gráfico 43: Riesgos. Asturias 2006. Lugar implicado por tipo de riesgo



3.8.4 Enfermedades de Vigilancia Especial

Bajo este epígrafe se incluyen las siguientes enfermedades:

- Enfermedades que requieren intervención ante un único caso: Peste, cólera, enfermedad meningocócica, fiebre amarilla, difteria, rabia y tífus exantemático.
- Enfermedades de vigilancia especial: Sospecha de poliomielitis (PFA en < 15 años), sospecha de sarampión, legionelosis, EETH (Enfermedad por priones), lepra, paludismo, fiebre hemorrágica viral, otra enfermedad infecciosa importada.

Siendo la Enfermedad meningocócica, la legionelosis y el paludismo enfermedades de Declaración Obligatoria, las características de los casos se describen en los apartados anteriores correspondientes. Para estos casos se comenta la información no recogida por el sistema EDO, al tener relación con situaciones ocurridas en otras CCAA.

Nº de alertas. Nº de casos.

Durante el año 2006, se registraron en Asturias 17 alertas de este tipo, con 20 afectados. Esto supone un incremento con respecto a los años 2004 y 2005 de un 54,5%.

Sólo se registraron alertas de paludismo (6), otra enfermedad infecciosa importada (9) y sospecha de sarampión (2).

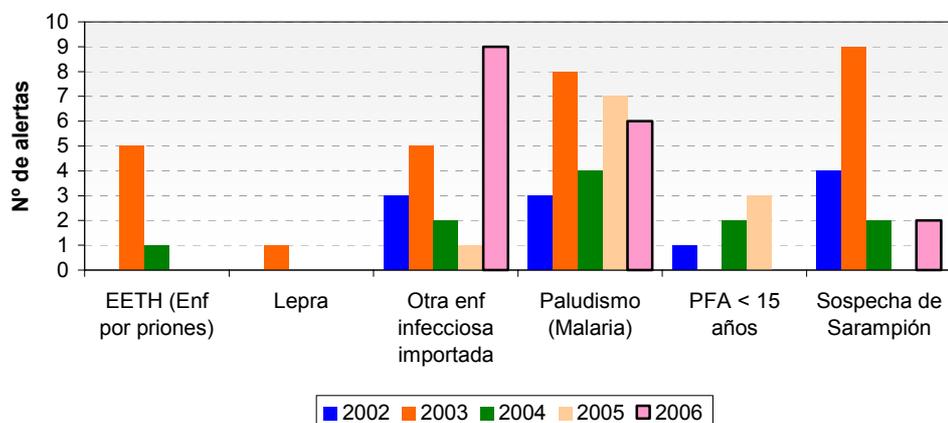
En la siguiente tabla se muestra nº de alertas, nº de afectados y tasas de incidencia para cada enfermedad de este grupo.

Tabla 6: Nº y tasas de alertas, casos, hospitalizaciones y defunciones. Enf de Vigilancia Especial. Asturias 2006

Tipo de alerta	Alertas		Casos		Hospitalizaciones		Defunciones	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Otra enf infecciosa importada	9	0,8	12	1,1	3	0,3	0	0,0
Paludismo (Malaria)	6	0,6	6	0,6	6	0,6	0	0,0
Sospecha de sarampión	2	0,2	1	0,1	1	0,1	0	0,0
Total	17	1,6	19	1,8	10	0,9	0	0,0

La evolución en el número de alertas y casos por enfermedad y año se muestra a continuación. Es de destacar el elevado número de alertas por estas enfermedades que se registraron en 2003.

Gráfico17: Nº de alertas por tipo de alerta y por año. Asturias 2002-2006



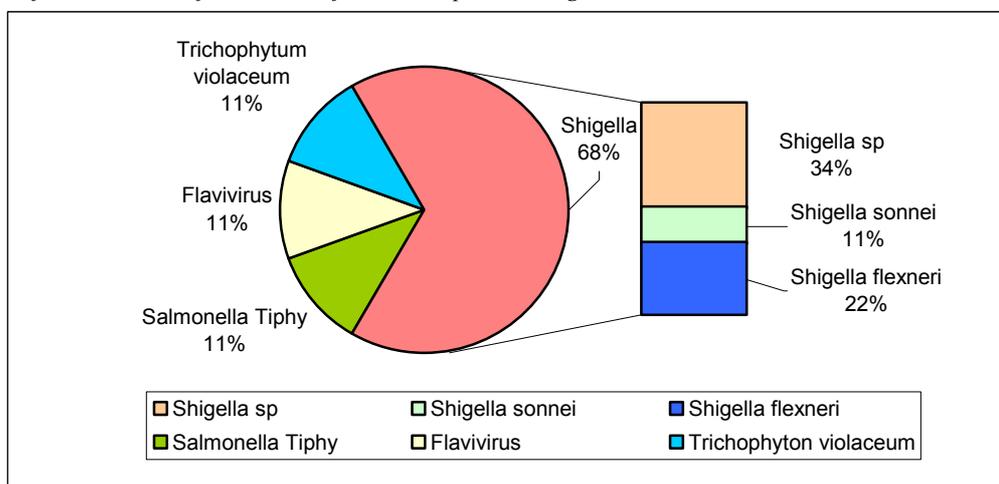
Agente causal y datos de persona.

Otras enfermedades infecciosas importadas:

Se registraron 9 casos de otras enfermedades infecciosas importadas: 6 correspondieron a disenterías por *Shigella* (descritas con anterioridad al ser la Shigelosis una enfermedad de declaración obligatoria), 1 correspondió a un caso de dengue, otra a una fiebre tifoidea y paratifoidea y la última a una dermatofitosis por *Trichophyton violaceum* en cuero cabelludo en una niña marroquí. Los países de importación fueron diversos:

- Shigelosis: India, Cuba, Marruecos (2), París y Egipto
- Fiebre tifoidea: Pakistán. Paquistaní
- Dengue: Colombia.
- Dermatitis: Marruecos

Gráfico 20: Otras enfermedades infecciosas importadas. Agente causal. Asturias 2006



Lugar implicado

Todos los casos se relacionaron con un territorio específico, sin poder concretar más. La dermatofitosis se puso en relación con un colectivo escolar.

3.8 ALERTAS DESCARTADAS

Durante el año 2006 se inició, además, el estudio de otras 10 alertas que, finalmente, fueron descartadas.

En la siguiente tabla se muestra la distribución por año y tipo de alerta en que fue clasificada en el momento inicial.

Tabla 24: Alertas descartadas. Asturias 2006

Grupos de alertas	2006
Brote por alimento	1
Otros brotes e intoxicaciones.	2
Meningitis	2
Otras Enf. vigilancia especial	1
Riesgos	4
Total	10

Los motivos para descartarlas fueron diversos. Los motivos más frecuentes son los siguientes:

- Casos declarados de Enfermedades de Declaración Obligatoria o sometidas a Vigilancia Especial que se descartaron.
- Notificaciones de brotes o agrupaciones de casos que no se confirman.
- Alertas en las que no se confirma la existencia de un riesgo real.

En la siguiente tabla se especifican de modo más detallado estas alertas.

Tabla 25. Alertas descartadas. Asturias 2006.

Alertas descartadas.	Nº
EDO/Enf sometidas a vigilancia especial no confirmadas	3
PFA < 15 años	1
Meningitis infecciosa sin especificar	2
Brotos o agrupaciones de casos no confirmados	3
De origen alimentario	1
Otros	2
No confirmada la existencia de un riesgo real	4
Riesgo por zoonosis	1
Riesgo transmisión aérea	3
Total	10

Anexo I: 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

ANEXO II: CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LAS ALERTAS DE SALUD PÚBLICA

Brotos epidémicos

- Brote de transmisión alimentaria
- Brote de transmisión hídrica
- Brote de transmisión aérea.
- Brote de transmisión personal
- Brote por zoonosis
- Brote por artrópodos
- Brote por fómites
- Brote por sangre y derivados o tejidos orgánicos
- Brote por medicación, aparataje o intervención médica
- Brote por intoxicación química
- Brote por agentes físicos (radiación, ruido...)
- Brote psicógeno

Intervención ante un solo caso

- Peste
- Cólera
- Fiebre amarilla
- Difteria
- Rabia
- Tifus exantemático
- Enfermedad meningocócica
- Enfermedad invasiva por H influenzae
- Botulismo (alimentario)
- Triquinosis
- Envenenamiento paralítico por moluscos

Enfermedades de vigilancia especial

- Sospecha de poliomielitis (PFA < 15 años)
- Sospecha de sarampión
- Legionelosis: caso aislado
- Legionelosis: casos asociados
- Legionelosis: brote
- EETH (Enfermedad por priones)
- Lepra
- Paludismo
- Fiebre Hemorrágica Viral
- Otra Enfermedad Infecciosa Importada
- Meningitis infecciosa sin especificar

Riesgo de exposición o difusión

- Acúmulo de casos que no cumple definición de brote
- Riesgo por alimento
- Riesgo por agua (consumo/recreativa)
- Riesgo de transmisión aérea
- Riesgo de transmisión personal
- Riesgo por zoonosis
- Riesgo por artrópodos
- Riesgo por fómites
- Riesgo por sangre y derivados o tejidos orgánicos.
- Riesgo por medicación, aparataje o intervención médica.
- Riesgo de intoxicación química
- Riesgo por agentes físicos (radiación, ruido...)
- Situación climática de riesgo
- Episodio de contaminación ambiental

Situaciones de alarma social

- Posibilidad de bioterrorismo
- Emergencia sanitaria que sobrepasa los recursos disponibles.
- Catástrofe natural o intencionada con riesgo sanitario para la población
- Crisis mediática
- Otro tipo