

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (E.D.O.) Y DE LAS ALERTAS DE SALUD PÚBLICA

PRINCIPADO DE ASTURIAS

AÑO 2010

Dirección General de Salud Pública y Participación
Servicio de Vigilancia y Alertas Epidemiológicas



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SALUD
Y SERVICIOS SANITARIOS

**INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE LAS EDO Y DE LAS ALERTAS DE SALUD PÚBLICA.
PRINCIPADO DE ASTURIAS. AÑO 2010**
Oviedo, mayo de 2011

Autores: *Sección de Vigilancia Epidemiológica*

Análisis, redacción y diseño:
Pilar Alonso Vigil

Revisión y registro de datos:
Ismael Huerta González
Blanca Álvarez Fernández
Natalia Méndez Menéndez
Dolores Pérez Hernández
Eva García Fernández
Mario Margolles Martins
María Alonso Díaz-Caneja

Edición:
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
Dirección General de Salud Pública y Participación
Servicio de Vigilancia y Alertas Epidemiológicas

Distribución:

Disponible para descarga en el portal de Salud del Principado de Asturias
(www.astursalud.es) en el apartado correspondiente a profesionales, (estadísticas y epidemiología)

ÍNDICE INFORME EDO

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| ÍNDICE | 3 |
| 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SISTEMA | 5 |
| 1.1 Antecedentes legales..... | 5 |
| 1.2 Estructura del SIVE | 5 |
| 1.2.1 Sistema EDO | 5 |
| 1.2.2 Declaración por sistemas especiales | 6 |
| 2. METODOLOGÍA DEL INFORME | 7 |
| 3. RESULTADOS..... | 8 |
| 3.1 Resultados generales y evaluación del sistema..... | 8 |
| 3.2. Enfermedades de Transmisión Respiratoria | 15 |
| 3.2.1 Gripe..... | 16 |
| 3.2.2 Tuberculosis respiratoria..... | 20 |
| 3.2.3 Legionelosis..... | 28 |
| 3.2.4 Enfermedad meningocócica | 33 |
| 3.3 Enfermedades vacunables | 41 |
| 3.3.1 Sarampión..... | 44 |
| 3.3.2 Rubéola..... | 47 |
| 3.3.3 Parotiditis..... | 50 |
| 3.3.4 Tos ferina | 53 |
| 3.3.5 Tétanos. Tétanos neonatal | 55 |
| 3.3.7 Poliomielitis | 57 |
| 3.3.8 Varicela..... | 59 |
| 3.3.9 Hepatitis B..... | 62 |
| 3.4 Zoonosis no alimentarias | 67 |
| 3.4.1 Brucelosis | 69 |
| 3.4.2 Rabia..... | 71 |
| 3.4.3 Peste | 71 |
| 3.5 Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica..... | 75 |
| 3.5.1 Otros procesos diarreicos | 75 |
| 3.5.2 Fiebres tifo-paratíficas | 77 |
| 3.5.3 Shigelosis (Disentería) | 79 |
| 3.5.4 Botulismo | 81 |
| 3.5.5 Triquinosis | 82 |
| 3.5.6 Cólera..... | 84 |
| 3.5.7 Hepatitis A..... | 84 |
| 3.5.8 Hepatitis E..... | 88 |
| 3.6 Enfermedades de transmisión sexual y parenteral..... | 93 |
| 3.6.1 Sífilis..... | 94 |
| 3.6.2 Infección gonocócica..... | 96 |
| 3.6.3 Otras Hepatitis..... | 97 |
| 3.6.4 SIDA | 100 |
| 3.7 Otras enfermedades | 111 |
| 3.7.1 Paludismo | 112 |
| 3.7.2 Lepra..... | 114 |
| 3.7.3 Fiebre amarilla..... | 115 |
| 3.7.4 Tifus exantemático..... | 116 |
| 3.7.5 Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH)..... | 116 |
| ANEXO I- ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN ASTURIAS | 121 |

ÍNDICE INFORME ALERTAS DE SALUD PÚBLICA

| | |
|------------------------------------------------------------|------------|
| 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES..... | 123 |
| 1.1 Justificación de un sistema de alertas | 125 |
| 1.2 Definición de alerta | 126 |
| 1.3 Campos de actuación..... | 126 |
| 1.4 Objetivos generales..... | 126 |
| 1.5 Participantes..... | 126 |
| 2. METODOLOGÍA DEL INFORME | 127 |
| 3. RESULTADOS..... | 128 |
| 3.1 Resultados generales | 128 |
| 3.2 Brotes alimentarios | 134 |
| 3.3 Otros brotes..... | 137 |
| 3.4 Meningitis..... | 141 |
| 3.5 Legionelosis | 144 |
| 3.6 Riesgos | 148 |
| 3.7 Enfermedades de vigilancia especial | 152 |
| 3.8 Alertas descartadas..... | 154 |
| 4. CONCLUSIONES..... | 155 |
| ANEXO I: DEFINICIONES DE LOS TIPOS DE ALERTAS | 157 |

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SISTEMA

1.1 Antecedentes legales

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

1.2 Estructura del SIVE

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

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

1.2.1 Sistema EDO

El Sistema EDO incluye una relación de enfermedades a vigilar, mediante un sistema de **declaración obligatoria y universal**, en el conjunto de la Comunidad Autónoma. Las enfermedades objeto de declaración obligatoria vienen recogidas en un listado que incluye, en la actualidad, 35 enfermedades (ver Anexo 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 Participación, 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 Participación, donde una vez depurados y completados, se notifican a la correspondiente Subcomisión del Plan Nacional sobre el SIDA para su inclusión en el Registro Nacional.

2. METODOLOGÍA DEL INFORME

Con este informe se pretende dar a conocer los resultados provisionales, a fecha 28 de abril de 2011, obtenidos por el sistema de vigilancia epidemiológica de las EDO durante el año 2010, 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.).

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 2010. 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 2010.

Se actualizan los datos del 2009, recogidos con carácter provisional en el Informe Epidemiológico de dicho año y que se consideran consolidados, a nivel nacional, a fecha de 11 de noviembre de 2010. Estos datos pueden considerarse definitivos. (Los datos nacionales del 2010 son provisionales a fecha 22/03/2011).

Los Brotes y epidemias detectadas, así como otras situaciones de Alertas de Salud Pública se describen en el informe de Alertas de Salud Pública.

3. RESULTADOS

3.1 Resultados generales y evaluación del sistema

Las Enfermedades de Declaración Obligatoria que mayor incidencia presentaron en Asturias durante el año 2010 fueron los **procesos diarreicos** seguidos a distancia de la **gripe** con 54.098 casos y 12.504 casos respectivamente, lo que representa unas tasas de 4.989 y 1.153 casos por 100.000 h. La gripe ha disminuido su incidencia con respecto a 2009 en un 73% mientras que los procesos diarreicos se han incrementado en un 20%.

La **varicela**, aunque ya a distancia de las anteriores, ocupa el tercer lugar con 4.172 casos y una tasa de 385 casos por 100.000 h. Estas tres enfermedades, de declaración exclusivamente numérica, suponen el 99,3% del total de EDOs notificadas.

El 0,7% restante se reparte entre todas las demás.

- De ellas, la **tuberculosis pulmonar** fue la de mayor incidencia, con 155 casos (tasa de 14 casos por 100.000 h) seguida de la **sífilis**: (105 casos, tasa de 10 casos por 100.000 h). El tercer lugar lo ocupa la **infección gonocócica** (tasa de 6 casos por 100.000 h con 63 casos).
- El resto de enfermedades tuvieron **tasas inferiores a 5 casos por 100.000 h**.
- No se registró **ningún caso de** botulismo, brucelosis, cólera, difteria, fiebre amarilla, lepra, peste, poliomielitis, rabia, rubéola congénita, sarampión, sífilis congénita, tétanos, tétanos neonatal, tifus exantemático y triquinosis.

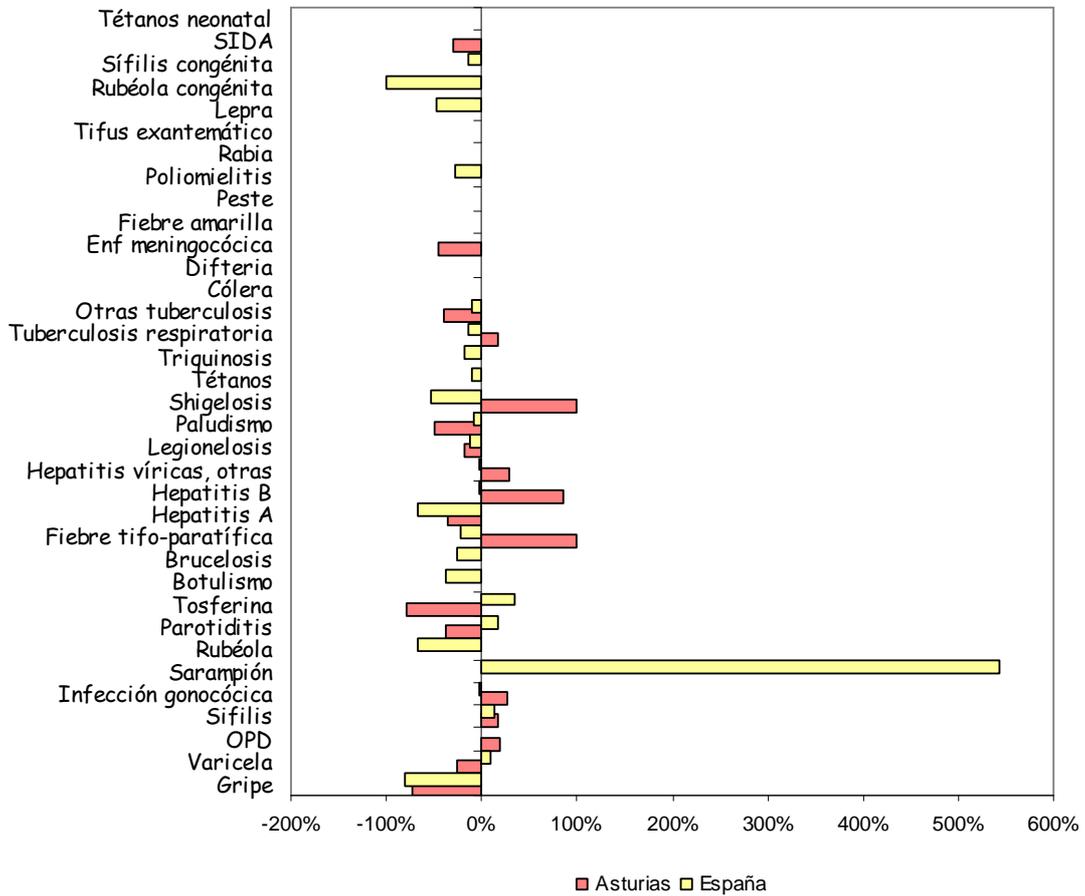
En relación al año 2009,

- Cabe destacar una **actividad gripal epidémica** inferior tanto en Asturias como, en el conjunto nacional (descensos relativos de un 73% y 81% respectivamente). Ello se pone en relación con la aparición en abril de 2009 del nuevo virus gripal pandémico A (nH1N1), que originó una onda epidémica a lo largo de varias semanas alcanzándose el pico de la temporada 09-10 de modo muy precoz (semanas 44-46 de 2009), juntándose por tanto en 2009 dos picos epidémicos de gripe: el de la temporada 08-09 y el ya señalado 09-10.
- En **Asturias** es destacable el descenso en el número de casos de **tosferina** (4 veces menos casos que en 2009), **enfermedad meningocócica** (cuyo número de casos se redujo prácticamente a la mitad) y **parotiditis** y **hepatitis A** que se redujeron en una tercera parte.
- En **España**, de modo global, destacar el incremento que ha experimentado el **sarampión**, que en 2009 había logrado reducido el número de casos en casi 8 veces en relación con el control de los brotes por esta enfermedad que habían ocurrido en años previos. Reseñar, asimismo, el descenso que ha experimentado la **hepatitis A**, que ha reducido en un -66% el número de casos.

(El sarampión, enfermedad en fase de eliminación, con una tasa de incidencia inferior a 1 caso por 10⁶ h en 2005, incrementó en 14 veces el número de casos en 2006 en relación con diversos brotes repartidos por el territorio nacional, fundamentalmente Madrid, manteniendo en 2008 tasas de 6,7 casos por 10⁶ h que se redujeron en 2009 a tasas inferiores a 1 caso por 10⁶ h. En 2010, y nuevamente en relación a brotes, el número de casos aumentó en 6 veces elevándose la incidencia a valores de 6 casos por 10⁶ h).

El porcentaje de variación experimentado por cada enfermedad en el año 2010 con respecto al 2009 se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 1: Porcentaje de variación de las EDO con respecto al año 2009. Asturias y España



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.

Tabla 1: Nº de casos y tasa por 100.000 h. EDO. Asturias y España. 2009-2010

| Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) | Asturias | | | | España | | | |
|-----------------------------------------------|----------|--------|--------|--------|---------|-------|-----------|---------|
| | 2010 | | 2009 | | 2010 | | 2009 | |
| | N | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| Numérica | | | | | | | | |
| Gripe | 12.504 | 1153,1 | 45.808 | 4220,8 | 216.401 | 475,6 | 1.137.615 | 2.521,9 |
| Varicela | 4.172 | 384,7 | 5.578 | 514,0 | 155.772 | 342,4 | 141.399 | 313,5 |
| OPD | 54.098 | 4989,0 | 45.520 | 4194,3 | - | - | - | - |
| Sífilis | 105 | 9,7 | 90 | 8,3 | 2.842 | 6,3 | 2.506 | 5,6 |
| Infección gonocócica | 63 | 5,8 | 50 | 4,6 | 1.897 | 4,2 | 1.954 | 4,3 |
| Datos Epidemiológicos Básicos | | | | | | | | |
| Sarampión | 0 | 0 | 0 | 0 | 283 | 0,6 | 44 | 0,1 |
| Rubéola | 1 | 0,1 | 0 | 0 | 10 | 0,02 | 30 | 0,1 |
| Parotiditis | 38 | 3,5 | 61 | 5,6 | 2.528 | 5,6 | 2.172 | 4,8 |
| Tos ferina | 2 | 0,2 | 9 | 0,8 | 730 | 1,6 | 538 | 1,2 |
| Nominal | | | | | | | | |
| Botulismo | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 8 | 0,02 | 13 | 0,03 |
| Brucelosis | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 106 | 0,2 | 143 | 0,3 |
| Fiebre tifo-paratífica | 2 | 0,2 | 1 | 0,1 | 55 | 0,1 | 70 | 0,2 |
| Hepatitis A | 25 | 2,3 | 40 | 3,7 | 905 | 2,0 | 2.695 | 6,0 |
| Hepatitis B | 13 | 1,2 | 7 | 0,7 | 850 | 1,9 | 871 | 1,9 |
| Hepatitis víricas, otras | 18 | 1,7 | 14 | 1,3 | 697 | 1,5 | 708 | 1,6 |
| Legionelosis | 29 | 2,7 | 35 | 3,2 | 1.154 | 2,5 | 1.307 | 2,9 |
| Paludismo | 2 | 0,2 | 4 | 0,4 | 378 | 0,8 | 409 | 0,9 |
| Shigelosis | 2 | 0,2 | 1 | 0,1 | 112 | 0,3 | 237 | 0,5 |
| Tétanos | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 8 | 0,02 | 9 | 0,02 |
| Triquinosis | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 17 | 0,04 | 21 | 0,05 |
| Tuberculosis respiratoria | 155 | 14,4 | 132 | 12,2 | 5.301 | 11,6 | 6.131 | 13,6 |
| Otras tuberculosis | 21 | 1,94 | 35 | 3,2 | 85 | 0,2 | 95 | 0,2 |
| Urgente | | | | | | | | |
| Cólera | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Difteria | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Enfermedad meningocócica | 11 | 1,0 | 20 | 1,8 | 517 | 1,1 | 725 | 1,6 |
| Fiebre amarilla | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Peste | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Poliomielitis | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Rabia | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Tifus exantemático | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Registro de casos | | | | | | | | |
| Lepra | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 18 | 0,04 | 34 | 0,08 |
| Rubéola congénita | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 2 | 0,0 |
| Sífilis congénita | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 12 | 0,03 | 14 | 0,03 |
| Tétanos neonatal | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| SIDA | 19 | 1,8 | 27 | 2,5 | 196* | 0,4 | 1.037 | 2,2 |
| EETH | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 45 | 0,1 | 57 | 0,1 |

* Datos hasta 30 de junio de 2010 no corregidos por retraso en la notificación

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 2010.

Tabla 2: EDO. Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h por Área Sanitaria. Asturias. 2010

| Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) | Área Sanitaria | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------|----------------|--------|---------|--------|----------|--------|---------|--------|--------|--------|---------|--------|----------|---------|-----------|---------|---------------|--------|
| | Área I | | Área II | | Área III | | Área IV | | Área V | | Área VI | | Área VII | | Área VIII | | Asturias | |
| Númérica | Casos | Tasa | Casos | Tasa | Casos | Tasa | Casos | Tasa | Casos | Tasa | Casos | Tasa | Casos | Tasa | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| Gripe | 530 | 1062,8 | 328 | 1078,4 | 1.716 | 1101,9 | 4.826 | 1411,0 | 2.756 | 909,5 | 483 | 903,70 | 844 | 1223,63 | 1.021 | 1262,80 | 12.504 | 1161,4 |
| Varicela | 479 | 960,5 | 40 | 131,5 | 412 | 264,6 | 742 | 216,9 | 1.775 | 585,7 | 139 | 260,07 | 229 | 332,00 | 356 | 440,31 | 4.172 | 387,5 |
| OPD | 2.430 | 4872,8 | 771 | 2534,9 | 9.992 | 6416,4 | 15.369 | 4493,6 | 13.911 | 4590,5 | 2.710 | 5070,4 | 4.329 | 6276,2 | 4.586 | 5672,09 | 54.098 | 5024,7 |
| Sífilis | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 4 | 2,6 | 54 | 15,8 | 24 | 7,9 | 12 | 22,5 | 3 | 4,3 | 7 | 8,66 | 105 | 9,8 |
| Infección gonocócica | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 6 | 3,9 | 34 | 9,9 | 11 | 3,6 | 3 | 5,6 | 3 | 4,3 | 5 | 6,18 | 63 | 5,9 |
| Datos Epidemiológicos Básicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sarampión | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,0 |
| Rubéola | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 | 1 | 0,1 |
| Parotiditis | 2 | 4,0 | 3 | 9,9 | 4 | 2,6 | 13 | 3,8 | 12 | 4,0 | 1 | 1,9 | 3 | 4,3 | 0 | 0,00 | 38 | 3,5 |
| Tosferina | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,6 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 | 2 | 0,2 |
| Nominal | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fiebre tifo-paratífica | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 0,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 | 2 | 0,2 |
| Hepatitis A | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 2,6 | 9 | 2,6 | 9 | 3,0 | 2 | 3,7 | 1 | 1,4 | 0 | 0,00 | 25 | 2,3 |
| Hepatitis B | 1 | 2,0 | 2 | 6,6 | 2 | 1,3 | 4 | 1,2 | 4 | 1,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 | 13 | 1,2 |
| Hepatitis víricas, otras | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,6 | 3 | 0,9 | 5 | 1,6 | 3 | 5,6 | 4 | 4,8 | 2 | 2,47 | 18 | 1,7 |
| Legionelosis | 0 | 0,0 | 2 | 6,6 | 2 | 1,3 | 11 | 3,2 | 9 | 3,0 | 1 | 1,9 | 3 | 4,3 | 1 | 1,24 | 29 | 2,7 |
| Paludismo | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 | 1 | 1,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 | 2 | 0,2 |
| Shigelosis | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 1 | 1,4 | 0 | 0,00 | 2 | 0,2 |
| Tuberculosis respiratoria | 3 | 6,0 | 8 | 26,3 | 8 | 5,1 | 55 | 16,1 | 45 | 14,8 | 3 | 5,6 | 11 | 15,9 | 22 | 27,21 | 155 | 14,4 |
| Otras tuberculosis | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 1,3 | 6 | 1,8 | 6 | 2,0 | 1 | 1,9 | 4 | 5,8 | 2 | 2,47 | 21 | 2,0 |
| Urgente | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad meningocócica | 0 | 0,0 | 2 | 6,6 | 1 | 0,6 | 2 | 0,6 | 6 | 2,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 | 11 | 1,0 |
| Registro de casos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIDA | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9 | 2,6 | 8 | 2,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 | 19 | 1,8 |

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 I (Jarrio), II (Cangas de Narcea), III (Avilés), V (Gijón), VI (Arriondas) y VIII (Langreo) tuvieron coberturas del 100%. La menor cobertura, de un 97% correspondió al Área IV (Oviedo). Estos resultados son similares a los de años previos.

En cuanto a la variación en la declaración, el Área IV es la que presenta, de modo tradicional, unos peores resultados. Sin embargo, es de destacar la enorme y persistente mejoría de este Área, iniciada en 2005, con respecto a años previos. En 2010, se produjo un aumento de este coeficiente en el Área VII en relación a una semana en la que dicho Área no hizo la declaración de las EDO.

Tabla 3: EDO. Cobertura y dispersión por Área Sanitaria. Asturias.2010.

| Área Sanitaria | Media | Desviación Standard | Coefficiente dispersión |
|----------------|-------|---------------------|-------------------------|
| I | 100% | 0,0 | 0,0 |
| II | 100% | 0,0 | 0,0 |
| III | 100% | 0,0 | 0,0 |
| IV | 97% | 3,8 | 4,0 |
| V | 100% | 0,0 | 0,0 |
| VI | 100% | 0,0 | 0,0 |
| VII | 98% | 13,9 | 14,2 |
| VIII | 100% | 0,0 | 0,0 |
| Asturias | 99% | 1,9 | 1,9 |

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

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 incidencia, tanto en Asturias, como en España. En número de casos, en Asturias se han registrado casi 4 veces menos en relación a 2009 y en España 5 veces menos.
- Las **tuberculosis respiratorias** que iniciaron una tendencia descendente en 1998, se han incrementado en el último año un 17% en Asturias, disminuyendo un 14% a nivel nacional.
- En relación a la **legionelosis**, esta enfermedad se ha reducido ligeramente tanto en nuestra comunidad (-17%), como en el conjunto nacional (-12%).
- La **enfermedad meningocócica** se ha reducido de manera llamativa (casi un 50%) en Asturias con respecto a 2009. En España también hubo un descenso aunque en menor medida. Señalar que esta enfermedad se había incrementado considerablemente en Asturias en el año 2008 volviendo a valores de incidencia similares a años previos en 2009.

A continuación se muestra el número de casos de cada una de ellas durante 2010 y la tasa de incidencia que suponen.

Tabla 4: Enfermedades de transmisión respiratoria. Asturias y España 2010. Nº de casos. 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 | 12.504 | 1 153 | 216.401 | 475,6 |
| Legionelosis | 29 | 2,7 | 1.154 | 2,5 |
| Tuberculosis | 176 ¹ | 16,4 | 5.386 ² | 11,8 |
| Enf meningocócica | 11 | 1,0 | 517 | 1,1 |

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).

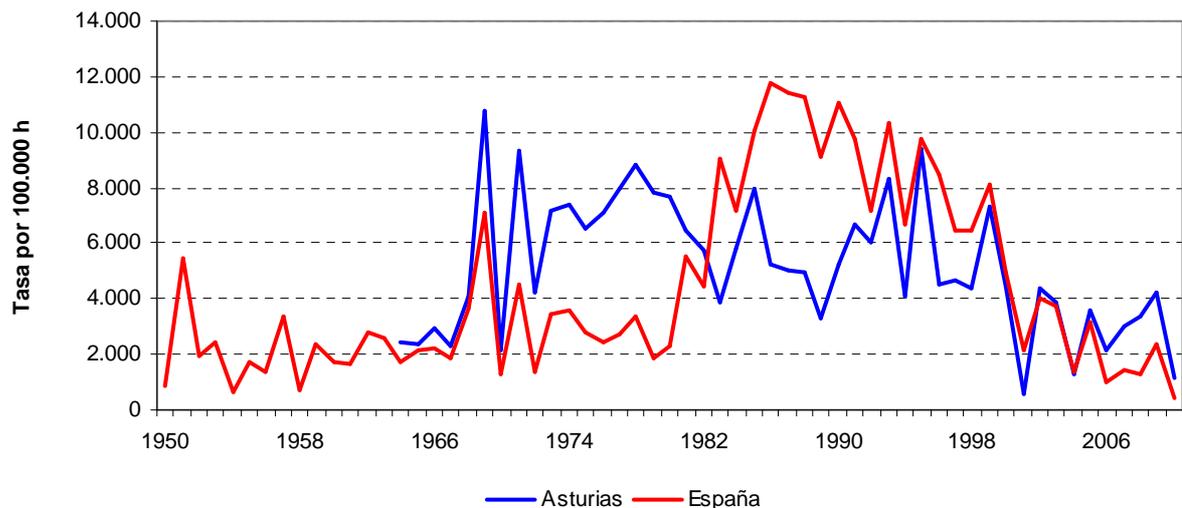
En España, además del sistema EDO, la gripe se vigila mediante una red de Sistemas de Vigilancia Centinela, dependientes de cada Comunidad Autónoma y formados por médicos y pediatras de Atención Primaria. Esta red permite recoger información epidemiológica individualizada de los casos (edad, sexo, estado vacunal etc) que 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 2009 apareció un nuevo virus gripal de origen porcino, identificado por primera vez en los EEUU y procedente de México, declarando la OMS estado de pandemia el 5 de junio de 2009. En España, se produjo durante el otoño de 2009 una onda pandémica que alcanzó su pico en la semana 46. Señalar que la segunda mitad de la onda epidémica de la temporada 2008-2009 ocurrió de la semana 1 a la semana 3 de 2009, de tal modo que en 2009, fueron notificados al sistema de declaración obligatoria en Asturias 45.808 casos (tasa de 4.220,8 casos por 100.000 h). Ello explica que durante el año 2010 se redujeron notablemente las gripes tanto en Asturias (-73%) como en España (-81%).

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. 1950-2010. Tasa por 100.000 h



Estacionalidad.

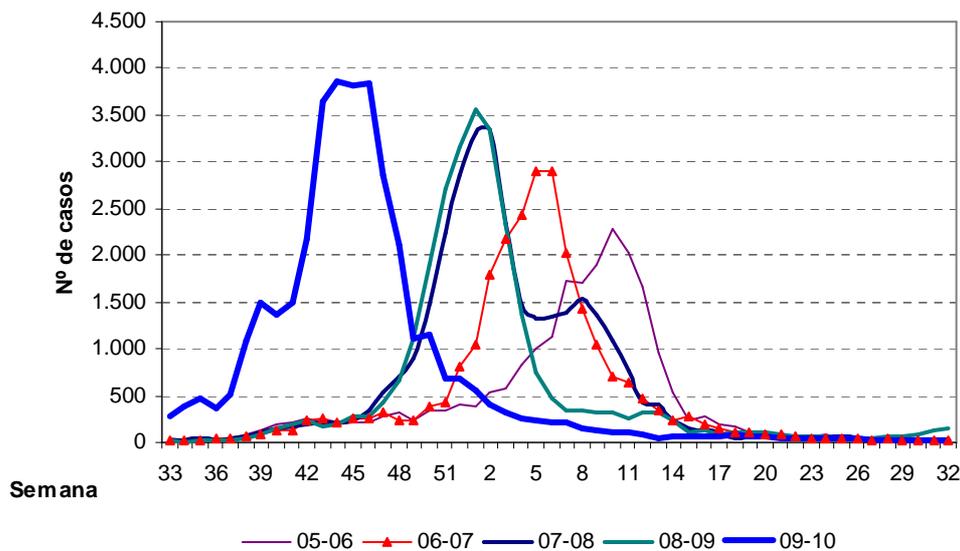
La gripe es una enfermedad que se presenta en ondas epidémicas con claro componente estacional, por lo que su vigilancia se realiza por temporadas epidemiológicas. El periodo de estudio comienza en la semana 33 de un año y finaliza en la semana 32 del siguiente.

Durante la temporada epidemiológica 09-10, se produjeron 37.032 casos de gripe en Asturias, lo que supone una tasa de 3.415 casos por 100.000 h. Esta incidencia supone un incremento de la actividad gripal con respecto a la temporada previa, que se caracterizó por un nivel de intensidad moderado, con un pico máximo la semana 52 de 2008.

El pico de incidencia de la temporada 09-10 abarcó de la semana 44 a la 46 de 2009 (31 de octubre al 20 de noviembre) con una tasa en torno a los 350 casos por 100.000 h. En el siguiente gráfico, se representa el patrón epidémico de las últimas cinco temporadas. En relación a ellas, la temporada 09-10 ha presentado una actividad gripal ligeramente superior.

Durante la temporada 2009-2010, la red centinela de vigilancia de la gripe en Asturias objetivó un predominio de virus A (nH1N1).

Gráfico 3: Gripe en Asturias. Temporadas 05-10. Patrón epidemiológico anual



Distribución espacial

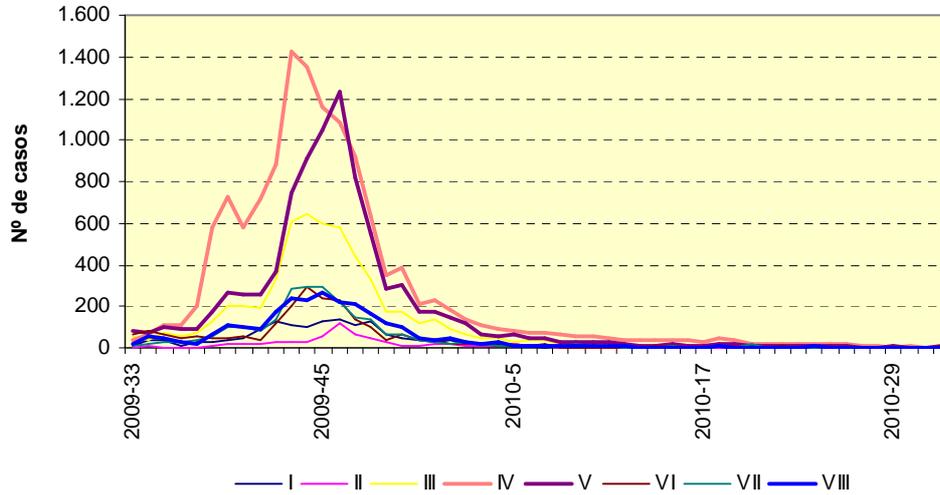
La mayor incidencia de la temporada 09-10 correspondió al Área VI con una tasa de 4.028 casos por 100.000 h. Todas las Áreas superaron los 2.000 casos por 100.000 h.

Tabla 5: Gripe por Área Sanitaria. Asturias. Temporada 09-10

| | Área I | Área II | Área III | Área IV | Área V | Área VI | Área VII | Área VIII | Asturias |
|-------------|--------|---------|----------|---------|--------|---------|----------|-----------|---------------|
| Nº | 1.527 | 625 | 5.710 | 13.206 | 8.859 | 2.153 | 2.359 | 2.593 | 37.032 |
| Tasa | 3.062 | 2.055 | 3.667 | 3.861 | 2.923 | 4.028 | 3.420 | 3.207 | 3.415 |

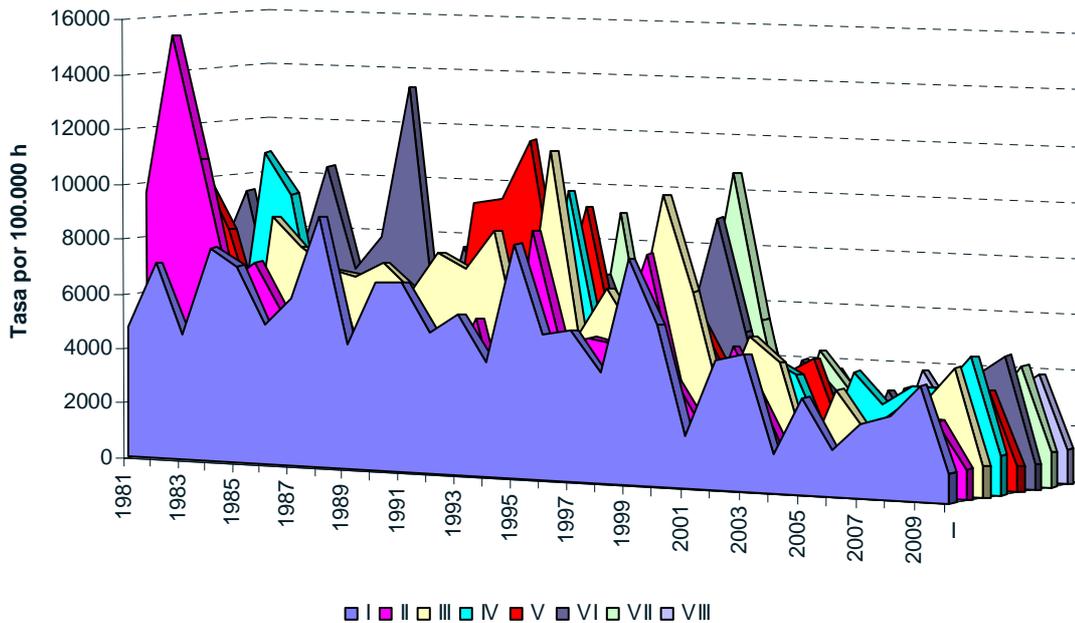
En el siguiente gráfico se representa el número de casos por Área Sanitaria y semana epidemiológica correspondiente a la temporada 2009-2010.

Gráfico 4: Gripe. Nº de casos por Área Sanitaria y semana epidemiológica. Asturias. Temporada 09-10



A continuación, se muestra la evolución anual de la gripe por Área Sanitaria desde el año 1981. Señalar la disminución de incidencia en todas las Áreas que parece observarse en la última década.

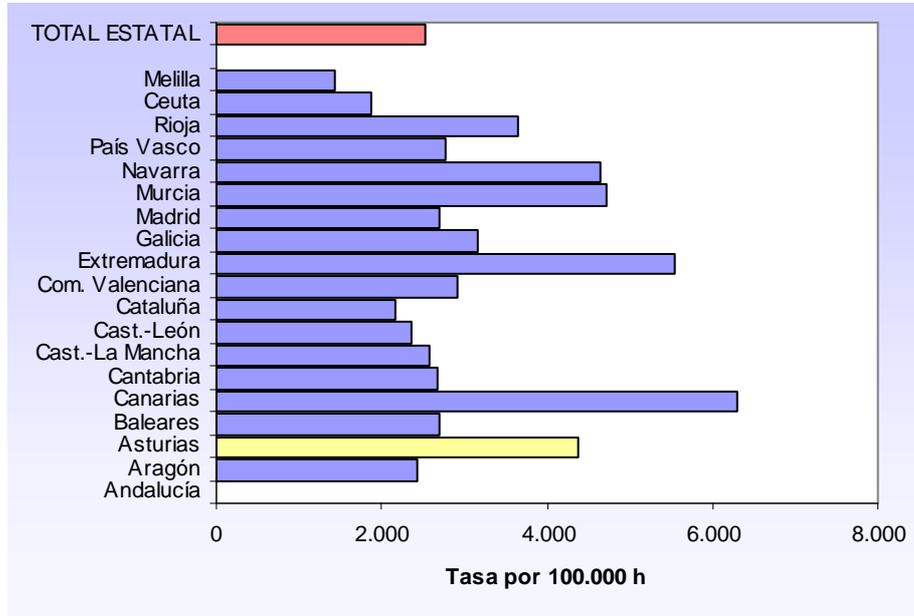
Gráfico 5: Gripe. Tasa de incidencia por 100.000 h por Área Sanitaria y año. Asturias 1981-2010



Comparativo nacional

Canarias fue la CCAA que, durante 2009, presentó la mayor tasa de incidencia con más de 6.000 casos por 100.000 h. Por el contrario, Melilla presentó la menor incidencia (no consta notificación de casos en Andalucía). Asturias ocupó el quinto lugar con 4.377 casos por 100.000 h (tasa que superó ampliamente la media nacional: 2.522 casos por 100.000 h).

Gráfico 5: Gripe por CCAA. España 2009. Tasa de incidencia por 100.000 h



El nivel de intensidad de la actividad gripal registrado en España en la **temporada 2008-2009** fue moderado y estuvo asociado a una circulación mixta de virus de la gripe A y B. Desde el comienzo de la temporada y hasta alcanzarse la máxima actividad gripal predominó la circulación del virus de la gripe A (H3N2) mientras que en el descenso de la onda epidémica y hasta el final de la temporada se registró una circulación mayoritaria de virus de la gripe B. Las tasas más altas de la enfermedad se registraron en los menores de 15 años aunque también en adultos jóvenes se registraron tasas altas de incidencia.

A nivel global, el pico máximo de incidencia de gripe se alcanzó la semana 53 de 2008 (28 de diciembre al 3 de enero) con una tasa de 218 casos por 100.000 h, valor similar al registrado en la temporada previa.

La **temporada 2009-2010**, caracterizada por la aparición de un nuevo virus gripal de origen porcino: A nH1N1, dio lugar a una pandemia cuya presentación en el tiempo se adelantó en comparación con las temporadas estacionales de gripe previas, iniciándose la onda de ascenso en la semana 40 de 2009 y alcanzando el pico en la semana 46 (328 casos por 100.000 h). Esta cifra de incidencia máxima se sitúa en el rango de las observadas en las últimas trece temporadas gripales.

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 detectados con sistemas de búsqueda activa (CMBD, laboratorios de microbiología, etc). La única fuente de información para la obtención de datos sobre la tuberculosis en Asturias en 2010, al igual que en años previos desde el 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.

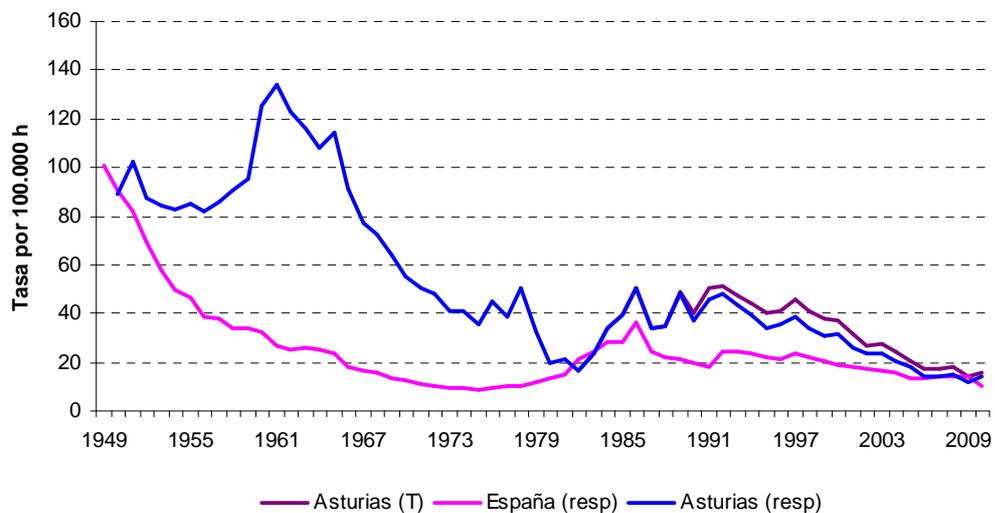
Incidencia. Tendencias.

Durante el año 2010 se notificaron 155 casos de tuberculosis respiratoria en Asturias (145 pulmonares y 10 pleurales) lo que supone una tasa de 14 casos por 100.000 h. En España, de modo global, se notificaron 5.301 casos (tasa de 12 casos por 100.000 h). Esto supone un incremento relativo con respecto al año 2009 de un 17% en Asturias y un descenso relativo de un 14% en el conjunto nacional.

Tabla 6: TBC respiratoria. Asturias y España. 2005-2010. Nº de casos y tasa por 100.000 h

| AÑO | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 2005 | 192 | 17,8 | 5.765 | 13,1 |
| 2006 | 154 | 14,3 | 5.851 | 13,1 |
| 2007 | 161 | 15,0 | 6.546 | 14,5 |
| 2008 | 166 | 15,4 | 6.619 | 14,3 |
| 2009 | 132 | 12,2 | 6.131 | 13,6 |
| 2010 | 155 | 14,4 | 5.301 | 11,6 |

Gráfico 6: TBC respiratoria. Asturias y España. 1950- 2010. Tasa por 100.000 h



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 2009, la incidencia nacional ha superado la de nuestra CCAA.

Distribución Por Área Sanitaria

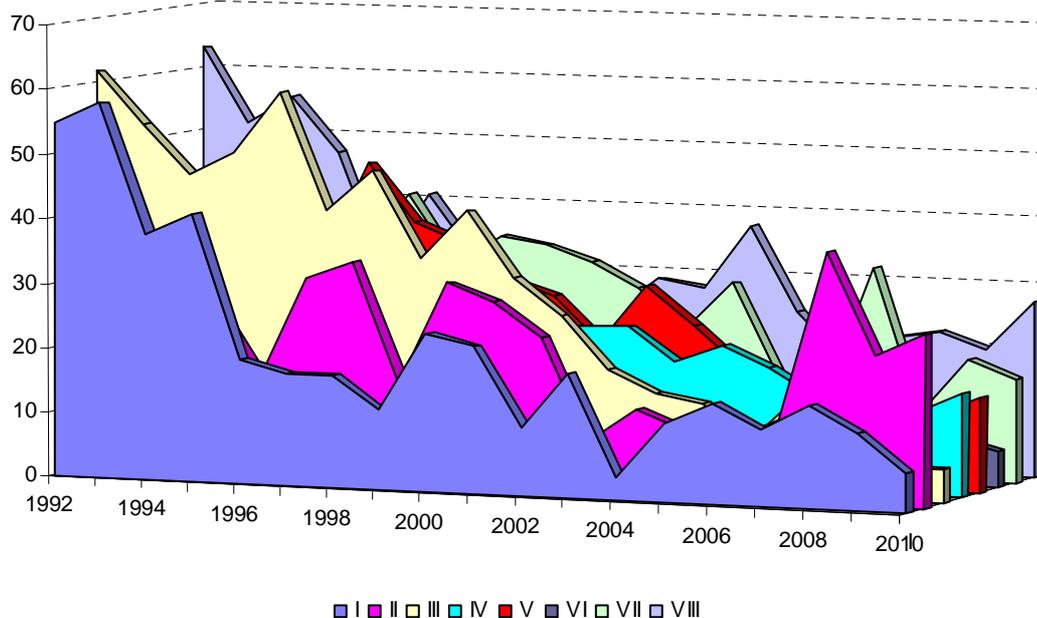
El Área Sanitaria con una incidencia más elevada fue el Área VIII con una tasa de 27 casos por 100.000 h seguida del Área II (tasa de 26 casos por 100.000 h). El Área con la incidencia más baja fue el Área III con una tasa de 5 casos por 100.000 h. Con respecto al año previo, señalar un leve descenso en las Áreas I, VI y VII; una estabilización en el Área III, y un incremento generalizado en las demás Áreas. Es de destacar el aumento que se produjo en el Área VIII, que ha pasado de una tasa de 19 a una tasa de 27 casos por 100.000 h.

Tabla 7: TBC respiratorias. Tasa por 100.000 h por Área Sanitaria. Asturias 2009-2010

| | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Asturias |
|----------|------|------|-----|------|------|-----|------|------|----------|
| Año 2009 | 11,8 | 22,4 | 5,2 | 12,8 | 11,6 | 7,4 | 18,5 | 19,6 | 12,2 |
| Año 2010 | 6,0 | 26,3 | 5,1 | 16,1 | 14,8 | 5,6 | 15,9 | 27,2 | 14,3 |

La evolución anual de las tuberculosis respiratorias por Área Sanitaria se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 7: TBC respiratoria por Área Sanitaria. Asturias 1992-2010



Características de los casos

Distribución por edad y sexo

Según el género, se mantiene un claro predominio masculino. El 73% de los casos ocurrieron en hombres siendo la tasa de incidencia en ellos 3 veces superior a la de las mujeres (22,2 casos por 100.000 h vs 7,6 casos por 100.000 h).

La incidencia en hombres fue superior a la incidencia en mujeres a todas las edades (excepto en los grupos de 5 a 14 y de 15 a 24 años) siendo esta diferencia especialmente llamativa en los grupos de edad más avanzada.

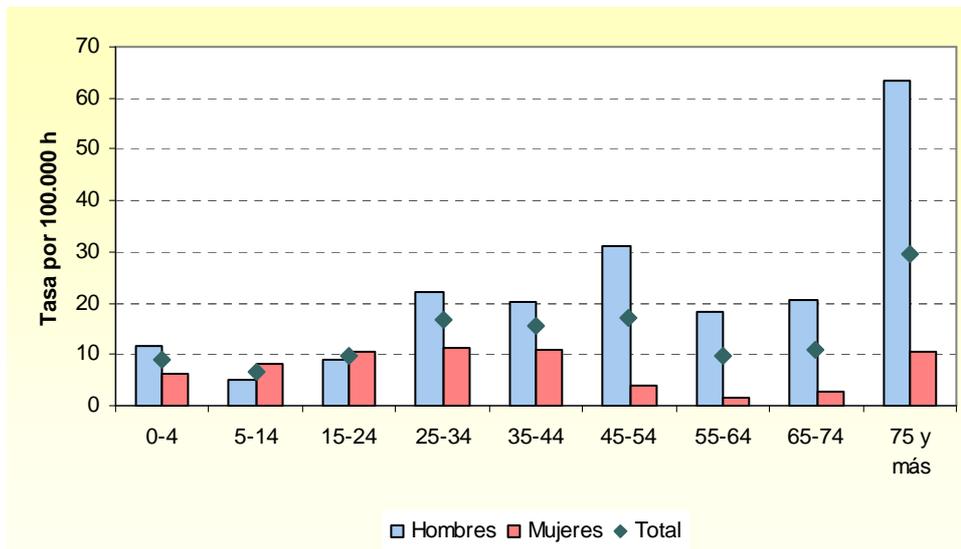
El grupo de edad más afectado de modo global, y más específicamente en hombres, es el de edad más avanzada (mayores de 75 años) con una tasa de 63 casos por 100.000. De este modo, continua la tendencia de desplazamiento de la enfermedad hacia estas edades, iniciada en el año 1996. Hasta entonces, las tasas más elevadas ocurrían en jóvenes hasta los 34 años. No obstante,

en mujeres no se observa esta tendencia encontrando las tasas más elevadas en los grupos de jóvenes de 15 a 44 años.

Tabla 8: TBC respiratorias por grupo de edad y sexo. Asturias 2010. N° de casos y tasa por 100.000 h

| Grupo de edad | Varón | | Mujer | |
|---------------|------------|-------------|-----------|------------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 0-4 | 2 | 11,7 | 1 | 6,3 |
| 5-14 | 2 | 5,2 | 3 | 8,1 |
| 15-24 | 6 | 8,8 | 7 | 10,7 |
| 25-34 | 18 | 22,2 | 9 | 11,3 |
| 35-44 | 16 | 20,0 | 9 | 10,9 |
| 45-54 | 23 | 31,1 | 3 | 3,9 |
| 55-64 | 10 | 18,4 | 1 | 1,7 |
| 65-74 | 12 | 20,8 | 2 | 2,8 |
| 75+ | 24 | 63,4 | 7 | 10,4 |
| Total | 113 | 22,2 | 42 | 7,6 |

Gráfico 8: TBC respiratorias por edad y sexo. Asturias 2010. Tasa de incidencia por 100.000 h



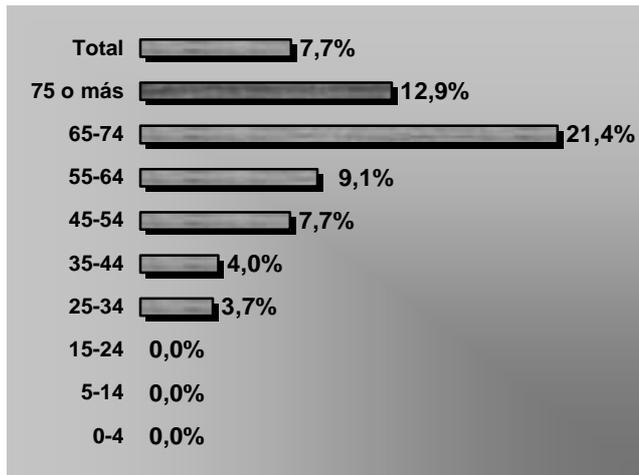
Mortalidad. Letalidad

Doce pacientes fallecieron lo que supone una letalidad del 7,7% y una tasa de mortalidad de 1 caso por 100.000 h. La tasa de mortalidad más elevada correspondió al grupo de 75 y más años mientras que la mayor letalidad (21%) ocurrió en el grupo de 65 a 74 años.

Tabla 9: TBC respiratoria. Asturias 2010. Casos y defunciones por grupo de edad. N° de casos y tasa de incidencia por 10⁵ h

| Grupo de edad | Casos | Tasa | Defunciones | Tasa |
|-----------------|------------|-------------|-------------|------------|
| 0-4 | 3 | 9,1 | 0 | 0,0 |
| 5-14 | 5 | 6,6 | 0 | 0,0 |
| 15-24 | 13 | 9,7 | 0 | 0,0 |
| 25-34 | 27 | 16,8 | 1 | 0,6 |
| 35-44 | 25 | 15,4 | 1 | 0,6 |
| 45-54 | 26 | 17,2 | 2 | 1,3 |
| 55-64 | 11 | 9,7 | 1 | 0,9 |
| 65-74 | 14 | 10,9 | 3 | 2,3 |
| 75 o más | 31 | 29,5 | 4 | 3,8 |
| Total | 155 | 14,6 | 12 | 1,1 |

Gráfico 9: TBC respiratorias. Asturias 2010. Letalidad por edad

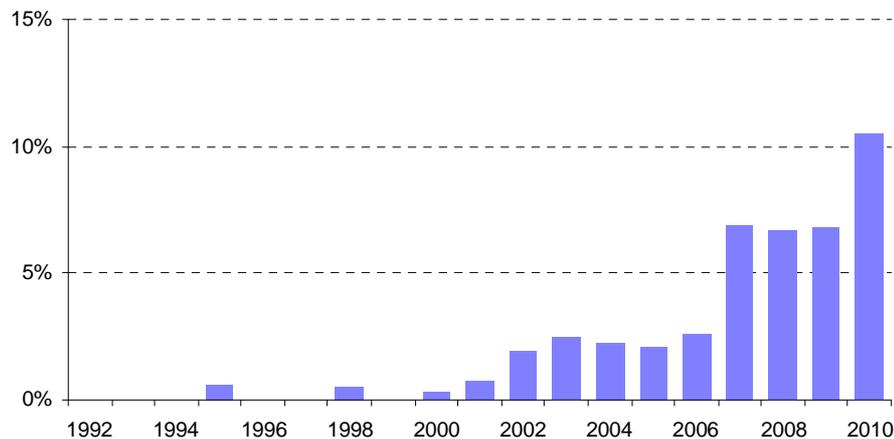


Factores de riesgo

Seis pacientes (3,9% del total) tenían una infección por VIH. No se registró ninguna defunción en este grupo de riesgo.

Otros 16 pacientes (10,3%) eran inmigrantes procedentes de otros países. El porcentaje de personas con tuberculosis respiratorias procedentes de otros países se ha ido incrementando con los años, multiplicándose por 5 desde el año 2002 hasta el 2010. En el siguiente gráfico se muestra este dato.

Gráfico 10: Tuberculosis respiratoria. Asturias 1992-2010. Porcentaje de pacientes procedentes de otros países



Clasificación de los casos

El 49% de los casos (76) se confirmaron mediante cultivo. Además, un 33% de enfermos (51) presentaron una baciloscopia positiva, desconociéndose el resultado del cultivo. En un 18% de casos (27), el diagnóstico se realizó por sospecha clínica.

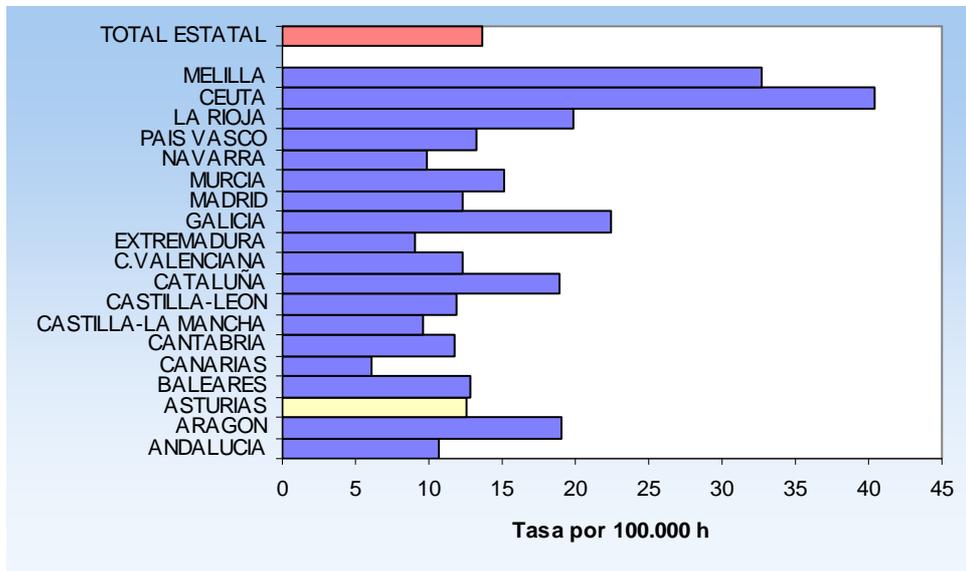
Un 53% de pacientes (83) eran bacilíferos y, por tanto, potenciales transmisores de la enfermedad.

El 96,8% de casos (149) fueron esporádicos, un 1,9% (3) se clasificaron como secundarios y el 1,3% restante (2) se asociaron a brote. Todos los casos fueron de nuevo diagnóstico.

Comparativo nacional

Asturias siempre fue una de las CCAA con mayor incidencia de tuberculosis respiratoria. Sin embargo, en 2009 ocupó un lugar intermedio con una tasa de 13 casos por 100.000 h, (similar a la media estatal: 14 por 100.000 h). *Esto puede ser un indicador de un importante grado de infranotificación en nuestra comunidad.* Ceuta (tasa de 40) y, Melilla (tasa de 33), en las dos primeras posiciones, presentan las tasas más elevadas y son, de media, 5 veces más elevadas que las tasas de las dos comunidades que ocupan los últimos puestos: Canarias y Extremadura con 6 y 9 casos por 100.000 h respectivamente.

Gráfico 11: TBC respiratoria por CCAA. España 2009. Tasa de incidencia por 100.000 h



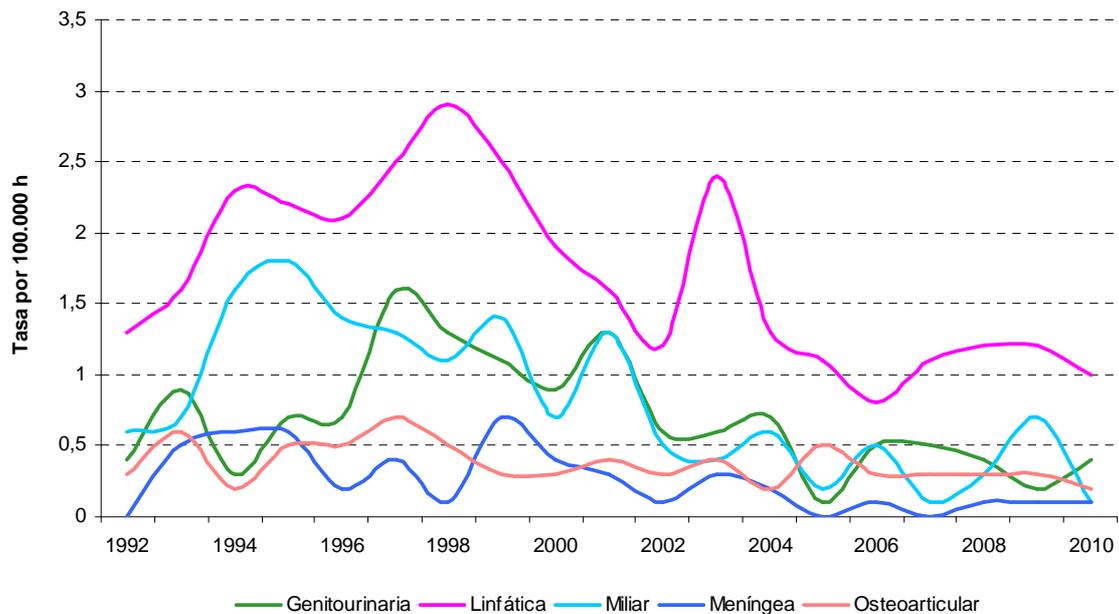
Otras tuberculosis

Se registraron 21 casos de otras tuberculosis (tasa de 2 casos por 100.000 h), cifra algo inferior a años previos. La localización más frecuente sigue siendo la linfática (11 casos), que representa el 52% del total. Estos datos se muestran en la siguiente tabla y gráfico.

Tabla 10: TBC no respiratorias. Asturias. 1992-2010. Nº de casos y tasa por 100.000 h por localización.

| Año | Osteoarticular | | Genitourinaria | | Linfática | | Miliar | | Meningea | | Otras | |
|------|----------------|------|----------------|------|-----------|------|--------|------|----------|------|-------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 1992 | 3 | 0,3 | 4 | 0,4 | 14 | 1,3 | 7 | 0,6 | 0 | 0,0 | 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 | 26 | 2,5 | 16 | 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 | 16 | 1,5 | 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 | 3 | 0,3 | 5 | 0,5 | 9 | 0,8 | 5 | 0,5 | 1 | 0,1 | 19 | 1,8 |
| 2007 | 3 | 0,3 | 5 | 0,5 | 13 | 1,2 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 10 | 0,9 |
| 2008 | 3 | 0,3 | 5 | 0,5 | 13 | 1,2 | 3 | 0,3 | 2 | 0,1 | 7 | 0,6 |
| 2009 | 4 | 0,4 | 2 | 0,2 | 13 | 1,2 | 9 | 0,8 | 1 | 0,1 | 5 | 0,5 |
| 2010 | 2 | 0,2 | 4 | 0,4 | 11 | 1,0 | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 | 2 | 0,2 |

Gráfico 12: TBC no respiratorias. Asturias. 1992-2010. Tasa por 100.000 h por localización.



Distribución espacial

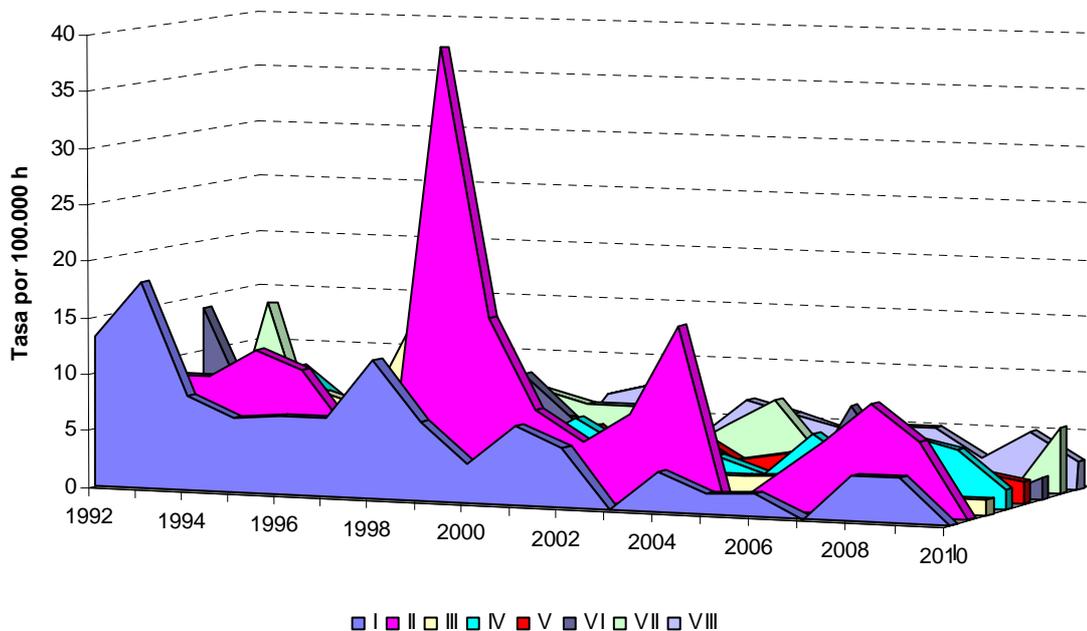
Por Área Sanitaria, de modo global y para todas las formas de tuberculosis, el Área VIII fue la que presentó una mayor tasa de incidencia en 2010, con un valor casi 2 veces superior a la media de Asturias para dicho año. La mayor incidencia de tuberculosis no respiratorias correspondió al Área VII con casi 6 casos por 100.000 h siendo la media de Asturias para este año de 2 casos por 100.000 h.

Tabla 11: TBC por localización anatómica. Asturias 2010. Tasa por 100.000 h

| Localización | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Asturias |
|----------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| Pulmonar | 4,0 | 19,7 | 5,1 | 14,6 | 14,8 | 5,6 | 13,0 | 27,2 | 13,4 |
| Pleural | 2,0 | 6,6 | 0,0 | 1,5 | 0,0 | 0,0 | 2,9 | 0,0 | 0,9 |
| Osteoarticular | 0,0 | 0,0 | 0,6 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 |
| Genitourinaria | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,3 | 0,0 | 2,9 | 0,0 | 0,4 |
| Linfática | 0,0 | 0,0 | 0,6 | 0,9 | 1,3 | 0,0 | 2,9 | 1,2 | 1,0 |
| Miliar | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| Meníngicas | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,9 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| Otras | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 1,2 | 0,2 |
| TOTAL | 6,0 | 26,3 | 6,4 | 17,8 | 16,8 | 7,5 | 21,7 | 29,7 | 16,3 |

La evolución de las Tuberculosis no respiratorias por Área Sanitaria desde el año 1992 se muestra a continuación. Señalar un pico en el Área II en el año 99 en relación con el diagnóstico de una serie de casos prevalentes en gente mayor con reactivaciones tardías incluyendo formas pulmonares diseminadas.

Gráfico 13: TBC no respiratoria por Área Sanitaria. Asturias 1992-2010. Tasa por 100.000 h



Características de los casos

En las formas no respiratorias, en 2010, hubo un claro predominio de mujeres (2/3 parte de los casos). Por edad, la tasa más elevada ocurrió igualmente en el grupo de mayores de 75 años con 5 casos por 100.000 h aunque no hay grandes diferencias por grupos de edad. Sólo un paciente (5%) presentaba una infección VIH como enfermedad de base.

Se registraron dos defunciones en este grupo de tuberculosis.

Todos los casos, excepto un caso secundario, fueron casos esporádicos. Sólo se confirmaron el 62% de los casos.

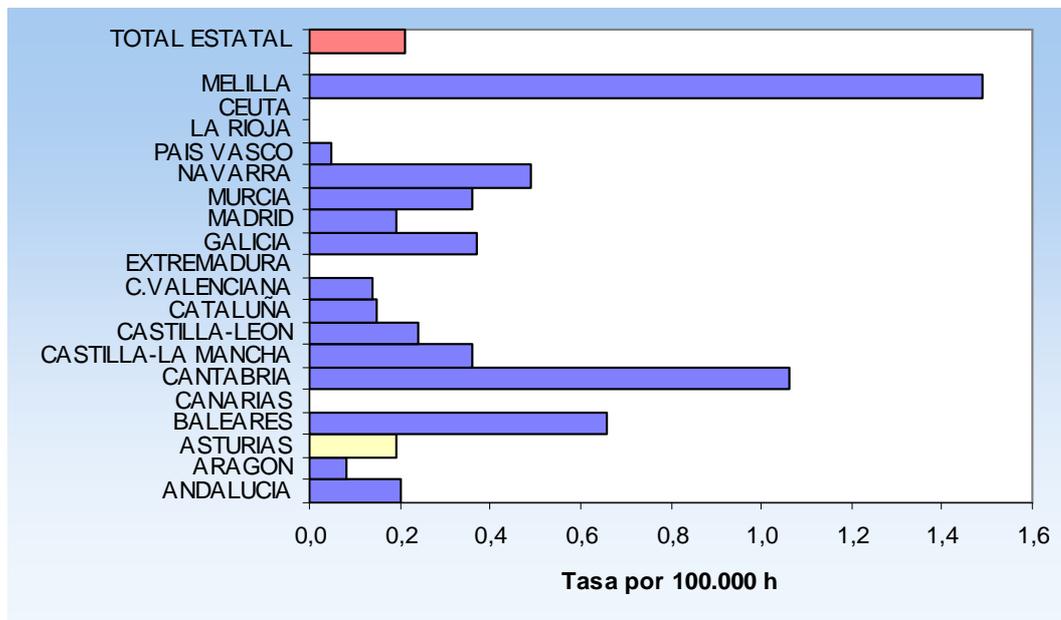
Ningún paciente presentó baciloscopia de esputo positiva, siendo potencialmente transmisor.

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 2009, se registraron en el total nacional 95 casos (tasa de 0,2), lo que supone estabilidad con respecto al año previo.

En todas las CCAA, salvo Melilla y Cantabria, la tasa fue inferior a 1 caso por 100.000 h. El mayor número de casos se registró en Andalucía (16) seguido de Madrid (12) y Cataluña (11). Sin embargo, la mayor tasa correspondió a Melilla que con 1 caso presentó una tasa de 1,5 casos por 100.000 h (Media estatal: 0,2 por 100.000 h). En Canarias, Extremadura, La Rioja y Ceuta no se registró ningún caso.

Gráfico 14: Meningitis tuberculosa por CCAA. España 2009. 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, comenzando la notificación de casos en Asturias a partir del 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 primeros años de vigilancia se relaciona, asimismo, con la disponibilidad y la generalización del uso 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. Su relevancia desde el punto de vista de la salud pública viene dada por su posible presentación en forma de brotes, comunitarios o nosocomiales, su letalidad especialmente en personas de edad avanzada o con enfermedades subyacentes, y la posibilidad de prevención mediante el control de las instalaciones que usan agua.

Incidencia. Tendencias

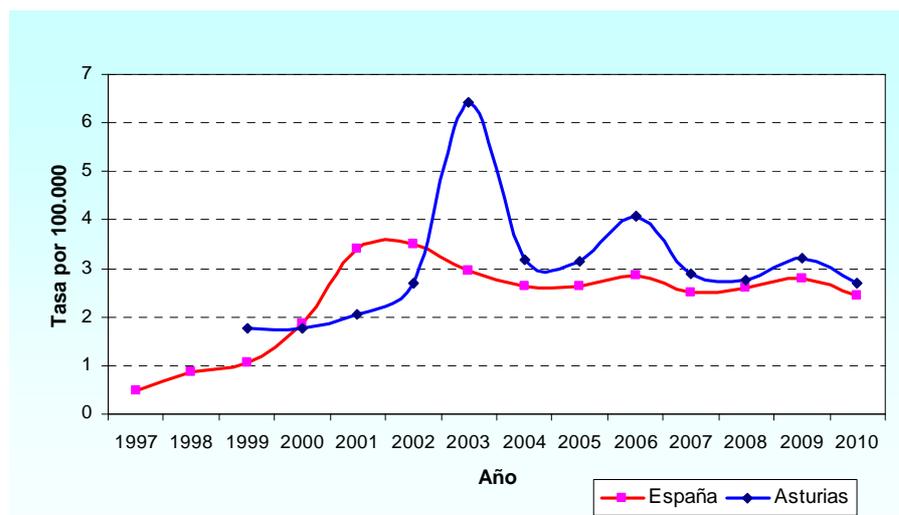
Durante el año 2010 se notificaron 29 casos aislados de legionella (tasa de 2,7 casos por 100.000 h). Esto supone un descenso leve con respecto a años previos. Sin embargo, la tasa del año 2010 en Asturias sigue siendo algo superior a la registrada en el conjunto nacional para el mismo periodo (tasa de 2,5 casos por 100.000 h), que se mantiene estable con respecto a los últimos años.

Tabla 12: Legionelosis. Asturias y España. Años 2005-2010. Nº de casos y tasa por 100.000 h

| AÑO | Asturias | | España | |
|-------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005* | 34 | 3,2 | 1.296 | 2,9 |
| 2006* | 44 | 4,1 | 1.343 | 3,0 |
| 2007* | 31 | 2,9 | 1.125 | 2,5 |
| 2008* | 30 | 2,8 | 1.334 | 2,9 |
| 2009* | 35 | 3,2 | 1.307 | 2,9 |
| 2010* | 29 | 2,7 | 1.154 | 2,5 |

* No incluye búsqueda activa

Gráfico 15: Legionelosis. Asturias (EDO, búsqueda activa) y España (EDO) Años 1997-2010. Tasa por 100.000 h



En este 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 2,5 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 2006, permaneciendo estable en los últimos años. Es de reseñar que no se realiza búsqueda activa de casos desde 2005.

Distribución por Área Sanitaria

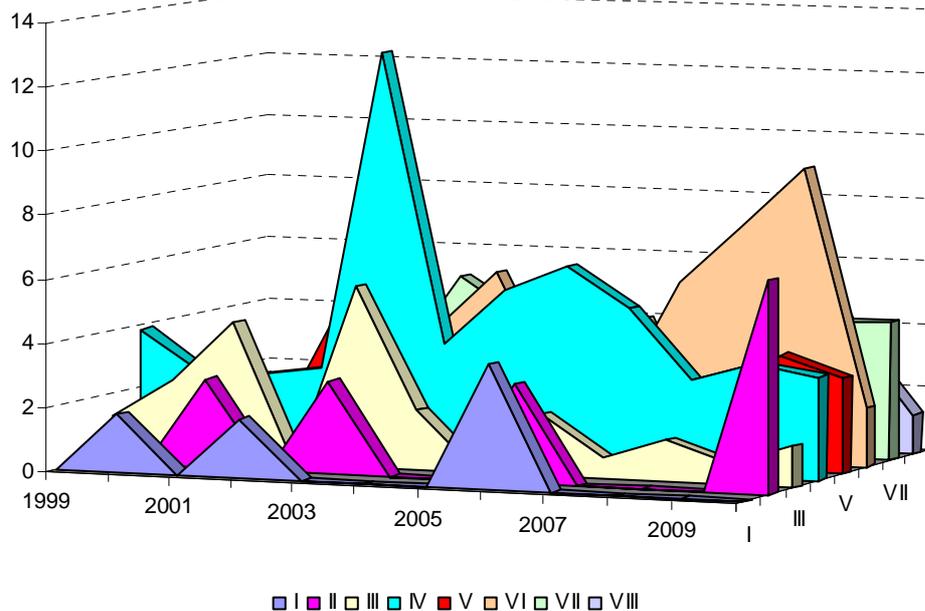
Por Área Sanitaria, el Área IV es el que muestra de modo global en estos años la incidencia más elevada, influenciada en gran medida por el aumento asociado a los cuatro brotes ocurridos en este Área durante el año 2003. Sin embargo, desde 2005 hasta 2007 y en esta Área, se produjo un aumento importante de la incidencia con respecto a los años previos, excluido 2003, disminuyendo esta incidencia a partir de 2008.

En 2010, la mayor incidencia correspondió al Área II que, con 2 casos, presentó una incidencia de 6,6 casos por 100.00 h.

Tabla 13: Legionelosis. Asturias. Años 1999-2010. 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 | 1,8 |
| 2000 | 1,8 | 0,0 | 2,5 | 2,6 | 1,7 | 1,8 | 0,0 | 0,0 | 1,8 |
| 2001 | 0,0 | 2,8 | 4,4 | 2,6 | 1,4 | 1,8 | 0,0 | 1,2 | 2,0 |
| 2002 | 1,8 | 0,0 | 0,0 | 2,9 | 5,1 | 0,0 | 2,6 | 2,3 | 2,7 |
| 2003 | 0,0 | 2,9 | 5,7 | 12,8 | 3,7 | 3,8 | 5,3 | 1,2 | 6,4 |
| 2004 | 0,0 | 0,0 | 1,9 | 3,7 | 1,0 | 5,6 | 4,1 | 3,6 | 2,5 |
| 2005 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 5,5 | 3,7 | 1,9 | 1,4 | 3,6 | 3,2 |
| 2006 | 3,9 | 3,1 | 1,9 | 6,4 | 3,7 | 1,9 | 4,2 | 2,4 | 4,1 |
| 2007 | 0,0 | 0,0 | 0,6 | 5,1 | 2,0 | 5,6 | 0,0 | 4,9 | 2,9 |
| 2008 | 0,0 | 0,0 | 1,3 | 3,0 | 2,3 | 7,4 | 1,4 | 7,4 | 2,8 |
| 2009 | 0,0 | 0,0 | 0,6 | 3,5 | 3,6 | 9,3 | 4,3 | 3,7 | 3,3 |
| 2010 | 0,0 | 6,6 | 1,3 | 3,2 | 3,0 | 1,9 | 4,3 | 1,2 | 2,7 |
| Total | 0,9 | 0,7 | 1,4 | 4,5 | 2,5 | 3,3 | 2,0 | 2,5 | 3,0 |

Gráfico 15: Legionelosis. Asturias. Años 1999-2010. Tasas por 100.000 h por Área Sanitaria de residencia.



En este gráfico, que muestra la evolución de esta enfermedad por Área Sanitaria, se observa el pico correspondiente al brote del año 2003 en el Área IV y el aumento de incidencia en esta Área

en los años posteriores al mismo. Es de señalar, asimismo, un aumento llamativo de incidencia en el Área VI correspondiente al periodo 2007-2009. Sin embargo, no se detectaron agrupaciones de casos que hiciesen sospechar el origen en una fuente común.

Características de los casos

Distribución por edad y sexo

En esta enfermedad está descrito un predominio masculino siendo la razón hombre/mujer para el año 2010 de 9/1.

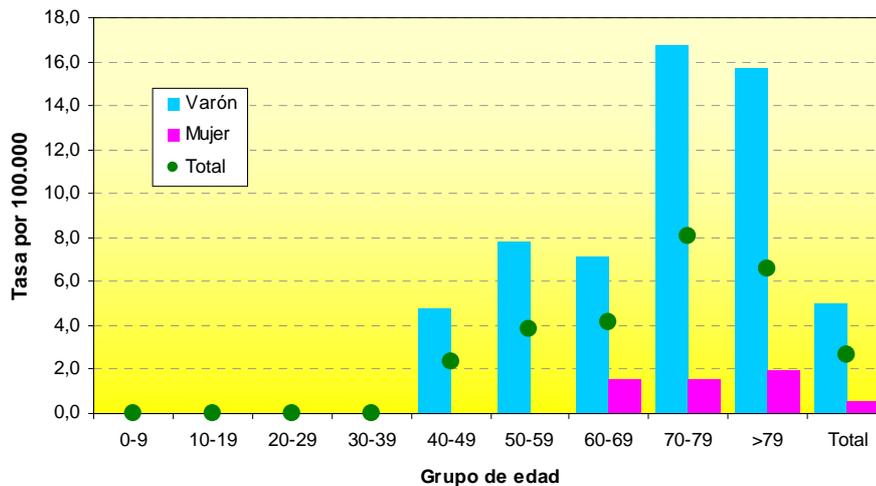
Al igual que en años previos, excepto 2006 en que la mayor tasa de incidencia ocurrió en el grupo de pacientes de 50 a 59 años, en 2010 la mayor incidencia de modo global y en varones se registró en pacientes mayores de 70 años. En los hombres de más de 70 años, la incidencia fue más de dos veces superior a los otros grupos de edad. Sin embargo, en mujeres no existieron estas diferencias. Señalar que la incidencia en hombres mayores de 70 años fue 9 veces superior a la de las mujeres de la misma edad.

Tabla 15. Legionelosis. Asturias Año 2010. Nº de casos y tasas por 100.000 h edad y sexo

| Edad | Hombres | | Mujeres | |
|--------------|-----------|------------|----------|------------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 0-9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 10-19 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 20-29 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 30-39 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 40-49 | 4 | 4,8 | 0 | 0,0 |
| 50-59 | 6 | 7,8 | 0 | 0,0 |
| 60-69 | 4 | 7,1 | 1 | 1,6 |
| 70-79 | 8 | 16,8 | 1 | 1,6 |
| 80 y más | 4 | 15,7 | 1 | 2,0 |
| TOTAL | 26 | 5,0 | 3 | 0,5 |

En el siguiente gráfico se representan las tasas de incidencia del año 2010 por edad y sexo.

Gráfico 16: Legionelosis. Asturias 2010. Tasas por 100.000 h por edad y sexo



Factores de riesgo

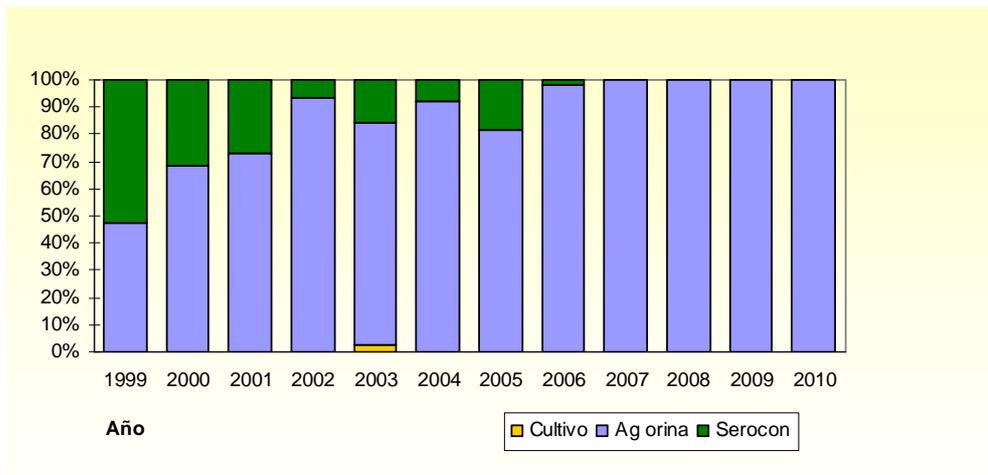
El factor de riesgo más importante fue el tabaquismo, presente en casi la mitad de los casos. Otros factores de riesgo fueron menos frecuentes, la inmunosupresión estaba presente en una cuarta parte de casos, la OCFA en el 21% de casos y algún tumor en el 21% de pacientes. Un 14% de pacientes no presentaban ningún factor de riesgo.

Clasificación de casos

Del total de casos, 27 (93%) fueron clasificados como comunitarios, 1 caso fue etiquetado como nosocomial probable y 1 caso esporádico se relacionó con un alojamiento.

El diagnóstico se realizó por presencia de antígeno en orina en el 100% de los casos. Hay que señalar que, carecemos de los datos de búsqueda activa de los últimos seis años.

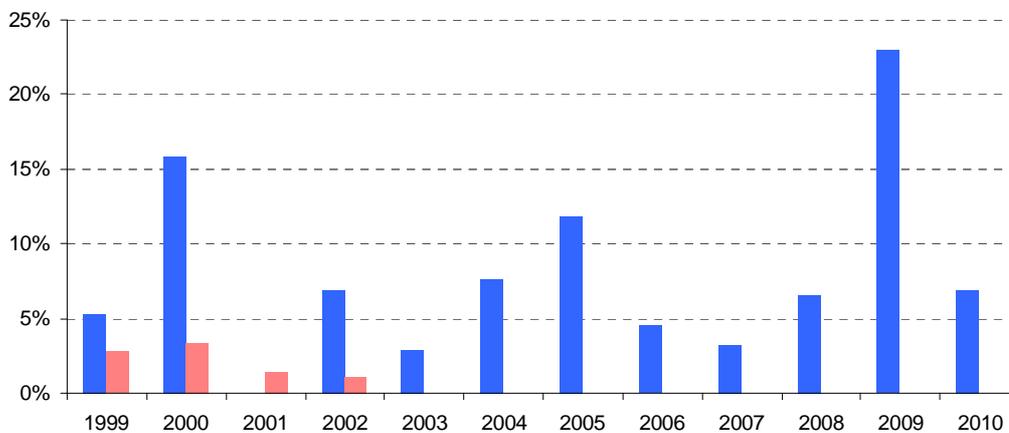
Gráfico 17: Legionelosis en Asturias. 1999-2010. Base diagnóstica por año



Evolución

La evolución fue hacia la curación en 27 casos (93%); y 2 casos fallecieron (letalidad: 7%), lo que representa una tasa de mortalidad de 0,2 casos por 100.000 h. Teniendo en cuenta que la letalidad media en nuestra comunidad en el periodo de 1999-2010 fue de un 7,9%, durante 2009 se produjo un incremento considerable que no se puso en relación con ningún factor conocido salvo la patología de base de los pacientes.

Gráfico 18: Legionelosis. Asturias 1999-2010. Letalidad

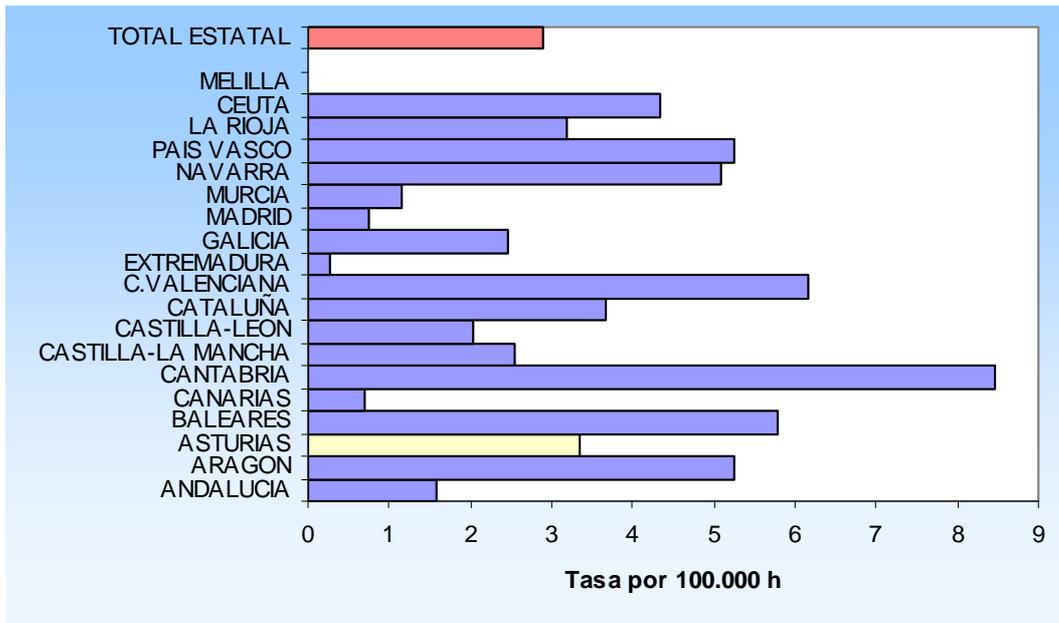


Comparativo nacional

La CCAA con una mayor incidencia de legionelosis durante 2009 fue Cantabria que presentó una tasa de 8 casos por 100.000 h (casi 3 veces superior a la media estatal). Le siguen C Valenciana y Baleares, que registraron una tasa en torno a los 6 casos por 100.000 h. Melilla no registró ningún caso y Canarias, Extremadura y Madrid presentaron incidencias inferiores a 1 caso por 100.000 h.

Asturias ocupó el noveno puesto con una tasa algo superior a la media nacional (2,9).

Gráfico 19: Legionelosis por CCAA. España 2009. Tasa de incidencia por 100.000 h



El grupo europeo de vigilancia de legionelosis asociadas a viajes (EWGLINET) notificó 143 casos en turistas, de los que 124 fueron esporádicos y 19 casos asociados a clusters. Hubo 74 casos en españoles que viajaron durante el periodo de incubación de la enfermedad (51 pacientes en España y los otros 23 en el extranjero). Los 69 casos restantes eran turistas extranjeros que pasaron todo o parte del periodo de incubación en España y que pernoctaron en 82 alojamientos diferentes. Se produjeron diez fallecimientos, nueve en extranjeros y uno en un español.

En 2009 se notificaron treinta y siete brotes de legionelosis (Cataluña notificó 21 de ellos y la Comunidad Valenciana siete). En ellos resultaron afectadas 150 personas y se produjeron 7 defunciones. En 25 brotes no se identificó la fuente de infección. La instalación de agua sanitaria fue la fuente de infección en siete de los brotes.

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 siendo rara la aparición de casos asociados. Los serogrupos B y C son responsables de más del 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, una vez disponibles vacunas conjugadas que pueden aplicarse a niños pequeños. Desde entonces, los casos por serogrupo C han ido disminuyendo hasta niveles muy bajos que se ven en la actualidad.

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

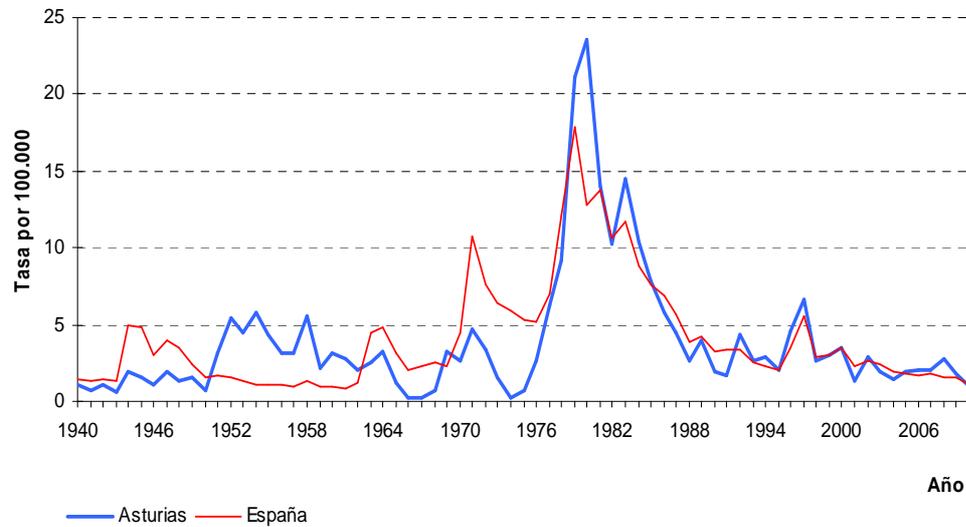
Durante el año 2010 fueron notificados 11 casos de enfermedad meningocócica, lo que supone una tasa de incidencia global de 1 casos por 100.000 h. Esta cifra es claramente inferior a la del año 2009. Con respecto al conjunto de España, las tasas de nuestra Comunidad son similares.

Tabla 16: Enf meningocócica. Asturias y España. 2005-2010. Nº de casos. Tasas de incidencia

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 21 | 2,0 | 810 | 1,8 |
| 2006 | 22 | 2,0 | 794 | 1,8 |
| 2007 | 22 | 2,1 | 830 | 1,8 |
| 2008 | 30 | 2,8 | 768 | 1,7 |
| 2009 | 20 | 1,8 | 725 | 1,6 |
| 2010 | 11 | 1,0 | 517 | 1,1 |

En el siguiente gráfico 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. Sin embargo, en los años 96 y 97 el aumento de incidencia a expensas del serogrupo C dio lugar a una pequeña onda epidémica y a la decisión de vacunar frente a este serogrupo. Desde la inclusión en calendario vacunal de la vacuna frente a meningococo serogrupo C, la incidencia se estabilizó en torno a los 2 casos por 100.000 h.

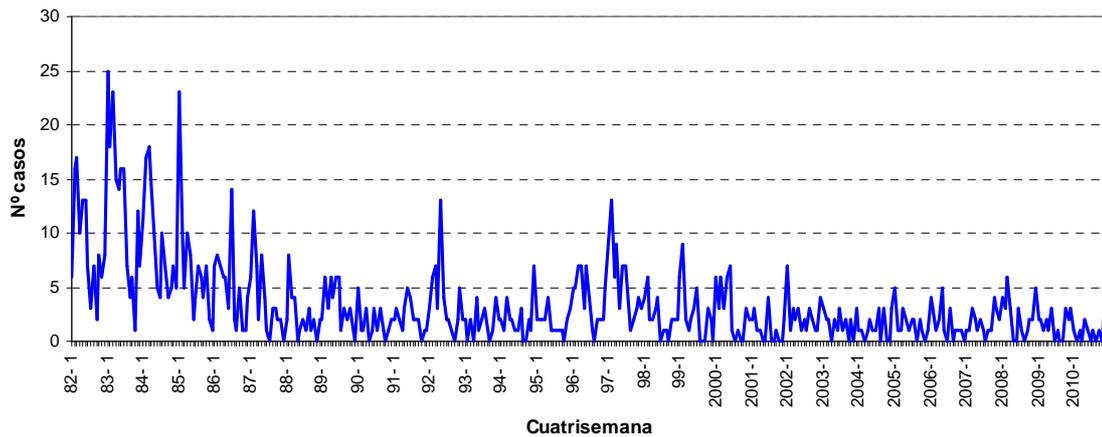
Gráfico 20: *Enf meningocócica. Asturias y España. 1940-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h*



Patrón estacional

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 2009-2010 fue de 1,4 casos por 100.000 h, 1,4 veces inferior a la de la temporada previa. En el gráfico 17, que muestra la evolución de casos cuatrisesmanales se observa la típica evolución en picos propia de las enfermedades estacionales.

Gráfico 21: *Enfermedad meningocócica. Asturias 1982-2010. Casos cuatrisesmanales.*



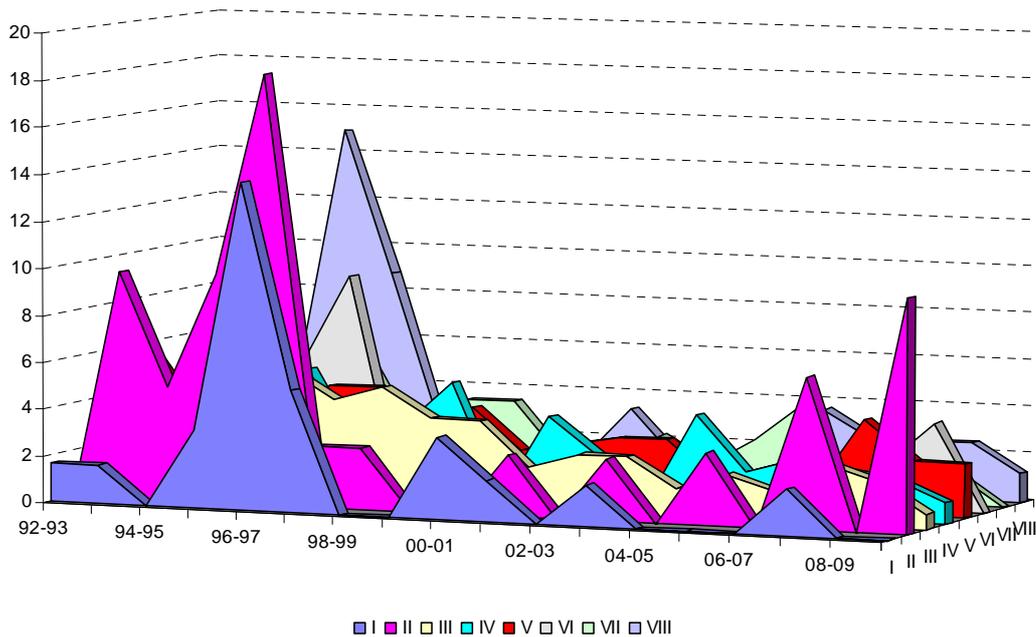
Distribución espacial.

El Área con la tasa de incidencia más elevada, 9,9 casos por 100.000 h y año fue el Área II, seguida ya a distancia del Área V (2,3 casos por 100.000). Salvo en el Área II en que la incidencia aumentó y el Área V en que se mantuvo estable, en todas las demás se produjo un descenso de la incidencia con respecto a 2009. En la siguiente tabla y gráfico se muestra la incidencia por temporada y Área.

Tabla 17: Enfermedad meningocócica. Asturias 1992-2010. 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 |
| 06-07 | 0,0 | 0,0 | 1,3 | 2,4 | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 2,4 | 1,4 |
| 07-08 | 2,0 | 6,4 | 2,6 | 2,1 | 4,0 | 1,9 | 1,4 | 2,5 | 2,8 |
| 08-09 | 0,0 | 0,0 | 1,9 | 1,8 | 2,3 | 3,7 | 1,4 | 2,5 | 1,9 |
| 09-10 | 0,0 | 9,9 | 0,6 | 0,9 | 2,3 | 0,0 | 0,0 | 1,2 | 1,4 |

Gráfico 21: Enfermedad meningocócica. Asturias 1992-2010. Tasa de incidencia por Área y temporada.



Características del agente infeccioso

Siete casos del total se confirmaron microbiológicamente (64%) mientras que los 4 casos restantes (36%) fueron etiquetados como sospechosos.

De los casos confirmados, 6 estuvieron causados por *N meningitidis* del serogrupo B y 1 por *N meningitidis* del serogrupo C.

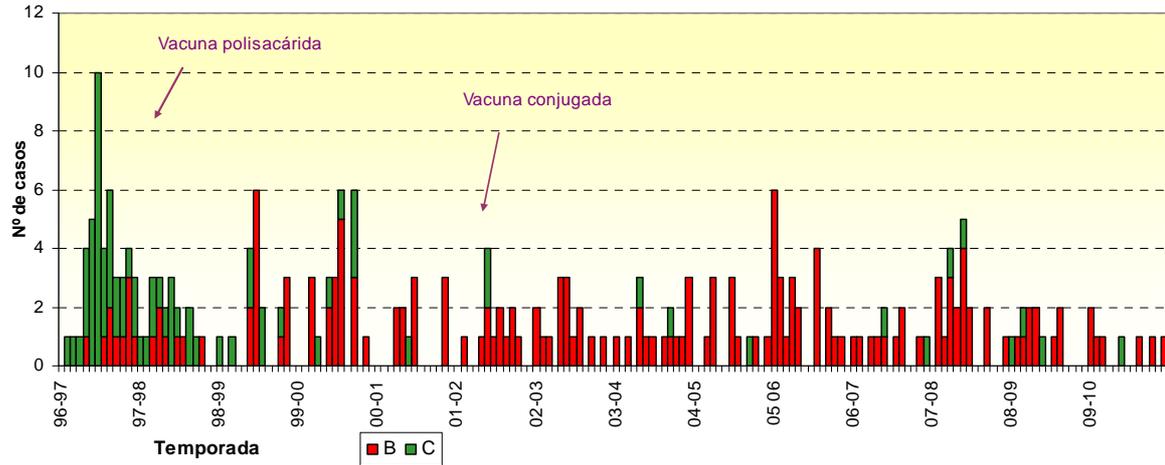
La temporada 09-10 es la décima tras la introducción de la vacuna conjugada C en el calendario vacunal. Desde entonces, prácticamente no se registran casos por este serogrupo, que ya no afecta a niños. Con excepción de un caso registrado en 2010, no se produce ningún caso de

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 2010 se registró un caso por serogrupo C que correspondió a una niña de 8 años. Clínicamente cursó como sepsis con meningitis y fue un caso autóctono primario. La evolución fue favorable. Es de destacar que esta niña había recibido dos dosis de vacuna conjugada frente a meningococo C.

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

Gráfico 22: Enfermedad meningocócica. Serie de casos cuatrisesmanales por serogrupos. Temporadas 96-97 a 09-10

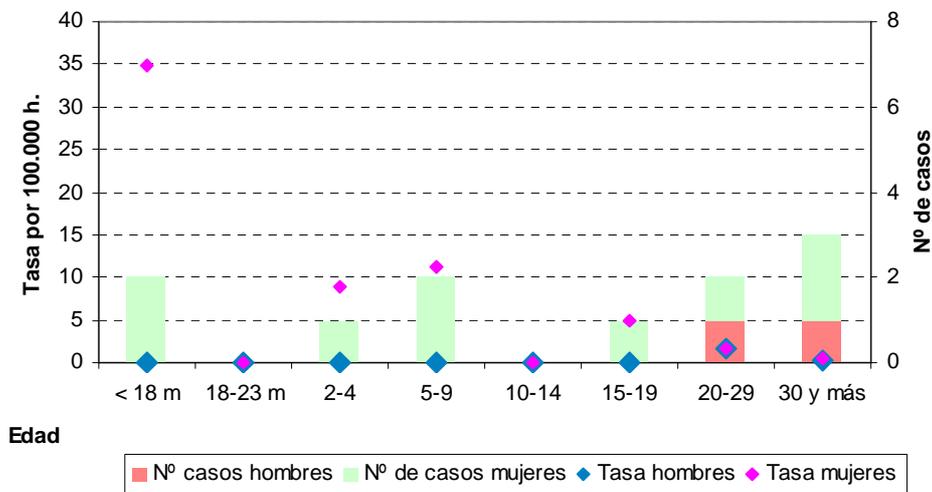


Características de los casos

Distribución por edad y sexo

Las tasas de incidencia más elevadas por edad corresponden a los niños pequeños, de menos de 18 meses de edad. Por sexo y de modo global, las tasas en mujeres cuadruplicaron en 2010 la de los hombres (0,4 y 1,6 casos por 100.000 h respectivamente). En el siguiente gráfico se muestra la distribución de casos por edad y sexo y la tasa de incidencia por grupo de edad.

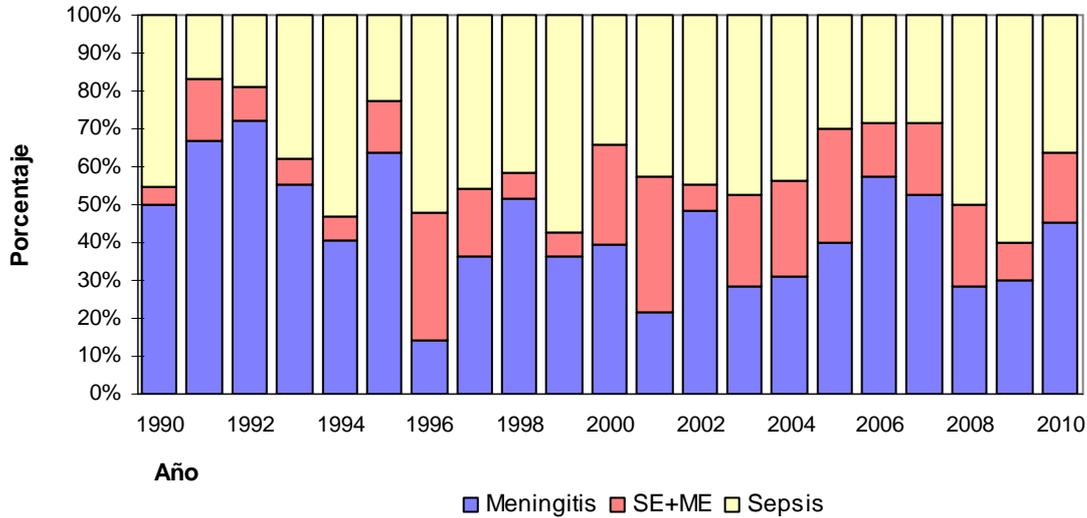
Gráfico 23: Enfermedad meningocócica. Asturias 2010. Nº de casos y tasa por 100.000 h por edad y sexo.



Forma clínica

La forma de presentación más frecuente fue la meningitis (en el 46% de los casos) seguida de la sepsis en un 36%. 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 24: Enf meningocócica. Asturias 1990-2010. Distribución por forma clínica

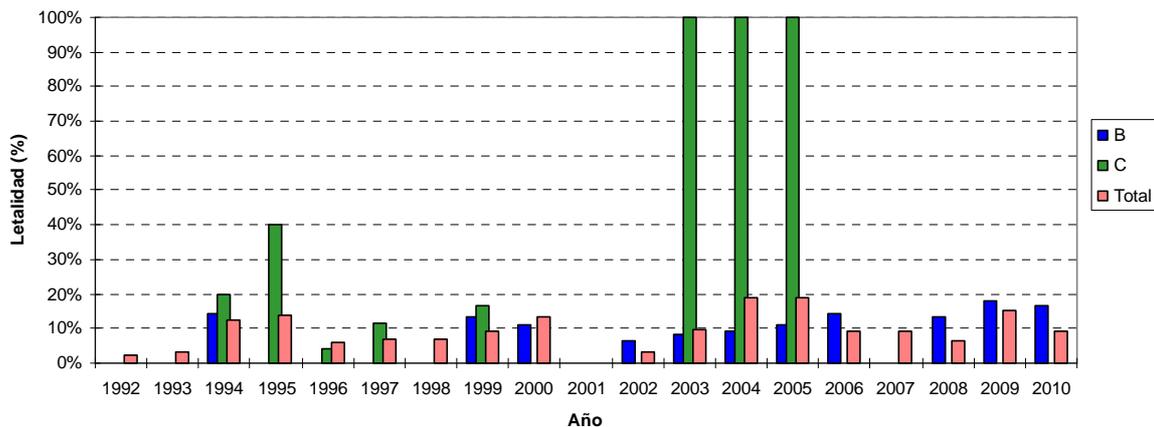


Mortalidad. Letalidad.

Durante el año 2010, falleció 1 caso por enfermedad meningocócica, lo que supone una tasa de mortalidad de 0,1 casos por 100.000 h.

La letalidad de la enfermedad meningocócica en su conjunto fue de un 9%. El caso que falleció correspondió a una señora de 62 años con un serogrupo B.

Gráfico 25: Enfermedad meningocócica. Letalidad por serogrupo. Asturias 1992-2010



Estado vacunal

Con respecto al estado vacunal, de los 15 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C ocurridos desde la primera temporada postvacunal hasta la actualidad, tres estaban vacunados frente al meningococo C: dos con vacuna polisacáridica y 1 con vacuna conjugada.

Clasificación de casos

Todos los casos fueron primarios. En el 64% 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 algo más de la mitad de los casos, el paciente pertenecía a algún colectivo que fue un colectivo escolar en todos ellos.

Comparativo nacional

Asturias era una de las CCAA con tasas de enfermedad meningocócica inferiores a la media nacional. Sin embargo, en los últimos 3 años su incidencia fue superior a la media. País Vasco se colocó a la cabeza con una tasa de algo más de 3 casos por 100.000 h. La menor incidencia correspondió a Aragón con 0,7 casos por 100.000 h.

Las tasas de incidencia por serogrupo C experimentaron un descenso del 87% en la última temporada al compararlas con las tasas en la temporada 1999-2000, fecha de introducción de la vacuna conjugada en España. El descenso más importante fue en las tasas correspondientes a grupos de edad objeto de vacunación y a los vacunados en campañas (cohortes de menores de 20 años). Sin embargo, las tasas han descendido también en mayores de 20 años lo que podría deberse a la inmunidad de grupo.

Se produjeron 62 defunciones (53 en casos confirmados). La letalidad fue del 9,4% para el serogrupo B y del 13,1% para el serogrupo C.

En la temporada 2008-2009 se declararon 15 fallos vacunales con fallecimiento de 2 de estos pacientes.

Gráfico 26: Enfermedad meningocócica. Incidencia por CCAA. Año 2009

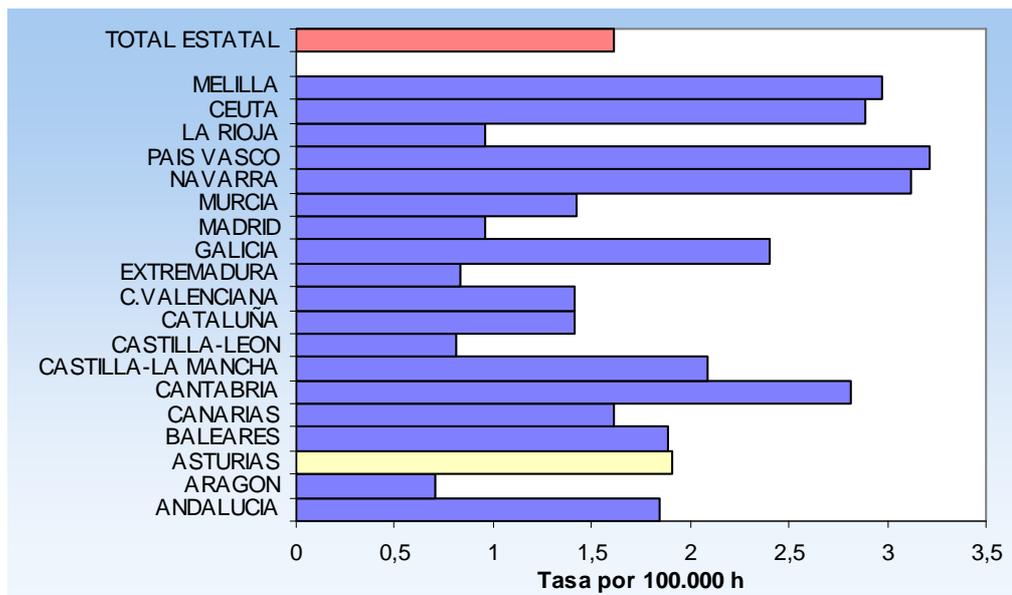


Tabla 18: Enfermedades respiratorias. Nº casos y tasa por 100.000 h. Asturias 1950-2010.

| Año | Gripe | | TBC respiratorias | | Legionelosis | | Enf meningocócica | |
|------|---------|----------|-------------------|-------|--------------|------|-------------------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 1950 | | | 780 | 87,1 | | | 7 | 0,8 |
| 1951 | | | 900 | 100,5 | | | 28 | 3,1 |
| 1952 | | | 770 | 86,0 | | | 49 | 5,5 |
| 1953 | | | 750 | 83,7 | | | 40 | 4,5 |
| 1954 | | | 740 | 82,6 | | | 52 | 5,8 |
| 1955 | | | 770 | 86,0 | | | 39 | 4,4 |
| 1956 | | | 750 | 83,7 | | | 28 | 3,1 |
| 1957 | | | 800 | 89,3 | | | 28 | 3,1 |
| 1958 | | | 850 | 94,9 | | | 50 | 5,6 |
| 1959 | | | 900 | 100,5 | | | 19 | 2,1 |
| 1960 | | | 1.200 | 120,6 | | | 31 | 3,1 |
| 1961 | | | 1.300 | 130,7 | | | 28 | 2,8 |
| 1962 | | | 1.200 | 120,6 | | | 21 | 2,1 |
| 1963 | | | 1.150 | 115,6 | | | 25 | 2,5 |
| 1964 | 24.556 | 2.427,7 | 1.077 | 108,3 | | | 32 | 3,2 |
| 1965 | 24.095 | 2.369,0 | 1.143 | 114,9 | | | 12 | 1,2 |
| 1966 | 30.262 | 2.958,9 | 920 | 92,5 | | | 3 | 0,3 |
| 1967 | 23.310 | 2.266,6 | 782 | 78,6 | | | 2 | 0,2 |
| 1968 | 42.277 | 4.088,2 | 737 | 74,1 | | | 7 | 0,7 |
| 1969 | 112.234 | 10.793,1 | 655 | 65,9 | | | 33 | 3,3 |
| 1970 | 22.774 | 2.178,0 | 566 | 53,8 | | | 28 | 2,7 |
| 1971 | 98.040 | 9.312,5 | 519 | 49,3 | | | 50 | 4,8 |
| 1972 | 44.579 | 4.205,6 | 502 | 47,7 | | | 35 | 3,3 |
| 1973 | 76.278 | 7.147,3 | 432 | 41,1 | | | 17 | 1,6 |
| 1974 | 79.638 | 7.411,5 | 428 | 40,7 | | | 3 | 0,3 |
| 1975 | 70.460 | 6.512,8 | 375 | 35,6 | | | 7 | 0,7 |
| 1976 | 77.789 | 7.141,4 | 481 | 45,7 | | | 28 | 2,7 |
| 1977 | 87.787 | 8.004,6 | 416 | 39,5 | | | 66 | 6,3 |
| 1978 | 97.492 | 8.829,1 | 549 | 52,2 | | | 97 | 9,2 |
| 1979 | 86.972 | 7.822,9 | 353 | 33,6 | | | 222 | 21,1 |
| 1980 | 85.660 | 7.652,6 | 214 | 20,3 | | | 248 | 23,6 |
| 1981 | 72.889 | 6.467,5 | 231 | 20,5 | | | 158 | 14,0 |
| 1982 | 64.742 | 5.759,2 | 184 | 16,3 | | | 116 | 10,3 |
| 1983 | 43.621 | 3.890,2 | 266 | 23,5 | | | 164 | 14,5 |
| 1984 | 65.418 | 5.849,0 | 380 | 33,6 | | | 118 | 10,4 |
| 1985 | 89.274 | 8.002,3 | 440 | 39,0 | | | 89 | 7,9 |
| 1986 | 57.967 | 5.209,2 | 561 | 50,5 | | | 65 | 5,8 |
| 1987 | 55.480 | 4.998,4 | 381 | 34,3 | | | 50 | 4,5 |
| 1988 | 55.116 | 4.978,3 | 389 | 35,0 | | | 30 | 2,7 |
| 1989 | 36.456 | 3.301,2 | 531 | 47,8 | | | 44 | 4,0 |
| 1990 | 57.771 | 5.244,7 | 409 | 36,8 | | | 22 | 2,0 |
| 1991 | 73.207 | 6.662,9 | 502 | 45,9 | | | 18 | 1,6 |
| 1992 | 66.420 | 6.057,2 | 529 | 48,4 | | | 47 | 4,3 |
| 1993 | 91.010 | 8.316,2 | 472 | 43,1 | | | 29 | 2,7 |
| 1994 | 44.312 | 4.057,1 | 429 | 39,2 | | | 32 | 2,9 |
| 1995 | 102.380 | 9.392,3 | 373 | 34,1 | | | 22 | 2,0 |
| 1996 | 49.462 | 4.546,6 | 389 | 35,8 | | | 50 | 4,6 |
| 1997 | 50.709 | 4.674,3 | 418 | 38,4 | | | 72 | 6,6 |
| 1998 | 47.172 | 4.360,4 | 369 | 33,9 | | | 29 | 2,7 |
| 1999 | 79.592 | 7.340,3 | 332 | 30,5 | 19 | 1,8 | 33 | 3,0 |
| 2000 | 48.137 | 4.471,3 | 340 | 31,3 | 19 | 1,8 | 38 | 3,5 |
| 2001 | 5.797 | 539,1 | 281 | 25,8 | 22 | 2,0 | 14 | 1,3 |
| 2002 | 46.660 | 4.344,6 | 254 | 23,3 | 29 | 2,7 | 31 | 2,9 |
| 2003 | 41.829 | 3.889,7 | 252 | 23,2 | 69 | 6,4 | 21 | 2,0 |
| 2004 | 13.971 | 1.301,1 | 223 | 20,5 | 34 | 3,2 | 16 | 1,5 |
| 2005 | 38.562 | 3.581,7 | 192 | 17,6 | 34 | 3,2 | 21 | 2,0 |
| 2006 | 23.046 | 2.140,0 | 154 | 14,1 | 44 | 4,1 | 22 | 2,0 |
| 2007 | 32.071 | 2.983,7 | 156 | 14,5 | 31 | 2,9 | 22 | 2,1 |
| 2008 | 36.549 | 3.383,7 | 166 | 15,3 | 30 | 2,8 | 30 | 2,8 |
| 2009 | 45.808 | 4.220,8 | 132 | 12,2 | 35 | 3,2 | 20 | 1,8 |
| 2010 | 12.504 | 1.153,1 | 155 | 14,4 | 29 | 2,7 | 11 | 1,0 |

Tabla 19: Enfermedades respiratorias. Nº casos y tasa por 100.000 h. España 1950-2010

| Año | Gripe | | TBC respiratorias | | Legionelosis | | Enf meningocócica | |
|------|-----------|----------|-------------------|------|--------------|------|-------------------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 1950 | 243.336 | 863,0 | 24.890 | 88,5 | | | 458 | 1,6 |
| 1951 | 1.541.816 | 5463,0 | 22.597 | 79,7 | | | 464 | 1,6 |
| 1952 | 558.932 | 1963,0 | 19.442 | 68,0 | | | 431 | 1,5 |
| 1953 | 693.252 | 2413,0 | 16.246 | 56,3 | | | 384 | 1,3 |
| 1954 | 188.449 | 650,0 | 14.063 | 48,4 | | | 306 | 1,1 |
| 1955 | 512.613 | 1754,0 | 13.305 | 45,4 | | | 326 | 1,1 |
| 1956 | 409.999 | 1390,0 | 11.242 | 38,0 | | | 336 | 1,1 |
| 1957 | 3.973.831 | 3372,0 | 11.000 | 36,9 | | | 303 | 1,0 |
| 1958 | 206.224 | 687,0 | 10.031 | 33,4 | | | 387 | 1,3 |
| 1959 | 724.338 | 2393,0 | 10.038 | 33,1 | | | 290 | 1,0 |
| 1960 | 533.495 | 1747,0 | 9.543 | 31,2 | | | 281 | 0,9 |
| 1961 | 500.335 | 1621,0 | 8.148 | 26,4 | | | 256 | 0,8 |
| 1962 | 884.557 | 2835,0 | 7.649 | 24,5 | | | 368 | 1,2 |
| 1963 | 807.271 | 2559,0 | 8.010 | 25,4 | | | 1.399 | 4,4 |
| 1964 | 548.201 | 1.719,0 | 7.794 | 24,4 | | | 1.552 | 4,9 |
| 1965 | 705.298 | 2.187,0 | 7.470 | 23,2 | | | 1.015 | 3,2 |
| 1966 | 731.101 | 2.243,0 | 5.737 | 17,6 | | | 657 | 2,0 |
| 1967 | 625.685 | 1.899,0 | 5.404 | 16,4 | | | 766 | 2,3 |
| 1968 | 1.230.698 | 3.695,0 | 5.157 | 15,5 | | | 857 | 2,6 |
| 1969 | 2.403.742 | 7.138,0 | 4.251 | 12,7 | | | 753 | 2,2 |
| 1970 | 434.098 | 1.275,0 | 4.100 | 12,1 | | | 1.491 | 4,4 |
| 1971 | 1.556.089 | 4.548,5 | 3.550 | 10,4 | | | 3.663 | 10,7 |
| 1972 | 471.801 | 1.365,4 | 3.534 | 10,2 | | | 2.620 | 7,6 |
| 1973 | 1.215.139 | 3.481,5 | 3.115 | 8,9 | | | 2.244 | 6,4 |
| 1974 | 1.260.902 | 3.576,7 | 3.326 | 9,4 | | | 2.090 | 5,9 |
| 1975 | 991.441 | 2.784,4 | 3.131 | 8,8 | | | 1.909 | 5,4 |
| 1976 | 884.816 | 2.460,2 | 3.335 | 9,3 | | | 1.860 | 5,2 |
| 1977 | 984.700 | 2.710,7 | 3.688 | 10,2 | | | 2.550 | 7,0 |
| 1978 | 1.226.124 | 3.341,7 | 3.645 | 9,9 | | | 4.419 | 12,0 |
| 1979 | 679.456 | 1.833,4 | 4.163 | 11,2 | | | 6.618 | 17,9 |
| 1980 | 870.496 | 2.325,5 | 4.859 | 13,0 | | | 4.807 | 12,8 |
| 1981 | 2.088.765 | 5.533,0 | 5.488 | 14,5 | | | 5.177 | 13,7 |
| 1982 | 1.695.637 | 4.465,7 | 7.936 | 20,9 | | | 4.029 | 10,6 |
| 1983 | 3.465.216 | 9.080,3 | 9.091 | 23,9 | | | 4.456 | 11,7 |
| 1984 | 2.864.099 | 7.172,7 | 10.640 | 27,8 | | | 3.392 | 8,9 |
| 1985 | 3.875.501 | 10.072,0 | 10.752 | 28,0 | | | 2.911 | 7,6 |
| 1986 | 4.556.036 | 11.801,0 | 13.841 | 35,9 | | | 2.670 | 6,9 |
| 1987 | 4.423.602 | 11.425,0 | 9.468 | 24,4 | | | 2.197 | 5,7 |
| 1988 | 4.594.088 | 11.274,0 | 8.497 | 21,8 | | | 1.505 | 3,9 |
| 1989 | 3.544.299 | 9.114,0 | 8.058 | 20,6 | | | 1.636 | 4,2 |
| 1990 | 4.317.648 | 11.082,0 | 7.600 | 19,4 | | | 1.258 | 3,2 |
| 1991 | 3.804.807 | 9.749,0 | 7.040 | 17,9 | | | 1.308 | 3,4 |
| 1992 | 2.796.409 | 7.154,0 | 9.703 | 24,6 | | | 1.344 | 3,4 |
| 1993 | 4.044.141 | 10.322,0 | 9.474 | 24,0 | | | 1.009 | 2,6 |
| 1994 | 2.630.728 | 6.708,0 | 9.419 | 23,8 | | | 915 | 2,3 |
| 1995 | 3.816.824 | 9.732,0 | 8.764 | 22,1 | | | 854 | 2,1 |
| 1996 | 3.331.465 | 8.481,0 | 8.331 | 21,0 | | | 1.384 | 3,5 |
| 1997 | 2.548.446 | 6.481,7 | 9.351 | 23,5 | 191 | 0,5 | 2.210 | 5,6 |
| 1998 | 2.577.828 | 6.468,4 | 8.927 | 22,4 | 342 | 0,9 | 1.132 | 2,9 |
| 1999 | 3.222.231 | 8.085,4 | 8.298 | 20,6 | 430 | 1,1 | 1.195 | 3,0 |
| 2000 | 1.969.202 | 4.941,2 | 7.753 | 19,1 | 749 | 1,8 | 1.393 | 3,5 |
| 2001 | 847.975 | 2.127,8 | 7.441 | 18,1 | 1.404 | 3,4 | 908 | 2,3 |
| 2002 | 1.595.725 | 4.004,1 | 7.153 | 17,1 | 1.461 | 3,5 | 1.102 | 2,6 |
| 2003 | 1.490.098 | 3.739,0 | 6.743 | 15,8 | 1.263 | 3,0 | 1.007 | 2,4 |
| 2004 | 546.098 | 1.370,3 | 6.511 | 15,1 | 1.139 | 2,6 | 829 | 1,9 |
| 2005 | 1.302.528 | 3.144,2 | 5.765 | 13,1 | 1.158 | 2,6 | 810 | 1,8 |
| 2006 | 459.499 | 1.027,8 | 5.851 | 13,1 | 1.278 | 2,9 | 768 | 1,7 |
| 2007 | 653.293 | 1.445,3 | 6.546 | 14,5 | 1.125 | 2,5 | 830 | 1,8 |
| 2008 | 603.512 | 1.307,5 | 6.619 | 14,3 | 1.207 | 2,6 | 732 | 1,6 |
| 2009 | 1.137.615 | 2.522,0 | 6.131 | 13,6 | 1.307 | 2,9 | 725 | 1,6 |
| 2010 | 216.401 | 475,6 | 5.301 | 11,7 | 1.154 | 2,5 | 517 | 1,1 |

ENFERMEDADES VACUNABLES

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.

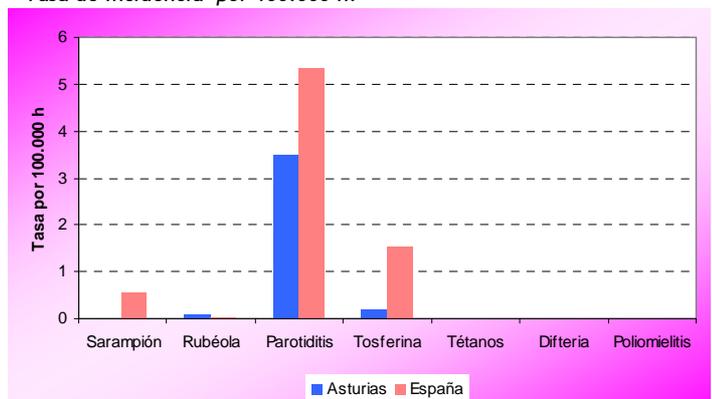
La **hepatitis B** es una enfermedad de transmisión, básicamente, sexual. Hoy día, está incluida en calendario vacunal. En España, se inició la vacunación sistemática de recién nacidos en el año 2000. Previamente, desde el año 1994, se vacunaba a adolescentes de 13-14 años.

Durante 2010 cabe destacar el descenso que han experimentado en Asturias la parotiditis (-38%) y la tos ferina (-78%), mientras que a nivel nacional, dichas enfermedades, al igual que el sarampión, se han incrementado. El sarampión ha aumentado el número de casos en algo más de 6 veces mientras que los incrementos experimentados por la parotiditis y la tos ferina son menos importantes y sujetos aún a variaciones hasta que los datos de 2010 sean considerados definitivos. En Asturias, la hepatitis B ha duplicado el número de casos con respecto a 2009, año en que se había reducido de manera llamativa el número de casos notificados, volviendo a cifras similares a años previos.

Tabla 20: Enfermedades vacunables. Asturias y España. 2010. N° de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

| Enfermedades vacunables | Asturias | | España | |
|-------------------------|----------|-------|----------|-------|
| | N° casos | Tasa | N° casos | Tasa |
| Sarampión | 0 | 0,0 | 283 | 0,6 |
| Rubéola | 1 | 0,1 | 10 | 0,02 |
| Parotiditis | 38 | 3,5 | 2.528 | 5,6 |
| Tétanos | 0 | 0,0 | 8 | 0,02 |
| Difteria | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Tosferina | 2 | 0,2 | 730 | 1,6 |
| Poliomielitis | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Varicela | 4.172 | 384,7 | 155.772 | 342,4 |
| Hepatitis B | 13 | 1,2 | 850 | 1,9 |

Gráfico 27: Enf vacunables. Asturias y España. 2010. Tasa de incidencia por 100.000 h.



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 2006-2008 y 2010, donde el aumento de incidencia registrado hizo mantener el sistema de vigilancia más activo, 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 1999. En 2006 se notificó un caso de una niña de un colectivo marginal, procedente de Rumania en un momento en que se estaba produciendo un importante brote de sarampión en dicho país.

Incidencia. Tendencias.

Durante el año 2010, el décimo desde la puesta en marcha del “Plan de Eliminación del Sarampión en Asturias”, no se ha registrado en nuestra comunidad ningún caso.

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).

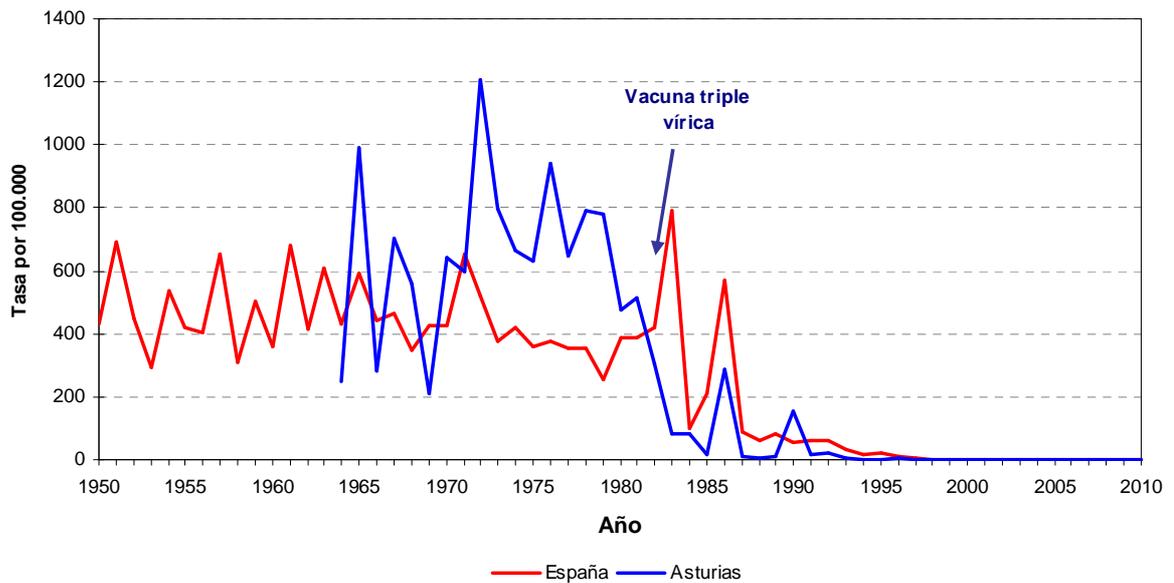
En España, fueron 283 los casos notificados en 2010. Esto supone nuevamente un incremento con respecto a 2009 en que la incidencia había caído a niveles mínimos en relación al control de brotes registrados en años previos.

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 0,6 casos por 100.000 h en la actualidad.

Tabla 21: Sarampión. Asturias y España 2005-2010. Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h.

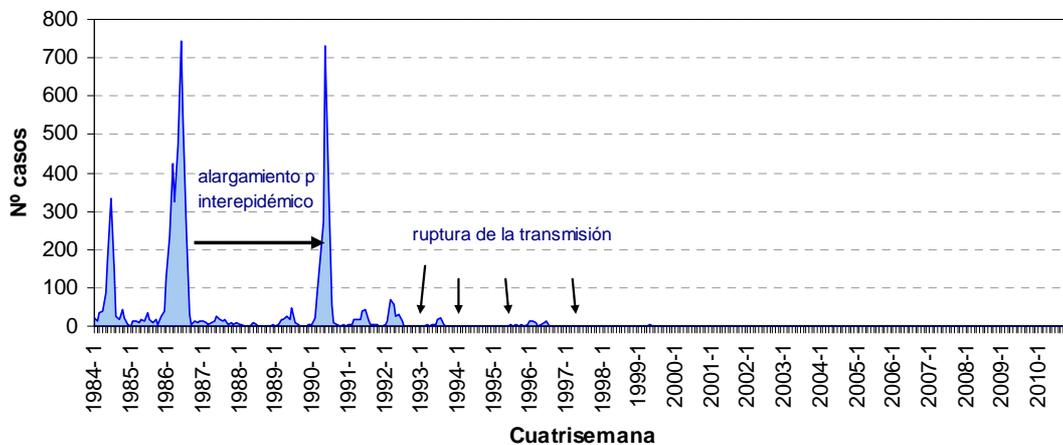
| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 0 | 0,0 | 22 | 0,1 |
| 2006 | 1 | 0,1 | 334 | 0,8 |
| 2007 | 0 | 0,0 | 241 | 0,5 |
| 2008 | 0 | 0,0 | 311 | 0,7 |
| 2009 | 0 | 0,0 | 44 | 0,1 |
| 2010 | 0 | 0,0 | 283 | 0,6 |

Gráfico 28: Sarampión. Asturias y España. 1950-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h



En la serie de casos cuatrisesmanales desde el año 84 y en relación con el aumento de coberturas vacunales se observa como se van alargando los periodos inter-epidémicos y se producen rupturas de la transmisión hasta desaparecer la misma.

Gráfico 29: Sarampión en Asturias 1984-2010. Serie de casos cuatrisesmanales



Comparativo nacional

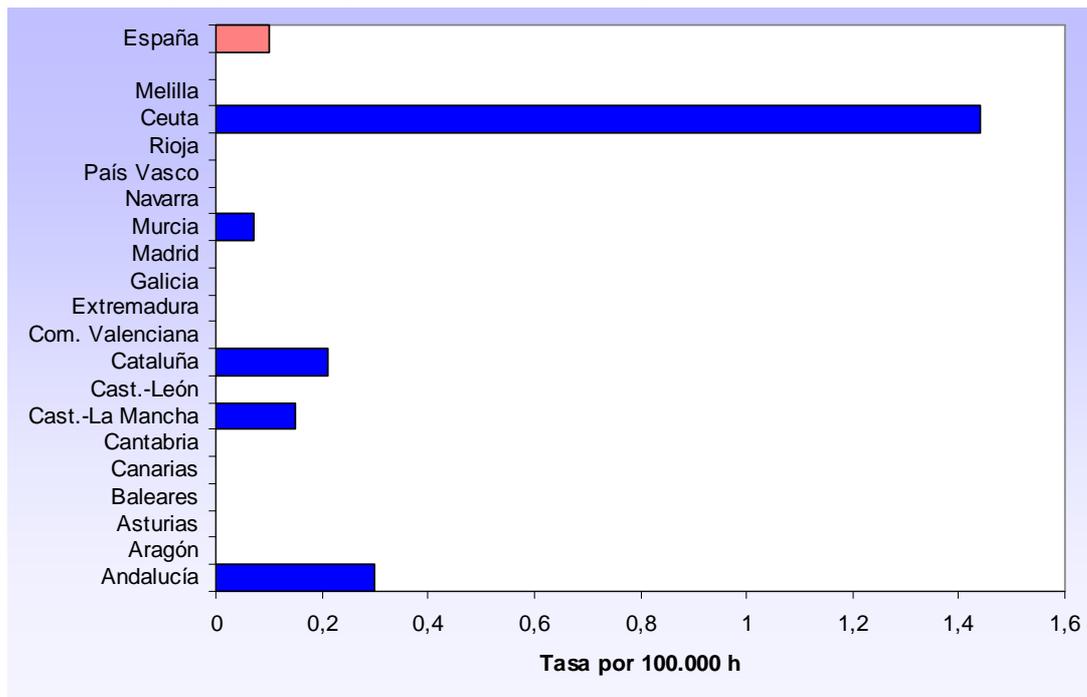
En 2009, la incidencia media nacional fue de 0,1 casos por 100.000 h. inferior a la observada el año anterior. Se detectaron 3 brotes de sarampión: dos de ellos en Cataluña, con un total de siete casos y otro en Andalucía con 22 casos.

La mayor tasa de incidencia correspondió a Ceuta con 1,4 casos por 100.000 h seguida de Andalucía (tasa de 0,3 casos por 100.000 h). En 14 CCAA no se registró ningún caso.

El 26,2% de los casos confirmados eran menores de 16 meses (edad de la primera dosis de la vacuna a los 15 meses), y el 23,8% de los casos eran mayores de 19 años. El 40% de los casos ocurridos eran evitables (mayores de 16 meses y menores de 20 años), producidos en edades que deberían estar vacunados y no lo estaban.

Se considera que el sistema de vigilancia está funcionando correctamente cuando la notificación de casos sospechosos es igual o superior a 1 caso por 100.000 h y los indicadores de calidad referidos a la investigación individual de caso alcanzan o superan el 80%. El sarampión, con una incidencia de casos sospechosos durante 2009 de 0.21 por 100.000 h, se encuentra muy por debajo de los estándares de calidad de la OMS, siendo los indicadores más desfavorables los que se refieren a la oportunidad en la notificación y a la investigación de la fuente de infección.

Gráfico 30. Sarampión por CCAA. España 2009. 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 2010 se notificó 1 caso en Asturias. En España en su conjunto se registraron 10 casos (tasa de 0,02 casos por 100.000 h). Esto supone un descenso relativo con respecto a 2009 de un 67%. Es de destacar que en 2005 se había registrado un aumento de la incidencia de esta enfermedad en relación con un brote ocurrido en la Comunidad de Madrid afectando a adultos jóvenes en población inmigrante.

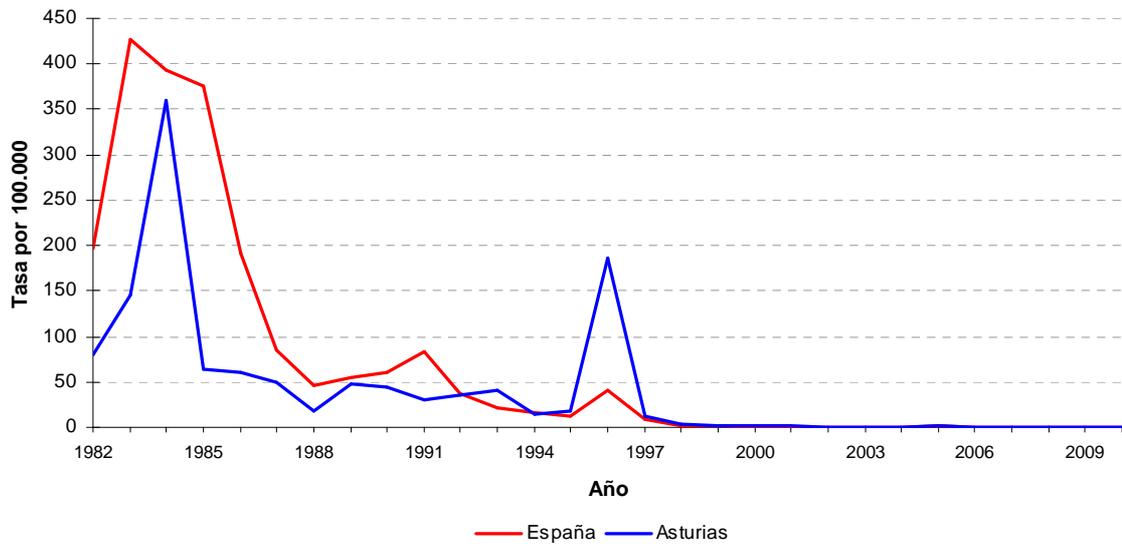
En la serie anual de la rubéola, que se vigila en España desde el año 1982, se observa una disminución marcada de la incidencia de esta enfermedad a partir de los años 1985-1986. El inicio del descenso coincide con el inicio de la notificación obligatoria de la rubéola en España, por lo que no se puede 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 hasta la década de los 90. En el año 1996 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. Desde entonces, las tasas en Asturias son discretamente superiores a las de España, exceptuando 2009 en que no se registró ningún caso en Asturias.

Tabla 22: Rubéola. Asturias y España. 2005-2010. Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 10 | 0,9 | 592 | 1,3 |
| 2006 | 8 | 0,8 | 89 | 0,2 |
| 2007 | 6 | 0,6 | 60 | 0,1 |
| 2008 | 4 | 0,4 | 63 | 0,1 |
| 2009 | 0 | 0,0 | 30 | 0,07 |
| 2010 | 1 | 0,1 | 10 | 0,02 |

Gráfico 31: Rubéola. Asturias y España. 1982-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h

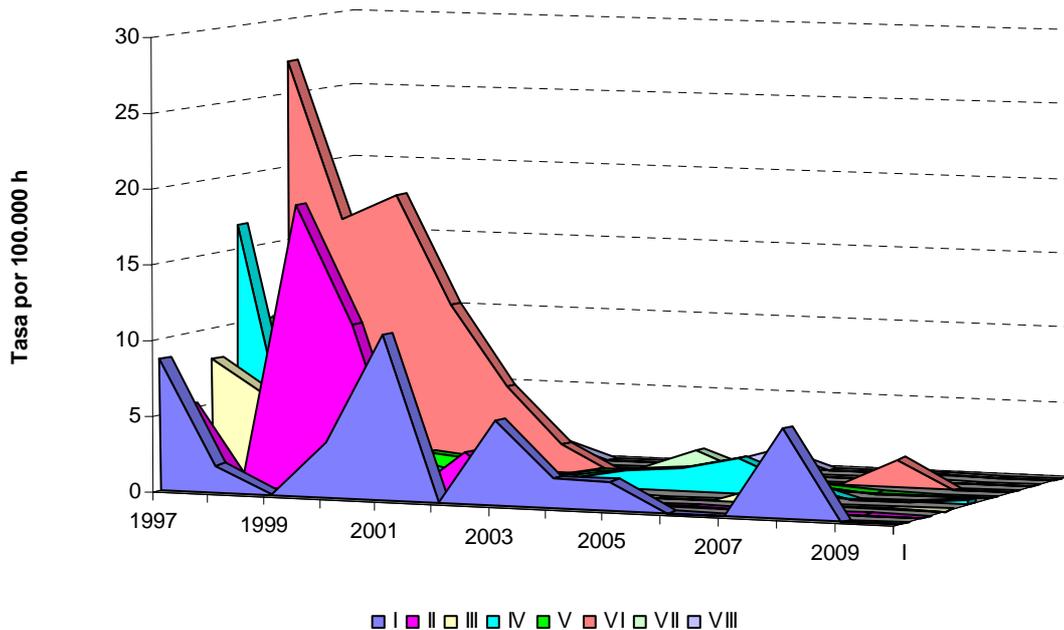


Distribución por Área Sanitaria

El único caso registrado en Asturias en 2010 correspondió a un niño de 1 año residente en el Área IV.

En el siguiente gráfico se muestra la evolución de la rubéola por Área Sanitaria desde el año 1997 hasta la actualidad.

Gráfico 32: Rubéola. Asturias. 1997-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h por Área Sanitaria



Comparativo nacional

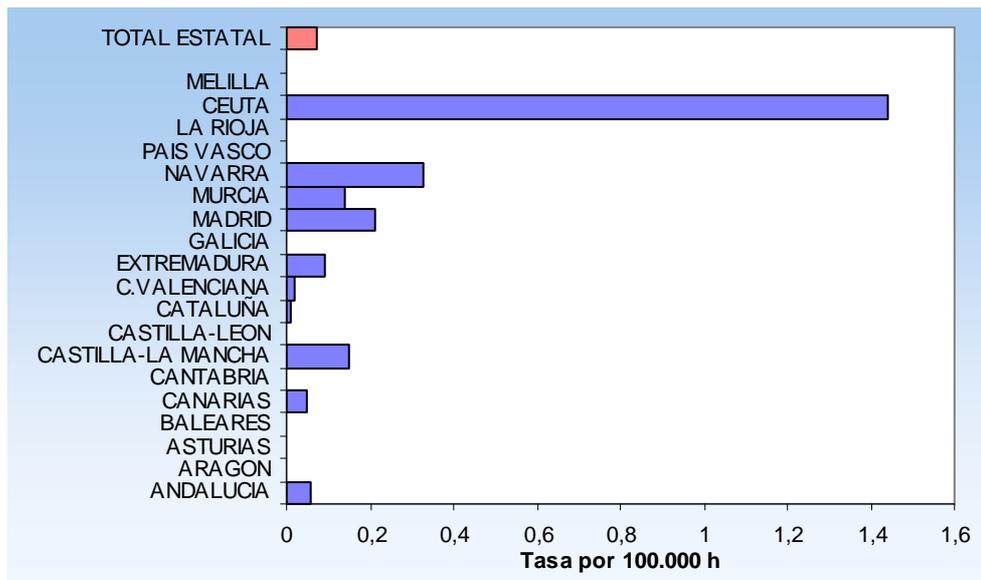
Durante el año 2009 se notificaron en España 30 casos de rubéola, la mitad que en 2008. El 50% de los casos fueron mujeres y un 45% de los casos tenían menos de 4 años. Se identificaron 4 casos evitables (23% de los que tenían información sobre el estado de vacunación). No se registraron brotes de rubéola en 2009.

Ceuta es la CCAA que presentó la tasa más elevada con 1,4 casos por 100.000 h, tasa 20 veces superior a la media nacional (0,07 casos por 100.000 h). Ocupando el 2º lugar se encuentra Navarra con una tasa de 0,3 casos por 100.000 h. Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-León, Galicia, País Vasco, La Rioja y Melilla no registraron ningún caso.

Durante el año 2009 se ha notificado un caso de rubéola congénita, que supone una incidencia de 0,4 casos por 100.000 recién nacidos vivos, inferior al indicador de eliminación de la Infección por Rubéola Congénita que propone la OMS (< 1 caso de SRC por 100.000 nacidos vivos).

Al igual que en el sarampión, se considera que el sistema de vigilancia está funcionando correctamente cuando la notificación de casos sospechosos es igual o superior a 1 caso por 100.000 h y los indicadores de calidad referidos a la investigación individual de caso alcanzan o superan el 80%. La rubéola presentó una incidencia de casos sospechosos durante 2009 de 0,1 casos por 100.000 h, muy por debajo de los estándares de calidad de la OMS, siendo los indicadores más desfavorables los que se refieren a la oportunidad en la notificación y a la investigación de la fuente de infección.

Gráfico 33: Tasa de incidencia de rubéola por CCAA. España 2009



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.

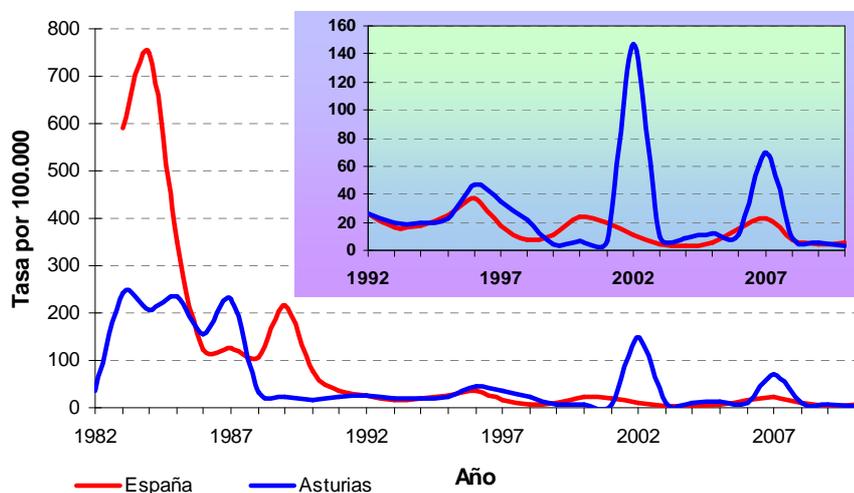
Durante el año 2010 se notificaron en Asturias 38 casos (tasa de incidencia: 3,5 casos por 100.000 h), lo que supone un descenso relativo de un 38% con respecto al año 2009. Esta incidencia es inferior a la que presenta el conjunto de España: 5,6 casos por 100.000 h donde se produjo un incremento relativo en el número de casos de un 16%.

En Asturias, en el año 2002 se había producido un brote importante con 1.562 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. En 2007, no hubo un brote generalizado sino que fueron brotes localizados afectando población masculina de entre 15 a 34 años. Los casos, en su mayoría leves (sólo se notificaron 5 orquitis como complicación) se relacionaron con el desplazamiento de personas infectadas dentro del territorio nacional, procedentes de otras CCAA donde habían ocurrido brotes antes que en Asturias, fundamentalmente en 2006.

Tabla 23: Parotiditis. Asturias y España. 2005-2010.
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 126 | 11,7 | 2.458 | 5,6 |
| 2006 | 114 | 10,6 | 6.885 | 15,4 |
| 2007 | 751 | 69,9 | 10.343 | 22,9 |
| 2008 | 99 | 9,2 | 3.845 | 8,3 |
| 2009 | 61 | 5,6 | 2.172 | 4,8 |
| 2010 | 38 | 3,5 | 2.528 | 5,6 |

Gráfico 34: Parotiditis. Asturias y España. 1982-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h

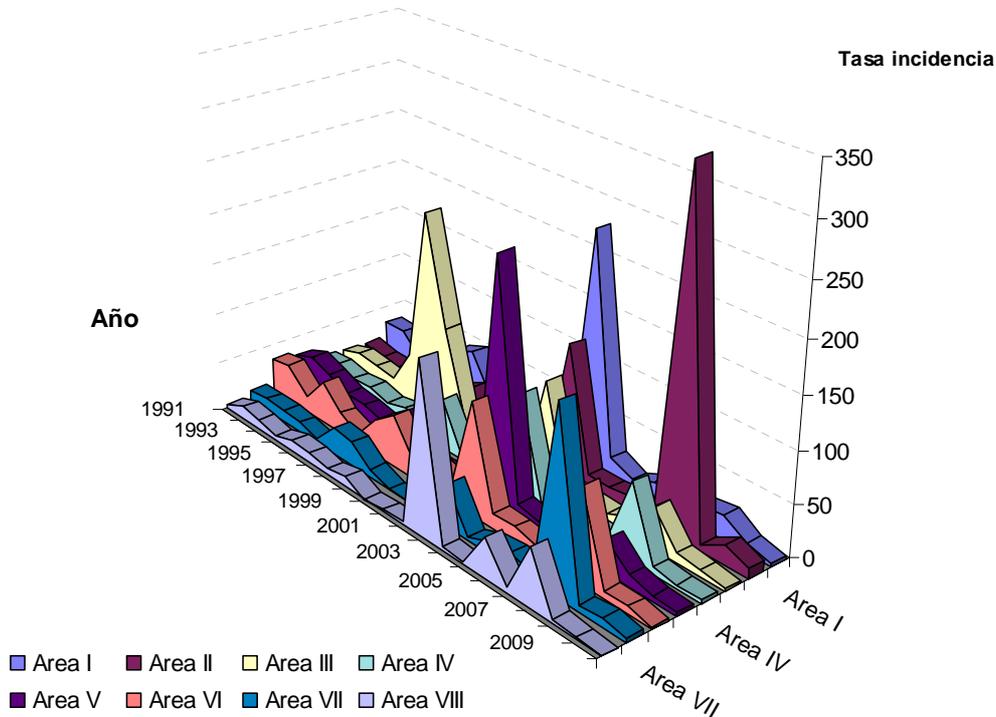


En la serie histórica, reflejada en el gráfico 29, se observa un descenso importante en la incidencia de la enfermedad en Asturias a partir del año 88. Posteriormente a esta fecha, exceptuando los brotes de 2002 y 2007, la incidencia se mantiene en cifras en torno a los 8 casos por 100.000 h, habiendo disminuido en los dos últimos años a una tasa media de 4 casos por 100.000 h. A nivel nacional, durante los años 2006-2007 se produjo un aumento en la incidencia de parotiditis, al igual que en muchos otros países de nuestro entorno, en relación con la 5ª onda epidémica posterior a la introducción de la vacuna, debido al acumulo de susceptibles durante estos años. La mayor proporción de casos se produjeron en cohortes vacunadas entre 1993-1999, periodo de uso de la cepa Rubini, de muy baja efectividad, en vacunados con una sola dosis y en no vacunados.

Distribución espacial

Por Área Sanitaria, la mayor incidencia ocurrió en el Área II (tasa de 9,9 casos por 100.000 h) seguida a distancia del Área VII (4,3 casos por 100.000 h). La menor incidencia ocurrió en el Área VIII, donde no se registraron casos.

Gráfico 35: Parotiditis. Asturias 1991-2010. Tasa por Área Sanitaria



Características de los casos

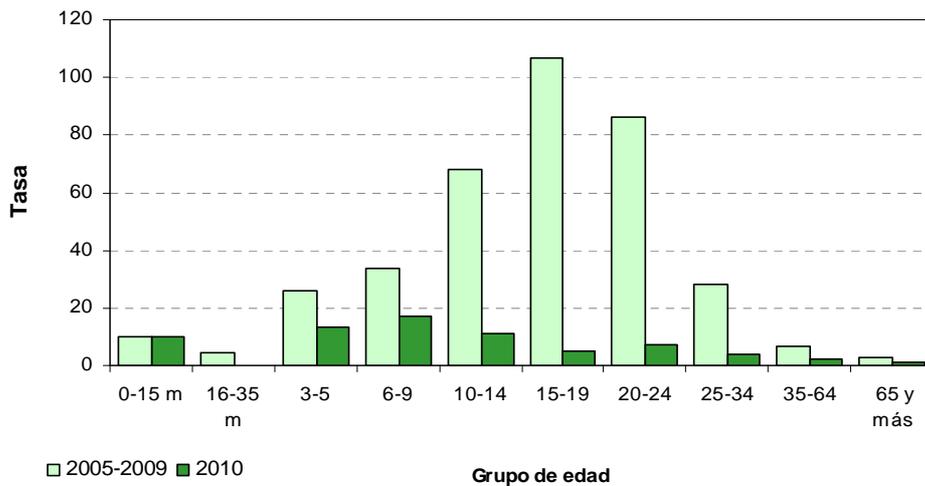
Distribución por edad y sexo

La razón varón/mujer fue de 1/1.

El grupo de edad con una mayor incidencia de parotiditis fue el de niños de 6 a 9 años (tasa de 17,1 casos por 100.000 h) seguido del de niños de 3 a 5 años (13 casos por 100.000 h).

En el siguiente gráfico se comparan las tasas de parotiditis por edad del año 2010 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 los brotes de 2002 y 2007, ya que la bolsa de susceptibles se concentra en estas edades.

Gráfico 36: Parotiditis. Asturias 2005-2009 y 2010. Tasa de incidencia por 100.000 h



Con respecto al estado vacunal de los casos, señalar que 16 (42% del total) estaban correctamente vacunados, cuatro (10,5%) no lo estaban y en el resto se desconoce su estado inmunitario.

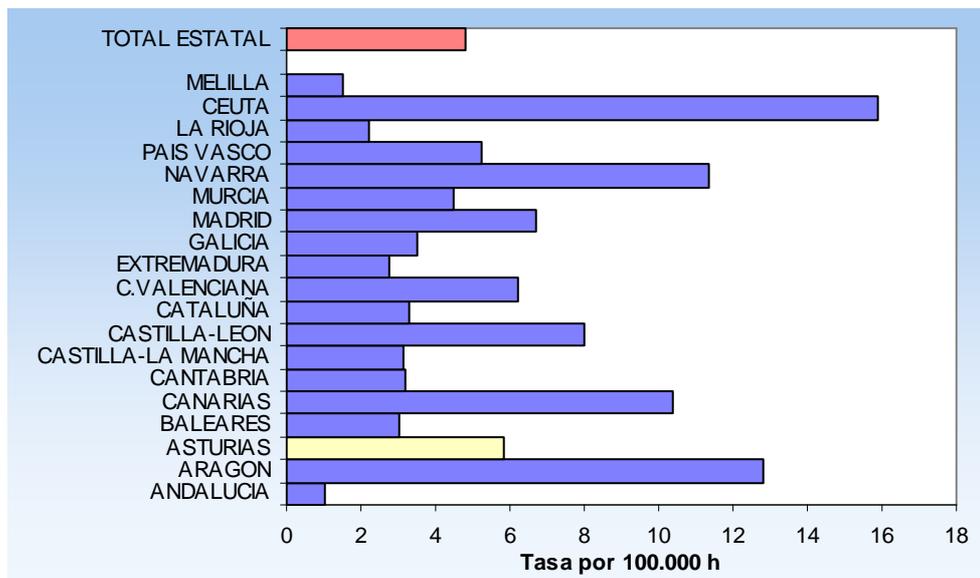
Clasificación de los casos

El 100% de los casos se diagnosticaron por la clínica.

Comparativo nacional

Durante 2009 se notificaron 2.172 casos de parotiditis, lo que supone una incidencia de 4,8 por 100.000 h, con un descenso de 1,8 veces la observada en 2008. Las CCAA que presentaron las tasas más altas fueron Ceuta (15,9), Aragón (12,8) y Navarra (11,3); las tasas más bajas las presentaron Andalucía (1,0), y Melilla (1,5).

Gráfico 37: Parotiditis. España 2009. 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.

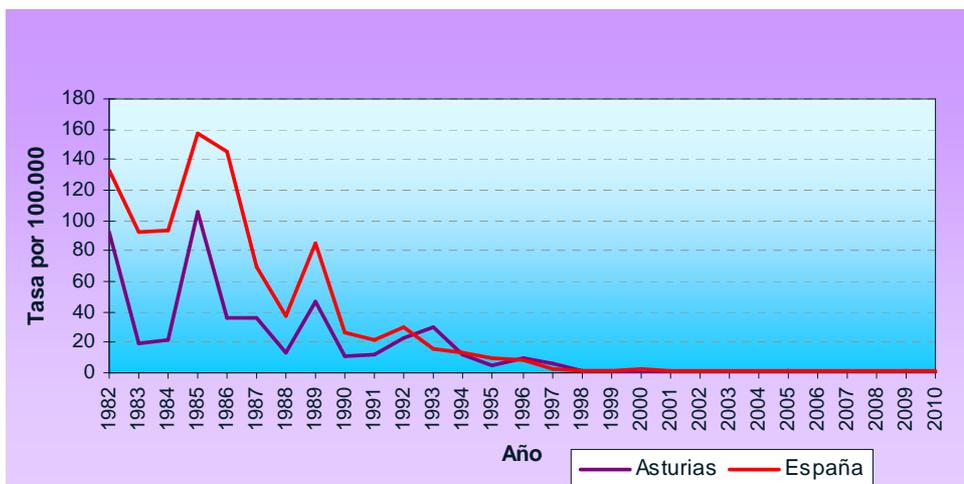
Durante el año 2010, se declararon en Asturias dos casos de tos ferina, lo que supone una tasa de incidencia de 0,2 casos por 100.000 h. En el conjunto de España se han notificado 730 casos (1,6 casos por 100.000 h). Esto supone un descenso en Asturias y un incremento en España.

Tabla 24: Tos ferina. Asturias y España. 2005-2010
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 8 | 0,7 | 304 | 0,7 |
| 2006 | 1 | 0,1 | 383 | 0,9 |
| 2007 | 1 | 0,1 | 554 | 1,2 |
| 2008 | 2 | 0,2 | 663 | 1,4 |
| 2009 | 9 | 0,8 | 538 | 1,2 |
| 2010 | 2 | 0,2 | 730 | 1,6 |

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.

Gráfico 38: Tos ferina. Asturias y España. 1982-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h



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 diez años, en Asturias, la enfermedad está bajo control, registrando una tasa de incidencia inferior a 1 caso por 100.000 h. La última defunción registrada en Asturias es del año 1982.

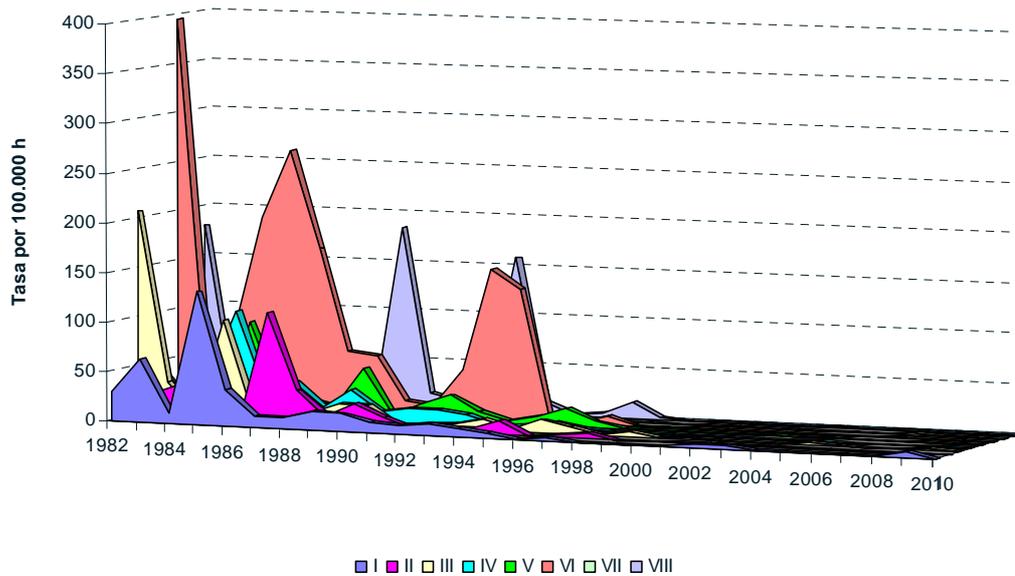
En España, la evolución es similar. Sin embargo, mantiene tasas superiores a las de Asturias y superiores a la tasa propuesta por la OMS de 1 caso por 100.000.

Distribución espacial.

Los dos casos registrados en Asturias en 2010 correspondieron a un niño de 9 años del Área V y a una niña de 14 años del Área III. No se confirmó ninguno de ellos y ambos estaban correctamente vacunados para la edad.

En el siguiente gráfico se muestra la evolución de la enfermedad por Área Sanitaria desde el año en que comienza a ser una Enfermedad de Declaración Obligatoria hasta la actualidad.

Gráfico 39: Tosferina. Asturias 1982-2010. Tasa por 100.000 h por Área Sanitaria



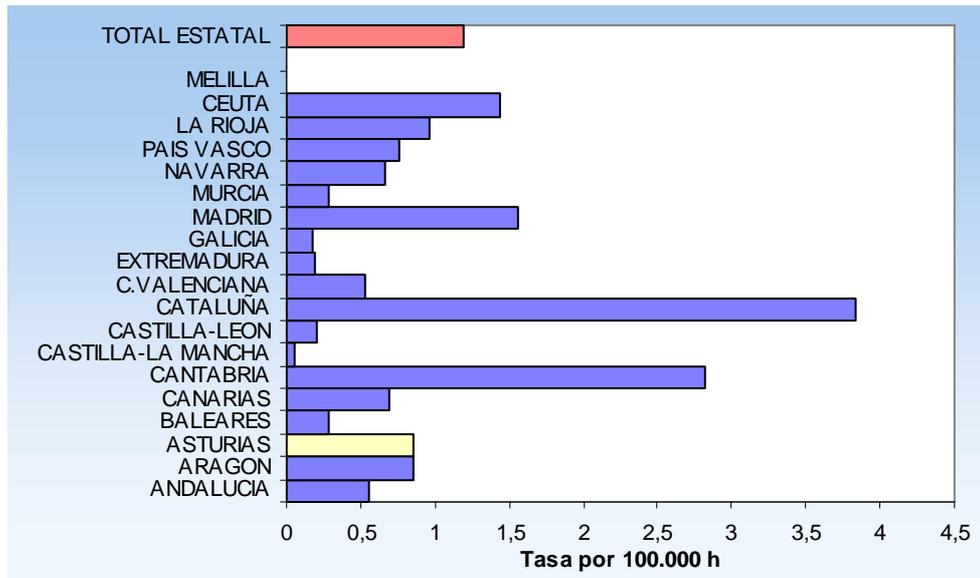
Comparativo nacional

Durante el año 2009, en que se produjo un decremento del 20% con respecto a la incidencia de 2007, cuatro Comunidades Autónomas alcanzaron una tasa igual o superior a 1 por 100.000. La incidencia máxima la registró Cataluña que, con 277 casos presentó una tasa de 3,8 casos por 100.000 h. Melilla fue la única comunidad que no notificó ningún caso.

Asturias presentó una tasa inferior a la del conjunto nacional (0,9 y 1,2 respectivamente).

En el siguiente gráfico se muestran estos datos.

Gráfico 40. Incidencia de tos ferina por CCAA. Año 2009



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

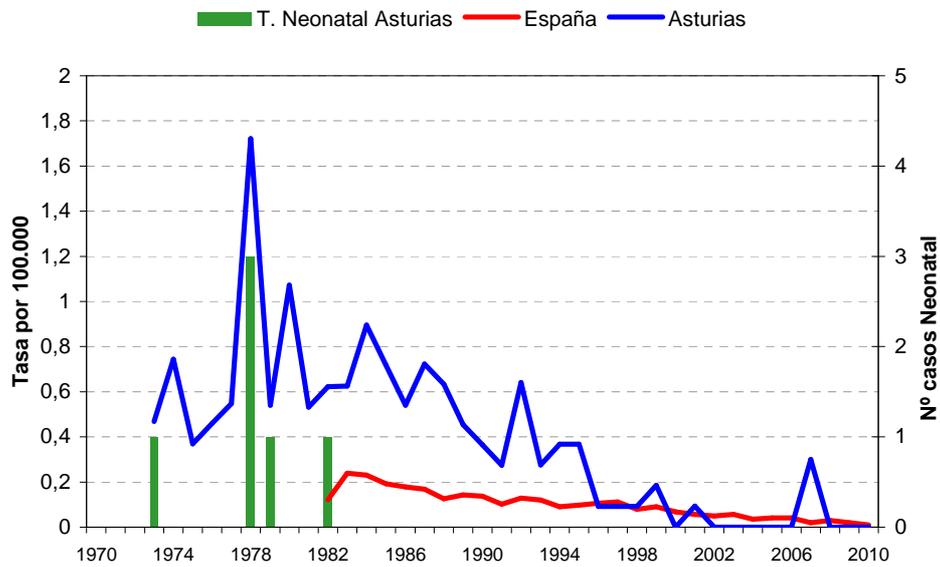
El último caso registrado en Asturias de tétanos neonatal es de 1982. Desde 2007 en que se notificaron 3 casos de tétanos en nuestra comunidad, no se registra ningún caso. En España, son 8 los casos notificados (tasa de 0,02 casos por 100.000 h), lo que supone un descenso relativo con respecto a 2009 de un 11%.

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 0,06 casos por 100.000 h.

Tabla 25: Tétanos. Asturias y España. 2005-2010
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 0 | 0,0 | 18 | 0,04 |
| 2006 | 0 | 0,0 | 21 | 0,05 |
| 2007 | 3 | 0,3 | 11 | 0,02 |
| 2008 | 0 | 0,0 | 15 | 0,03 |
| 2009 | 0 | 0,0 | 9 | 0,02 |
| 2010 | 0 | 0,0 | 8 | 0,02 |

Gráfico 41: Tétanos. Asturias y España. 1973- 2010. Tasa de incidencia por 100.000 h

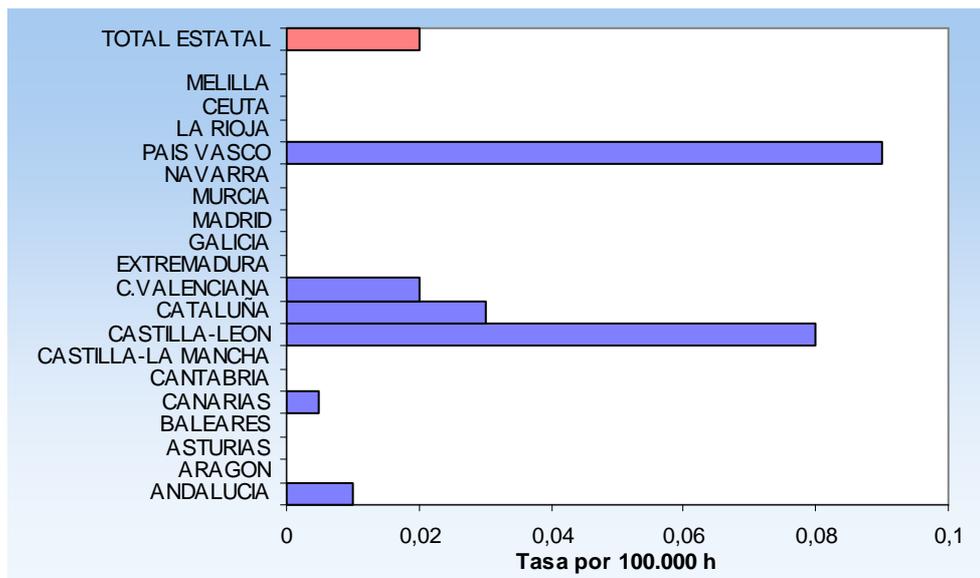


Comparativo nacional

La incidencia de tétanos se mantiene estable en los últimos años. Durante el año 2009, hubo 9 casos de tétanos en 6 Comunidades Autónomas (Andalucía, Canarias, Castilla León, Cataluña, Comunidad Valenciana y País Vasco). La tasa media estatal fue de 0,02 casos por 100.000 h.

Desde 1997, año en que se incorporó la rúbrica tétanos neonatal, no se ha notificado ningún caso de esta enfermedad.

Gráfico 42: Tétanos. España 2009. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.3.6 Difteria.

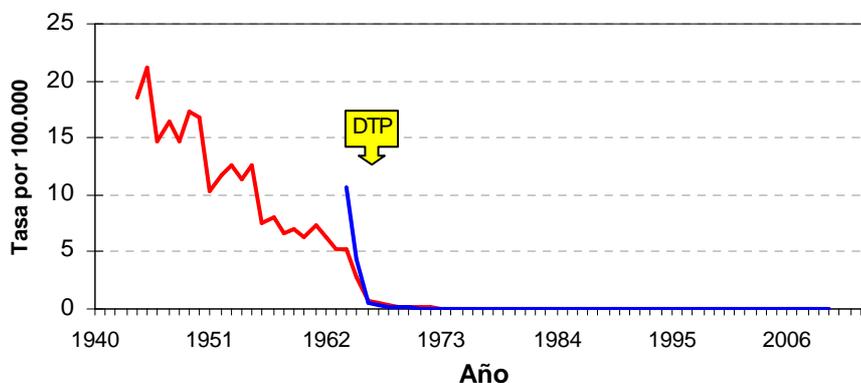
Introducción

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 43: Difteria. Asturias y España. 1941-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h



3.3.7 Poliomielitis

Introducción

En mayo de 1988, la 41ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la polio para el año 2000. Al no alcanzarse dicho objetivo, la OMS propuso el Plan Estratégico 2001-2005 mediante el cual planteaba alcanzar la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje en todo el mundo al final del año 2002 y la certificación mundial de la erradicación de la poliomielitis a finales del 2005. Ante la dispersión internacional de casos de polio y el restablecimiento de la transmisión en varios países africanos, la 63ª Asamblea Mundial de la Salud impulsó el “Plan Estratégico para la Erradicación mundial de la Poliomielitis 2010-2012”.

En 2008, sólo partes de 4 países en el mundo (Afganistán, India, Nigeria y Pakistán) permanecían siendo endémicos, el área geográfica más pequeña de la historia. Sin embargo, en 2010 más del 80% de los casos se dieron en países no endémicos. Señalar en áreas endémicas la disminución de los casos en India y Nigeria y el aumento de los casos en Pakistán debido a las dificultades para mejorar las actividades suplementarias de inmunización, agravadas por conflictos tribales y por las inundaciones. Entre los países con restablecimiento de la transmisión endémica, en 2010 continuó habiendo casos en Angola, República Democrática del Congo y el Chad. Hubo brotes en 11 países relacionados con la importación de un caso. De ellos, 7 parecen haber interrumpido la transmisión en los 6 meses tras el inicio del brote. Sin embargo, continúa la diseminación internacional de poliovirus con la aparición de brotes explosivos: Takijistán importado de India y República del Congo importado de Angola.

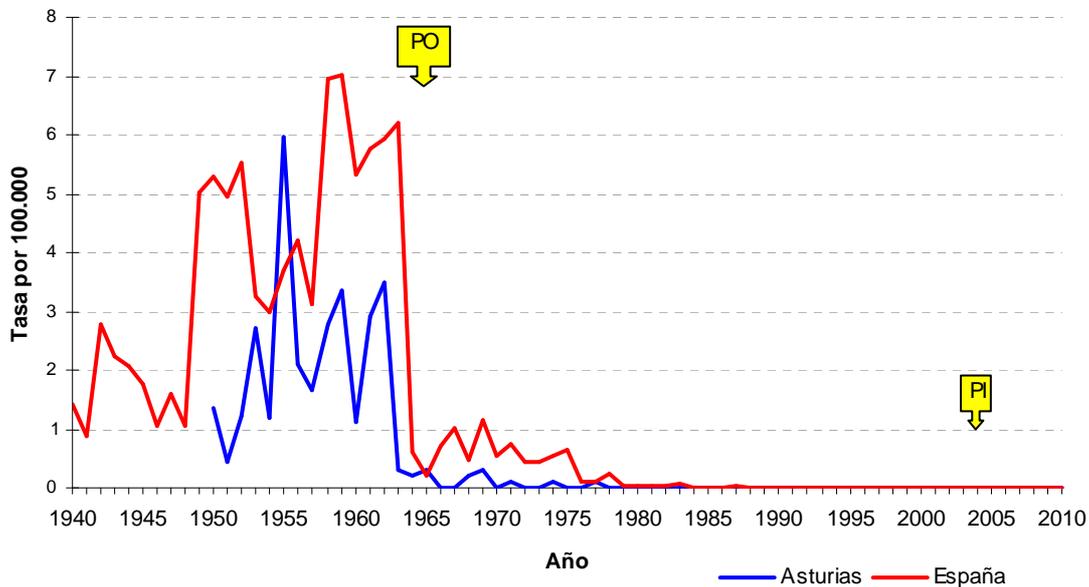
Desde 1999, ya no hay casos por poliovirus salvaje de serotipo 2, considerándose erradicado este serotipo. En Junio de 2002 Europa consiguió el Certificado de Región libre de Polio de la OMS.

En nuestro país, durante el año 2004 todas las CCAA llevaron a cabo la sustitución de la vacuna de polio oral por la vacuna inyectable.

Incidencia. Tendencias

En España, el último caso sospechoso es de 1990 y, en Asturias, de 1977. En el siguiente gráfico se muestra la evolución de la poliomielitis en Asturias y España desde 1940. 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 44: Poliomielitis. Asturias y España. 1940-2010. 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.

Vigilancia de las PFA

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 2010, no se ha detectado ningún caso de PFA. Ello puede estar en relación con una relajación del sistema de vigilancia.

En España, durante dicho año se notificaron 31 casos de PFA que suponen una tasa de incidencia de 0,5 casos de PFA por 100.000 niños menores de 15 años, incidencia inferior a la establecida por la OMS (de al menos 1 por 100.000 h) como criterio óptimo de sensibilidad del Sistema de Vigilancia. Esta situación es variable por comunidades autónomas. Sólo cuatro Comunidades Autónomas (Aragón, Baleares, Extremadura y Murcia) alcanzaron la tasa esperada de 1 caso por 100.000 h menores de 15 años. Otras diez comunidades no notificaron ningún caso; el resto notificó menos casos de los esperados. Hay que tener en cuenta la variabilidad en el número

de casos esperados, especialmente en las comunidades de menor población. No obstante, aunque la sensibilidad del sistema ha experimentado una ligera mejora con respecto al año anterior, continúa siendo inferior a la tasa esperada.

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, ya que hasta que no se alcance la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje en todo el mundo existe un riesgo de importación que no se puede menospreciar. España es un país que puede ser considerado de riesgo para la importación dada su proximidad al continente africano y a que es el tercer país del mundo en número de visitantes anuales. Por ello es muy importante que se mantengan altas coberturas de vacunación y que el sistema de vigilancia de parálisis flácida se mantenga activo y alerta.

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 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

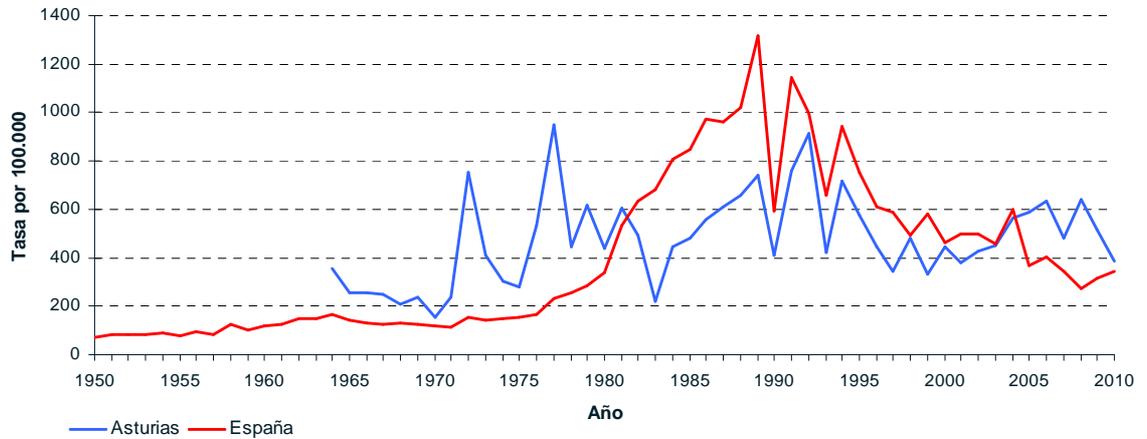
Durante el año 2010 se notificaron 4.172 casos, lo que supone una tasa de incidencia de 385 casos por 100.000 h, tasa algo superior a la registrada en España en el mismo periodo que, con 155.772 casos, tuvo una tasa de 342 casos por 100.000 h. Ocupa el tercer lugar en cuanto a número de declaraciones tras los procesos diarreicos y la gripe.

Con respecto al año 2009, se ha producido un descenso en el número de casos en Asturias (-25%) y un ligero incremento en España (10%).

Tabla 26: Varicela. Asturias y España. 2005-2010. Nº de casos y tasa de incidencia anual por 100.000 h

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|-------|---------|-------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 6.311 | 586,2 | 139.730 | 316,8 |
| 2006 | 6.806 | 633,9 | 177.728 | 397,5 |
| 2007 | 5.146 | 478,8 | 148.648 | 328,9 |
| 2008 | 6.935 | 642,0 | 125.706 | 281,3 |
| 2009 | 5.578 | 514,0 | 141.399 | 313,5 |
| 2010 | 4.172 | 384,7 | 155.772 | 342,4 |

Gráfico 45: Varicela. 1950-2010. Tasa de incidencia anual por 100.000 h

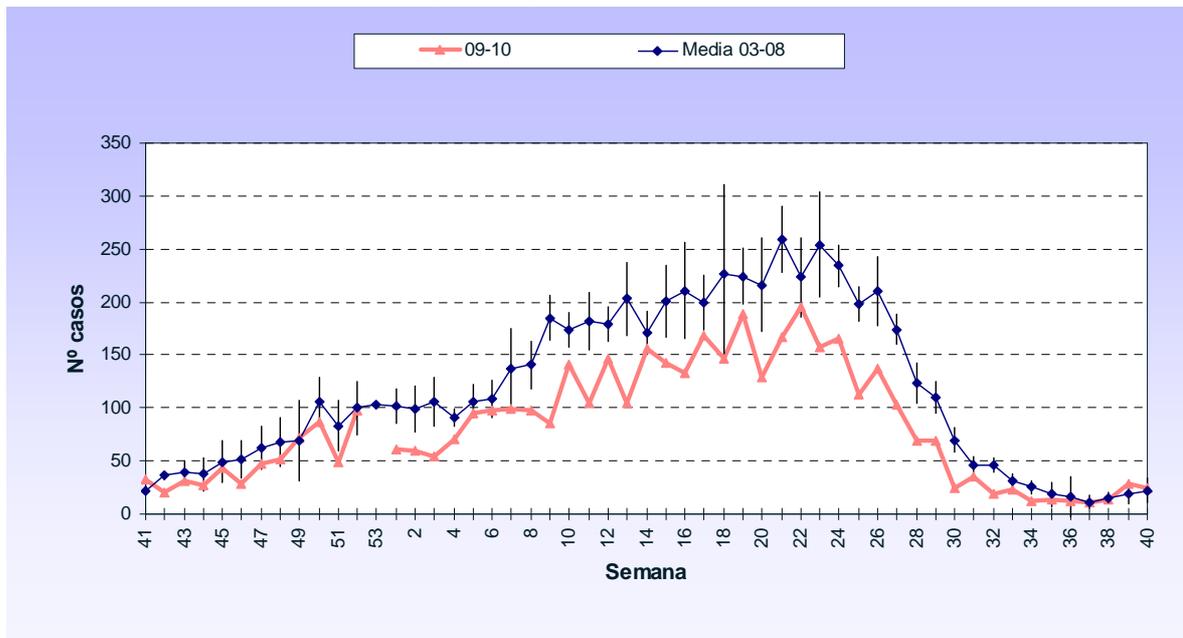


Patrón estacional

Por temporada epidemiológica (desde la semana 41 de un año a la semana 40 del año siguiente) la temporada 09-10 ha supuesto un descenso relativo en el número de casos de un 34%. El número de casos observados ha sido inferior a la media de las cinco temporadas previas en toda la temporada epidemiológica con excepción de la semana 39.

El patrón epidemiológico 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.

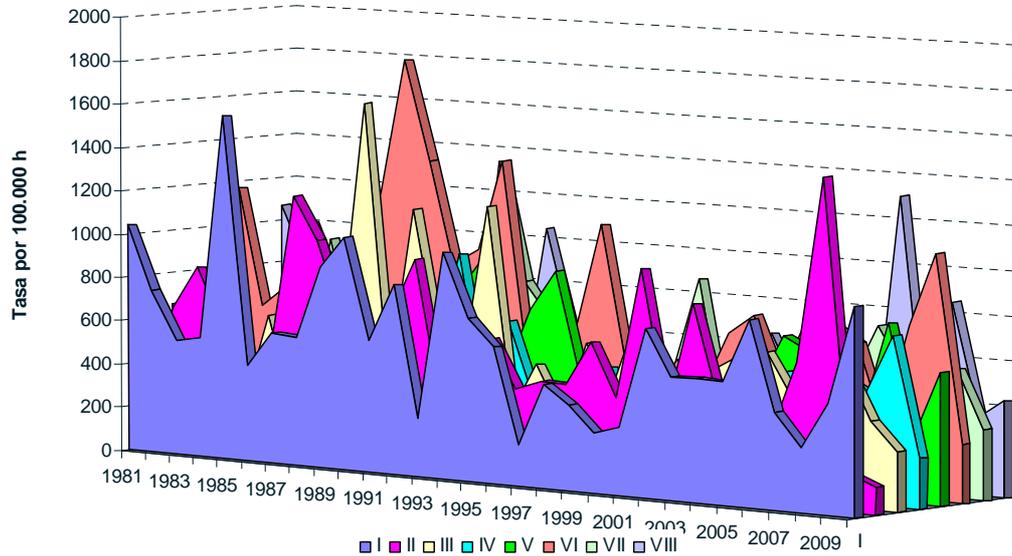
Gráfico 46: Varicela. Asturias. Temporadas epidemiológicas 03-08 a 09-10



Distribución por Área Sanitaria

Por Área Sanitaria, el Área VI fue la que presentó la mayor incidencia con 1.093 casos por 100.000 h. Ocupando el segundo lugar y ya a distancia se encuentra el Área IV (721 casos por 100.000 h). El Área II con 188 casos por 100.000 h fue la que presentó la menor incidencia.

Gráfico 47: Varicela. Asturias 1981-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h por Área Sanitaria

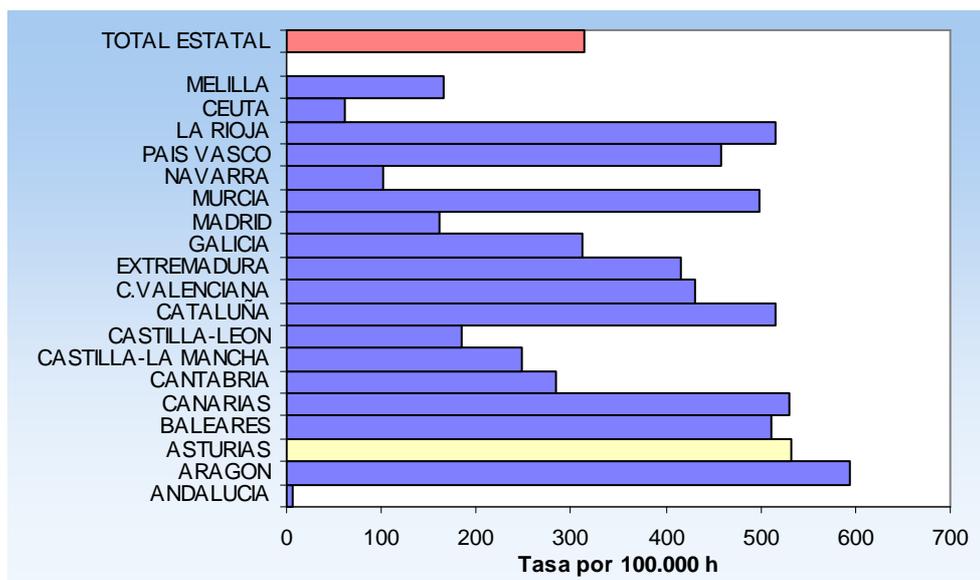


Comparativo nacional

En el año 2009 se han notificado a la declaración numérica un total de 141.399 casos de varicela, lo que supone una incidencia nacional de 313 casos por 100.000 h (se ha excluido Andalucía por cambios en el sistema de notificación de casos).

Las CCAA con una mayor tasa de incidencia fueron Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña y La Rioja, que registraron tasas superiores a los 500 casos por 100.000 h. La menor incidencia (excluida Andalucía) correspondió a Ceuta con una tasa de 62 casos por 100.000.

Gráfico 48: Varicela. España 2009. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.3.9 Hepatitis B

Incidencia. Tendencias

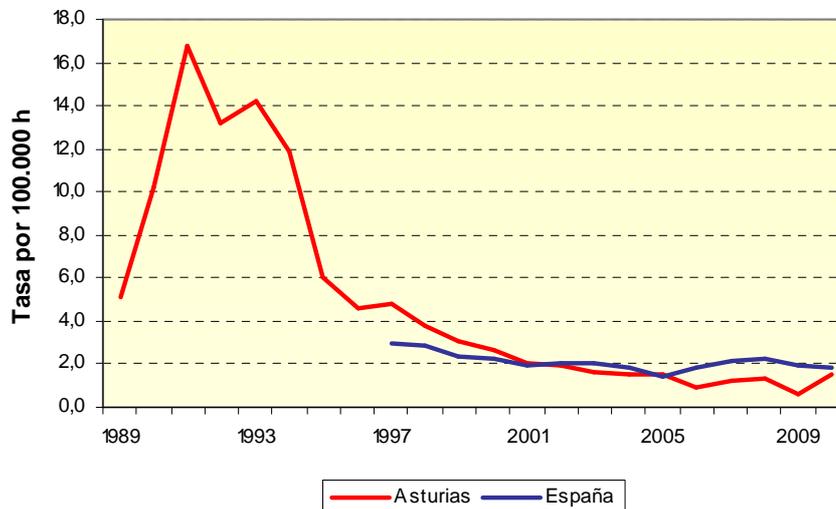
En Asturias, la hepatitis B muestra una tendencia descendente desde 1991, habiendo presentado en el año 2009 la menor incidencia desde que se registra la enfermedad. En España, se mantiene la tasa estable con respecto a 2009. Hasta el año 2003, las tasas nacionales eran inferiores a las asturianas. Sin embargo, en los últimos años, las tasas nacionales superan a las de nuestra comunidad.

En el año 2010, Asturias registró 13 casos (tasa de 1,2 casos por 100.000 h) y España 850 (1,9 por 100.000). El incremento relativo en Asturias, con respecto al 2009, es de un 86%.

Tabla 27: Hepatitis B. Asturias y España. 2005-2010
Nº de casos y tasa por 100.000 h

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 2005 | 17 | 1,6 | 659 | 1,5 |
| 2006 | 10 | 0,9 | 799 | 1,8 |
| 2007 | 13 | 1,2 | 965 | 2,1 |
| 2008 | 14 | 1,3 | 1011 | 2,2 |
| 2009 | 7 | 0,6 | 871 | 1,9 |
| 2010 | 13 | 1,2 | 850 | 1,9 |

Gráfico 48: Hepatitis B. Asturias y España 1989-2010. Tasa por 100.000 h



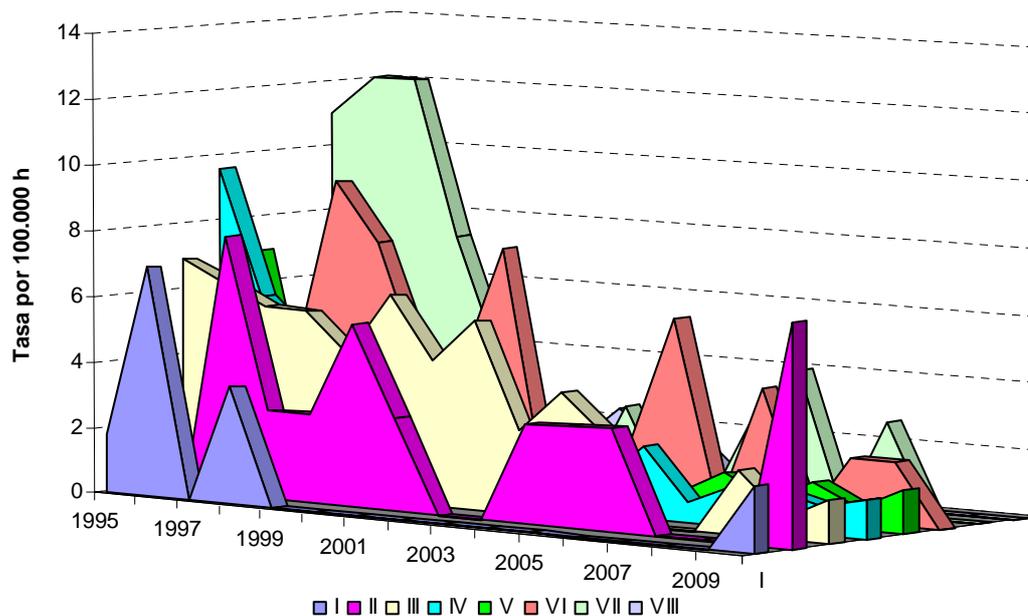
Distribución espacial

La distribución por Área Sanitaria muestra que el mayor número de casos (62% del total) se localizaron en las áreas centrales más pobladas. Sin embargo, la mayor incidencia correspondió al Área II que con 2 casos presentó una tasa de 6,6 casos por 100.000 h.

Tabla 28: Hepatitis B. Asturias 2010
Nº de casos y tasa por Área Sanitaria

| Área | Nº | Tasa |
|--------------|-----------|------------|
| I | 1 | 2,0 |
| II | 2 | 6,6 |
| III | 2 | 1,3 |
| IV | 4 | 1,2 |
| V | 4 | 1,3 |
| VI | 0 | 0,0 |
| VII | 0 | 0,0 |
| VIII | 0 | 0,0 |
| Total | 13 | 1,2 |

Gráfico 49: Hepatitis B. Asturias 1995-2010. Tasa por 100.000 h por Área Sanitaria



Características de los casos

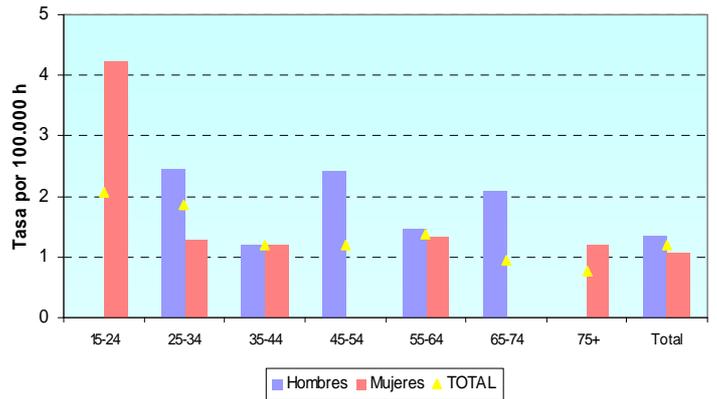
Distribución por edad y sexo

El 54% de los casos (7 de 13) ocurrieron en hombres. La incidencia más elevada, a diferencia de años previos, correspondió al grupo de mujeres de 15 a 24 años con 4,2 casos por 100.000 personas de dicha edad.

Tabla 29: Hepatitis B. Asturias 2010. Nº de casos y tasa por 100.000 h por edad y sexo

| Edad | Hombres | | Mujeres | | TOTAL | |
|--------------|----------|------------|----------|------------|-----------|------------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 5-14 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 15-24 | 0 | 0,0 | 2 | 4,2 | 2 | 2,1 |
| 25-34 | 2 | 2,4 | 1 | 1,3 | 3 | 1,9 |
| 35-44 | 1 | 1,2 | 1 | 1,2 | 2 | 1,2 |
| 45-54 | 2 | 2,4 | 0 | 0,0 | 2 | 1,2 |
| 55-64 | 1 | 1,4 | 1 | 1,3 | 2 | 1,4 |
| 65-74 | 1 | 2,1 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| 75+ | 0 | 0,0 | 1 | 1,2 | 1 | 0,8 |
| Total | 7 | 1,3 | 6 | 1,1 | 13 | 1,2 |

Gráfico 50: Hepatitis B. Asturias 2010. Tasa por 100.000 h por edad y sexo.



Clasificación de los casos

Todos los casos fueron esporádicos y autóctonos. Se confirmaron 4 casos (30,8%) etiquetándose como sospechosos 6 (46,2%) y como probables 3 (23,1%).

Comparativo nacional

La incidencia de Hepatitis B que presentaba una evolución ascendente desde 2005 ha disminuido en 2009 con respecto al año previo. En 2009 se declararon 871 casos (tasa de 1,9 por 100.000 h) frente a 1.011 casos declarados en 2008 (tasa de 2,3 casos por 100.000 h).

En 2009, Aragón fue la CCAA con una mayor incidencia de hepatitis B, con una tasa de 6,7 casos por 100.000 h. Ceuta y Castilla León con 4,3 y 3,6 casos por 100.000 h respectivamente ocupan el segundo y tercer lugar. Todas las demás comunidades presentan tasas inferiores a los 3,5 casos por 100.000 h. Esto sitúa a España dentro de los países de baja incidencia. Asturias presentó una tasa inferior a la media nacional.

Gráfico 51: Hepatitis B. España 2009. Tasa por 100.000 por CCAA

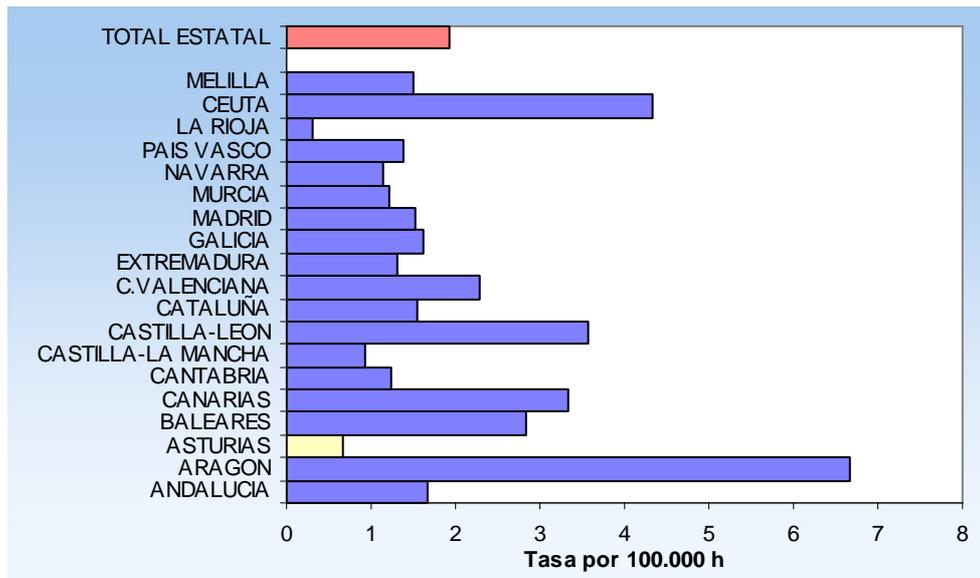


Tabla 30: Enfermedades vacunables. Nº de casos y tasa por 100.000 h. Asturias 1950-2010

| Año | Sarampión | | Rubéola | | Parotiditis | | Tosferina | | Tétanos | | Difteria | | Poliomielitis | | Varicela | | Hepatitis B | | |
|------|-----------|---------|---------|-------|-------------|-------|-----------|-------|---------|------|----------|------|---------------|------|----------|-------|-------------|------|--|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | |
| 1950 | | | | | | | | | | | | | 12 | 1,4 | | | | | |
| 1951 | | | | | | | | | | | | | 4 | 0,4 | | | | | |
| 1952 | | | | | | | | | | | | | 11 | 1,2 | | | | | |
| 1953 | | | | | | | | | | | | | 25 | 2,7 | | | | | |
| 1954 | | | | | | | | | | | | | 11 | 1,2 | | | | | |
| 1955 | | | | | | | | | | | | | 56 | 6,0 | | | | | |
| 1956 | | | | | | | | | | | | | 20 | 2,1 | | | | | |
| 1957 | | | | | | | | | | | | | 16 | 1,7 | | | | | |
| 1958 | | | | | | | | | | | | | 27 | 2,8 | | | | | |
| 1959 | | | | | | | | | | | | | 33 | 3,4 | | | | | |
| 1960 | | | | | | | | | | | | | 11 | 1,1 | | | | | |
| 1961 | | | | | | | | | | | | | 29 | 2,9 | | | | | |
| 1962 | | | | | | | | | | | | | 35 | 3,5 | | | | | |
| 1963 | | | | | | | | | | | | | 3 | 0,3 | | | | | |
| 1964 | 2.485 | 249,8 | | | | | | | | | | 107 | 10,6 | 2 | 0,2 | 3.611 | 363,0 | | |
| 1965 | 9.836 | 988,9 | | | | | | | | | | 44 | 4,3 | 3 | 0,3 | 2.620 | 263,4 | | |
| 1966 | 2.819 | 283,4 | | | | | | | | | | 6 | 0,6 | 0 | 0,0 | 2.627 | 264,1 | | |
| 1967 | 6.989 | 702,6 | | | | | | | | | | 4 | 0,4 | 0 | 0,0 | 2.542 | 255,6 | | |
| 1968 | 5.547 | 557,7 | | | | | | | | | | 1 | 0,1 | 2 | 0,2 | 2.170 | 218,2 | | |
| 1969 | 2.106 | 211,7 | | | | | | | | | | 1 | 0,1 | 3 | 0,3 | 2.443 | 245,6 | | |
| 1970 | 6.774 | 643,9 | | | | | | | | | | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 1.615 | 153,5 | | |
| 1971 | 6.315 | 600,3 | | | | | | | | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 2.482 | 235,9 | | |
| 1972 | 12.678 | 1.205,1 | | | | | | | | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7.963 | 756,9 | | |
| 1973 | 8.383 | 796,8 | | | | | | | 5 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4.400 | 418,2 | | | |
| 1974 | 6.965 | 662,0 | | | | | | | 8 | 0,7 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 3.226 | 306,6 | | | |
| 1975 | 6.644 | 631,5 | | | | | | | 4 | 0,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3.044 | 289,3 | | | |
| 1976 | 9.905 | 941,5 | | | | | | | 5 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5.832 | 554,3 | | | |
| 1977 | 6.825 | 648,7 | | | | | | | 6 | 0,5 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 10.405 | 989,0 | | | |
| 1978 | 8.317 | 790,6 | | | | | | | 19 | 1,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4.897 | 465,5 | | | |
| 1979 | 8.185 | 778,0 | | | | | | | 6 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6.864 | 652,4 | | | |
| 1980 | 4.986 | 473,9 | | | | | | | 12 | 1,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4.892 | 465,0 | | | |
| 1981 | 5.800 | 513,5 | | | | | | | 6 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6.828 | 604,5 | | | |
| 1982 | 3.421 | 302,9 | 901 | 79,8 | 392 | 34,7 | 1.040 | 92,1 | 7 | 0,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5.505 | 487,4 | | | |
| 1983 | 953 | 84,4 | 1.645 | 145,6 | 2716 | 240,4 | 213 | 18,9 | 7 | 0,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2.465 | 218,2 | | | |
| 1984 | 961 | 85,1 | 4.068 | 360,1 | 2326 | 205,9 | 240 | 21,2 | 10 | 0,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4.954 | 438,6 | | | |
| 1985 | 216 | 19,1 | 725 | 64,2 | 2652 | 234,8 | 1.188 | 105,2 | 8 | 0,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5.385 | 476,7 | | | |
| 1986 | 3.196 | 287,6 | 677 | 60,9 | 1703 | 153,3 | 406 | 36,5 | 7 | 0,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6.174 | 555,7 | | | |
| 1987 | 142 | 12,8 | 551 | 49,6 | 2562 | 230,6 | 399 | 35,9 | 8 | 0,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6.752 | 607,7 | | | |
| 1988 | 38 | 3,4 | 198 | 17,8 | 368 | 33,1 | 147 | 13,2 | 7 | 0,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7.297 | 656,7 | | | |
| 1989 | 150 | 13,5 | 523 | 47,1 | 253 | 22,8 | 516 | 46,4 | 4 | 0,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 8.195 | 737,5 | 56 | 5,1 | |
| 1990 | 1.721 | 154,9 | 489 | 44,0 | 189 | 17,0 | 125 | 11,2 | 4 | 0,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4.533 | 408,0 | 112 | 10,2 | |
| 1991 | 169 | 15,4 | 330 | 30,2 | 235 | 21,5 | 125 | 11,4 | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 8.365 | 764,7 | 184 | 16,8 | |
| 1992 | 214 | 19,6 | 391 | 35,7 | 284 | 26,0 | 245 | 22,4 | 7 | 0,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9.987 | 912,9 | 144 | 13,2 | |
| 1993 | 63 | 5,8 | 446 | 40,8 | 214 | 19,6 | 334 | 30,5 | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4.595 | 420,0 | 155 | 14,2 | |
| 1994 | 5 | 0,5 | 156 | 14,3 | 209 | 19,1 | 132 | 12,1 | 4 | 0,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7.850 | 717,6 | 129 | 11,9 | |
| 1995 | 23 | 2,1 | 192 | 17,6 | 245 | 22,4 | 56 | 5,1 | 4 | 0,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6.243 | 570,7 | 81 | 7,5 | |
| 1996 | 66 | 6,1 | 2.032 | 186,8 | 508 | 46,7 | 107 | 9,8 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4.867 | 447,4 | 69 | 6,4 | |
| 1997 | 3 | 0,3 | 135 | 12,4 | 378 | 34,7 | 63 | 5,8 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3.749 | 344,6 | 58 | 5,4 | |
| 1998 | 4 | 0,4 | 42 | 3,9 | 241 | 22,2 | 10 | 0,9 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5.195 | 477,5 | 42 | 3,9 | |
| 1999 | 7 | 0,6 | 26 | 2,4 | 53 | 4,9 | 10 | 0,9 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3.624 | 333,1 | 33 | 3,1 | |
| 2000 | 0 | 0,0 | 24 | 2,2 | 68 | 6,3 | 5 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4.768 | 438,3 | 29 | 2,7 | |
| 2001 | 0 | 0,0 | 15 | 1,4 | 71 | 6,7 | 3 | 0,3 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4.085 | 379,9 | 22 | 2,0 | |
| 2002 | 0 | 0,0 | 3 | 0,3 | 1561 | 146,8 | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4.569 | 424,9 | 21 | 2,0 | |
| 2003 | 0 | 0,0 | 7 | 0,7 | 99 | 9,3 | 6 | 0,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4.855 | 451,5 | 18 | 1,7 | |
| 2004 | 0 | 0,0 | 8 | 0,8 | 89 | 8,4 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6.020 | 559,8 | 17 | 1,6 | |
| 2005 | 0 | 0,0 | 10 | 0,9 | 126 | 11,9 | 8 | 0,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6.311 | 600,6 | 17 | 1,6 | |
| 2006 | 1 | 0,1 | 8 | 0,8 | 114 | 10,6 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6.806 | 633,9 | 10 | 0,9 | |
| 2007 | 0 | 0,0 | 6 | 0,6 | 751 | 69,7 | 1 | 0,1 | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5.146 | 478,8 | 13 | 1,2 | |
| 2008 | 0 | 0,0 | 4 | 0,4 | 99 | 9,2 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6.935 | 642,0 | 4 | 1,3 | |
| 2009 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 61 | 5,6 | 9 | 0,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5.578 | 514,0 | 7 | 0,6 | |
| 2010 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 38 | 3,5 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4.172 | 384,7 | 13 | 1,2 | |

Tabla 31: Enfermedades vacunables. Nº de casos y tasa por 100.000 h. España 1950-2010

| Año | Sarampión | | Rubéola | | Parotiditis | | Tosferina | | Tétanos | | Difteria | | Poliomielitis | | Varicela | | Hepatitis B | |
|------|-----------|-------|---------|-------|-------------|-------|-----------|-------|---------|------|----------|------|---------------|------|----------|--------|-------------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 1950 | 121.454 | 431,1 | | | | | | | | | 4.741 | 16,9 | 1.491 | 5,3 | 19.791 | 70,3 | | |
| 1951 | 195.264 | 691,9 | | | | | | | | | 2.912 | 10,3 | 1.403 | 4,9 | 23.791 | 84,3 | | |
| 1952 | 127.444 | 447,6 | | | | | | | | | 3.361 | 11,8 | 1.584 | 5,5 | 24.125 | 84,7 | | |
| 1953 | 84.654 | 294,8 | | | | | | | | | 3.653 | 12,7 | 936 | 3,2 | 24.323 | 84,7 | | |
| 1954 | 154.796 | 534,3 | | | | | | | | | 3.322 | 11,4 | 872 | 3,0 | 26.094 | 90,1 | | |
| 1955 | 123.644 | 423,1 | | | | | | | | | 3.692 | 12,6 | 1.086 | 3,7 | 22.887 | 78,3 | | |
| 1956 | 119.718 | 406,1 | | | | | | | | | 2.212 | 7,5 | 1.246 | 4,2 | 27.592 | 93,6 | | |
| 1957 | 194.891 | 655,3 | | | | | | | | | 2.381 | 8,0 | 928 | 3,1 | 23.855 | 80,2 | | |
| 1958 | 93.641 | 312,1 | | | | | | | | | 1.972 | 6,6 | 2.091 | 7,0 | 37.216 | 124,1 | | |
| 1959 | 151.918 | 502 | | | | | | | | | 2.141 | 7,1 | 2.132 | 7,0 | 30.983 | 102,4 | | |
| 1960 | 109.257 | 357,9 | | | | | | | | | 1.941 | 6,3 | 1.632 | 5,3 | 36.565 | 119,8 | | |
| 1961 | 209.652 | 679,3 | | | | | | | | | 2.294 | 7,4 | 1.786 | 5,8 | 38.113 | 123,5 | | |
| 1962 | 130.244 | 417,4 | | | | | | | | | 1.948 | 6,2 | 1.850 | 5,9 | 46.072 | 147,7 | | |
| 1963 | 192.050 | 608,9 | | | | | | | | | 1.643 | 5,2 | 1.954 | 6,2 | 45.997 | 145,8 | | |
| 1964 | 138.387 | 434,0 | | | | | | | | | 1.700 | 5,3 | 195 | 0,6 | 52.514 | 164,7 | | |
| 1965 | 190.621 | 591,3 | | | | | | | | | 890 | 2,8 | 62 | 0,2 | 45.252 | 140,4 | | |
| 1966 | 145.158 | 445,4 | | | | | | | | | 248 | 0,8 | 237 | 0,7 | 43.070 | 132,2 | | |
| 1967 | 153.717 | 466,6 | | | | | | | | | 145 | 0,4 | 336 | 1,0 | 41.754 | 126,7 | | |
| 1968 | 116.209 | 348,9 | | | | | | | | | 102 | 0,3 | 162 | 0,5 | 42.654 | 128,0 | | |
| 1969 | 143.789 | 427,0 | | | | | | | | | 57 | 0,2 | 387 | 1,2 | 41.592 | 123,5 | | |
| 1970 | 145.788 | 428,3 | | | | | | | | | 74 | 0,2 | 179 | 0,5 | 39.627 | 116,4 | | |
| 1971 | 120.188 | 651,3 | | | | | | | | | 46 | 0,1 | 258 | 0,8 | 38.513 | 112,6 | | |
| 1972 | 179.748 | 520,2 | | | | | | | | | 33 | 0,1 | 158 | 0,5 | 52.696 | 152,5 | | |
| 1973 | 130.450 | 373,8 | | | | | | | | | 19 | 0,1 | 155 | 0,4 | 49.044 | 140,5 | | |
| 1974 | 148.893 | 422,3 | | | | | | | | | 22 | 0,1 | 187 | 0,5 | 51.910 | 147,3 | | |
| 1975 | 127.848 | 359,3 | | | | | | | | | 23 | 0,1 | 231 | 0,6 | 55.961 | 157,2 | | |
| 1976 | 134.809 | 374,9 | | | | | | | | | 10 | 0,0 | 41 | 0,1 | 59.279 | 164,8 | | |
| 1977 | 129.375 | 356,4 | | | | | | | | | 4 | 0,0 | 37 | 0,1 | 84.650 | 233,0 | | |
| 1978 | 129.712 | 353,5 | | | | | | | | | 8 | 0,0 | 82 | 0,2 | 94.017 | 256,2 | | |
| 1979 | 93.503 | 252,3 | | | | | | | | | 17 | 0,0 | 16 | 0,0 | 105.770 | 285,4 | | |
| 1980 | 145.237 | 387,9 | | | | | | | | | 7 | 0,0 | 16 | 0,0 | 126.597 | 338,2 | | |
| 1981 | 146.689 | 388,6 | | | | | | | | | 8 | 0,0 | 17 | 0,0 | 201.387 | 533,5 | | |
| 1982 | 159.562 | 420,2 | 74.313 | 196,0 | | | 50.463 | 132,9 | 46 | 0,1 | 6 | 0,0 | 17 | 0,0 | 241.659 | 636,5 | | |
| 1983 | 301.319 | 789,6 | 162.262 | 426,2 | 222.908 | 591,9 | 34.437 | 92,9 | 91 | 0,2 | 1 | 0,0 | 25 | 0,1 | 259.738 | 680,6 | | |
| 1984 | 38.913 | 101,5 | 150.519 | 393,6 | 286.887 | 748,5 | 35.928 | 93,7 | 88 | 0,2 | 3 | 0,0 | 1 | 0,0 | 308.557 | 805,1 | | |
| 1985 | 80.662 | 209,6 | 144.288 | 375,6 | 135.669 | 352,6 | 60.564 | 157,4 | 74 | 0,2 | 0 | 0,0 | 3 | 0,0 | 327.454 | 851,1 | | |
| 1986 | 220.109 | 570,2 | 74.073 | 192,0 | 51.023 | 123,2 | 55.846 | 144,7 | 69 | 0,2 | 2 | 0,0 | 2 | 0,0 | 376.672 | 975,7 | | |
| 1987 | 35.146 | 90,8 | 32.897 | 84,9 | 48.393 | 125,0 | 26.958 | 69,6 | 65 | 0,2 | 0 | 0,0 | 9 | 0,0 | 373.208 | 964,0 | | |
| 1988 | 22.701 | 58,5 | 18.248 | 46,9 | 41.671 | 107,4 | 14.506 | 37,4 | 49 | 0,1 | 0 | 0,0 | 3 | 0,0 | 397.041 | 1023,1 | | |
| 1989 | 32.908 | 84,6 | 21.220 | 54,3 | 83.527 | 215,0 | 33.217 | 85,4 | 56 | 0,1 | 0 | 0,0 | 2 | 0,0 | 512.426 | 1317,7 | | |
| 1990 | 21.650 | 55,5 | 23.462 | 59,8 | 30.624 | 78,6 | 10.075 | 25,9 | 54 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 231.498 | 594,2 | | |
| 1991 | 24.445 | 62,6 | 32.557 | 82,6 | 13.790 | 35,3 | 8.365 | 21,4 | 40 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 445.712 | 1142,1 | | |
| 1992 | 24.460 | 62,6 | 14.440 | 36,5 | 10.029 | 25,7 | 11.518 | 29,5 | 51 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 389.794 | 997,3 | | |
| 1993 | 11.977 | 30,6 | 8.539 | 21,5 | 6.218 | 15,9 | 6.227 | 15,9 | 48 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 256.865 | 656,3 | | |
| 1994 | 6.845 | 17,4 | 6.179 | 15,5 | 7.002 | 17,9 | 5.020 | 12,8 | 36 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 370.601 | 945,6 | | |
| 1995 | 8.804 | 22,4 | 4.721 | 11,8 | 9.932 | 25,3 | 3.713 | 9,5 | 39 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 296.107 | 754,6 | | |
| 1996 | 4.877 | 12,4 | 16.750 | 41,6 | 14.411 | 36,7 | 3.534 | 9,0 | 43 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 240.143 | 611,3 | | |
| 1997 | 1.839 | 4,6 | 3.828 | 9,7 | 6.970 | 17,7 | 1.097 | 2,8 | 45 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 232.425 | 591,2 | 1.163 | 2,9 |
| 1998 | 446 | 1,1 | 884 | 2,3 | 2.857 | 7,3 | 315 | 0,8 | 32 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 193.867 | 492,4 | 1.134 | 2,8 |
| 1999 | 244 | 0,6 | 533 | 1,4 | 4.145 | 10,5 | 410 | 1,0 | 37 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 228.529 | 579,8 | 927 | 2,3 |
| 2000 | 152 | 0,4 | 345 | 0,9 | 9.282 | 23,5 | 915 | 2,3 | 28 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 193.003 | 488,5 | 885 | 2,2 |
| 2001 | 107 | 0,3 | 179 | 0,5 | 7.566 | 19,2 | 379 | 1,0 | 23 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 183.639 | 465,3 | 780 | 1,9 |
| 2002 | 89 | 0,2 | 138 | 0,4 | 4.431 | 10,6 | 347 | 0,9 | 21 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 196.257 | 496,1 | 818 | 2,0 |
| 2003 | 246 | 0,6 | 113 | 0,3 | 1.670 | 4,0 | 551 | 1,4 | 24 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 180.783 | 456,4 | 801 | 1,9 |
| 2004 | 29 | 0,1 | 89 | 0,2 | 1.421 | 3,4 | 531 | 1,2 | 16 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 230.185 | 581,2 | 712 | 1,8 |
| 2005 | 22 | 0,1 | 592 | 1,3 | 2.306 | 5,5 | 304 | 0,7 | 18 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 139.730 | 337,3 | 659 | 1,4 |
| 2006 | 334 | 0,8 | 89 | 0,2 | 6.885 | 15,4 | 383 | 0,9 | 21 | 0,05 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 174.558 | 390,4 | 799 | 1,8 |
| 2007 | 241 | 0,5 | 60 | 0,1 | 10.343 | 23,1 | 554 | 1,2 | 11 | 0,02 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 148.648 | 328,9 | 965 | 2,13 |
| 2008 | 311 | 0,7 | 63 | 0,1 | 3.734 | 8,1 | 663 | 1,4 | 15 | 0,03 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 125.706 | 281,3 | 1.011 | 2,2 |
| 2009 | 44 | 0,1 | 30 | 0,07 | 2.172 | 4,8 | 538 | 1,2 | 9 | 0,02 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 141.399 | 313,5 | 871 | 1,9 |
| 2010 | 283 | 0,6 | 10 | 0,02 | 2.528 | 5,6 | 730 | 1,6 | 8 | 0,02 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 155.772 | 342,0 | 850 | 1,9 |

ZOONOSIS NO ALIMENTARIAS

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 2010 no se registró ninguna 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 32: Zoonosis. Asturias y España. 2010. 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 | 0,0 |
| T exantemático | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Brucelosis | 0 | 0,0 | 106 | 0,2 |
| Peste | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

3.4.1 Brucelosis

Introducción

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.

Incidencia. Tendencias

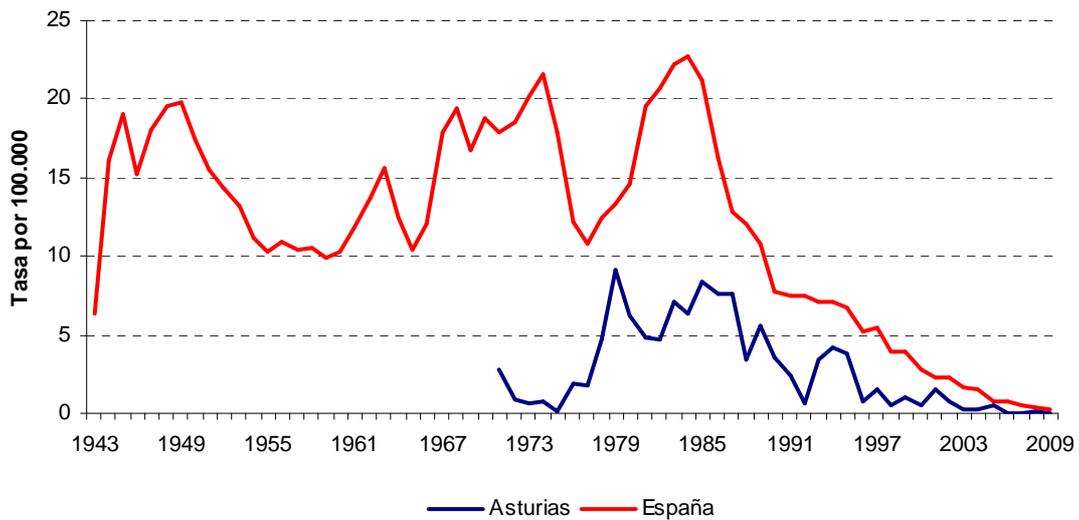
Durante el año 2010, en Asturias, no se registró ningún caso. En España, se han notificado 106 casos (tasa de 0,2 casos por 100.000 h), cifra inferior en un 26% al año previo.

Tabla 33: Brucelosis. Asturias y España. 2005-2010. Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|----------|------|
| | Nº casos | Tasa | Nº casos | Tasa |
| 2005 | 6 | 0,6 | 312 | 0,7 |
| 2006 | 0 | 0,0 | 321 | 0,7 |
| 2007 | 0 | 0,0 | 246 | 0,5 |
| 2008 | 1 | 0,1 | 170 | 0,4 |
| 2009 | 0 | 0,0 | 143 | 0,3 |
| 2010 | 0 | 0,0 | 106 | 0,2 |

La evolución de esta enfermedad desde 1943 se muestra en el siguiente gráfico. El año 2010 ha sido el de menor incidencia de esta enfermedad en el histórico anual.

Gráfico 52: Brucelosis. Asturias y España. 1943-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h

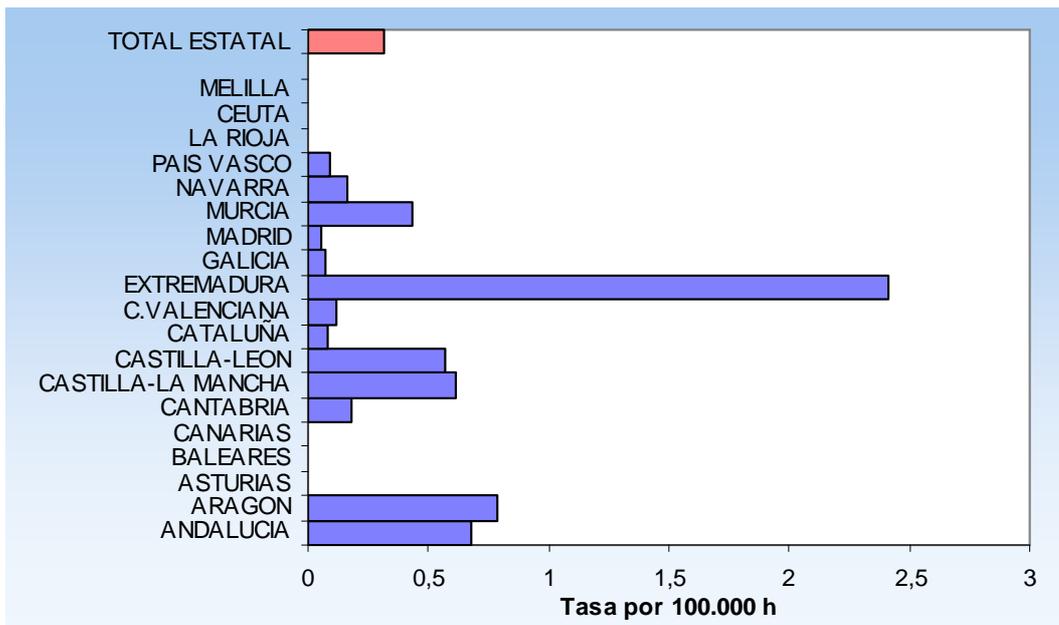


Comparativo nacional

Las tasas de brucelosis continúan en constante declive como consecuencia de la aplicación de los Programas y campañas de control y erradicación de la brucelosis en el ganado ovino/caprino y bovino, llevados a cabo por el Ministerio de Medio Ambiente rural y Marino.

La incidencia más elevada corresponde, como es lógico, a comunidades donde las actividades relacionadas con la ganadería tienen especial relevancia. Así, Extremadura sigue siendo la región con más altas tasas (2,4 por 100.000 h) aunque esta tasa se ha reducido de forma apreciable respecto a los años anteriores. Las CCAA más afectadas además de Extremadura son Aragón y Andalucía (tasas de 0,8 y 0,7 casos por 100.000 h respectivamente). Asturias, Baleares, Canarias, La Rioja Ceuta y Melilla no registraron ningún caso.

Gráfico 53: Brucelosis. España 2009. Tasa de incidencia por 100.000 h por CCAA



3.4.2 Rabia

Aunque la incidencia de rabia en seres humanos es baja, la rabia en los animales sigue estando presente en algunos países europeos en ciclos distintos y separados. El ciclo doméstico, protagonizado por perros, se extiende por el este de Europa produciendo en los últimos años casos de muerte por rabia en personas. La epizootia entre animales salvajes afecta a los mismos países del noreste y a varios del sureste de Europa. El ciclo salvaje está mantenido por el zorro rojo y otros pequeños carnívoros como el perro machape. Desde finales de los años 80 se ha conocido la presencia de otros lyssavirus productores de la enfermedad cuyos reservorios son murciélagos insectívoros europeos denominados Lyssavirus de murciélagos europeos 1 (EBL1) y Lyssavirus de murciélagos europeos 2 (EBL2). Estos virus sostienen el ciclo entre quirópteros insectívoros de distintas especies y de forma accidental afectan a mamíferos terrestres.

En España no existe rabia en mamíferos 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 la península 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.

Desde 1998 no se habían producido casos de **rabia animal** en Ceuta hasta 2006 en que la ciudad autónoma comunicó un caso de rabia en un perro vagabundo. En 2008 y 2009 notificaron nuevamente un perro rabioso. En Melilla no se notificaban perros rabiosos desde 2005, notificándose dos en 2009.

Durante 2009 se diagnosticó como positivo frente a European Bat lyssavirus un murciélago en Badajoz que una vez tipado correspondió al genotipo EBLV1b.

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, es endémica en numerosos países de África, América y Asia. Es una enfermedad con tasas elevadas de mortalidad y muy proclive a brotes, lo que determina que el número de casos fluctúe enormemente con el tiempo. Esta enfermedad es de vigilancia especial por la OMS, según el Reglamento Sanitario Internacional. El número de casos notificados es siempre muy inferior al real. En una revisión de la OMS publicada en 2010, se observa una tendencia ascendente de la incidencia de esta enfermedad desde 2005 hasta 2009, con una incidencia media mundial de 2.083 casos por año. Esta incidencia no mostró variaciones a la observada desde 1998. Dos países son los que presentan la mayor carga de esta enfermedad: Madagascar y República Democrática del Congo. En 2009, ambos han disminuido considerablemente el número de casos, registrándose a nivel mundial sólo un total de 985 casos con 72 fallecimientos. Queda por saber si se mantendrá esta tendencia en el futuro.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA E HIDRICA

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 consumo 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 enfermedad de vigilancia especial por la OMS, según el Reglamento Sanitario Internacional.

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.

Los datos para el año 2010 se muestran a continuación. Cabe destacar el descenso experimentado por las hepatitis A (-66%) en el conjunto nacional y, en menor medida, en nuestra comunidad (-38%).

Tabla 34. Enfermedades de transmisión alimentaria. Asturias y España 2010. Tasa de incidencia por 100.000 h

| Enfermedades de transmisión alimentaria | Asturias | | España | |
|-----------------------------------------|----------|-------|--------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| Otros procesos diarreicos | 54.098 | 4.989 | — | — |
| Fiebres tifo-paratíficas | 2 | 0,2 | 55 | 0,1 |
| Shigelosis | 2 | 0,2 | 112 | 0,3 |
| Botulismo | 0 | 0,0 | 8 | 0,02 |
| Triquinosis | 0 | 0,0 | 17 | 0,04 |
| Cólera | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| Hepatitis A | 25 | 2,3 | 905 | 2,0 |

3.5.1 Otros procesos diarreicos

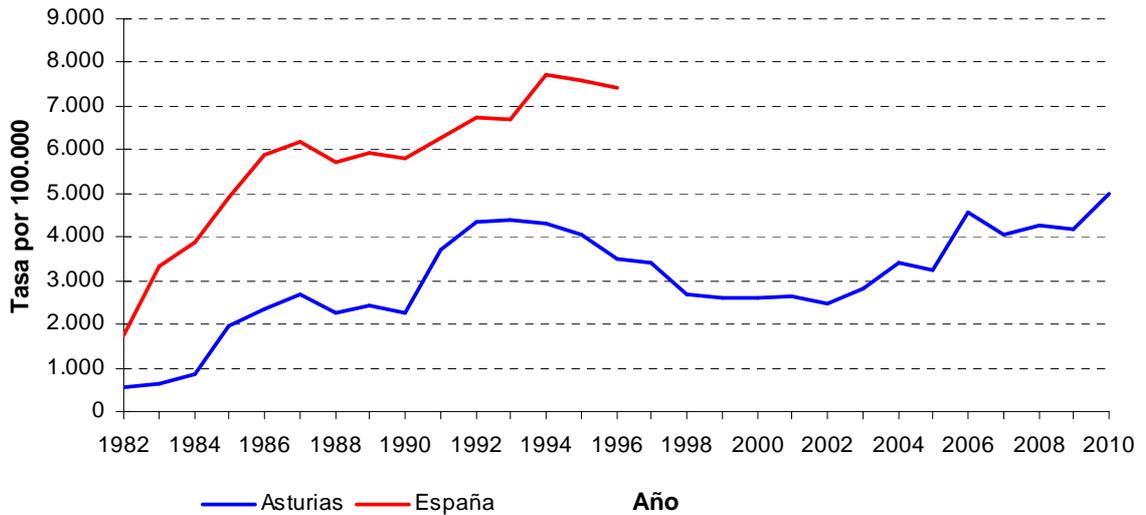
Incidencia. Tendencias

En España, no constituyen una Enfermedad de Declaración Obligatoria desde 1997. Sin embargo, en Asturias, ocuparon el primer lugar de las EDO en cuanto a número de declaraciones con 54.098 casos durante el año 2010 (tasa de 4.989 casos por 100.000 h), incrementándose en casi un 20% con respecto a 2009. Esta categoría muestra una tendencia ascendente en los últimos años.

Tabla 35: OPD. Asturias. 2005-2010. Nº de casos y tasa por 100.000 h

| Año | Asturias | |
|------|----------|---------|
| | Casos | Tasa |
| 2005 | 34.865 | 3.238,3 |
| 2006 | 49.083 | 4.557,8 |
| 2007 | 43.613 | 4.057,5 |
| 2008 | 46.044 | 4.262,8 |
| 2009 | 45.520 | 4.194,3 |
| 2010 | 54.098 | 4.989,0 |

Gráfico 54: OPD. Asturias y España. 1982-2010

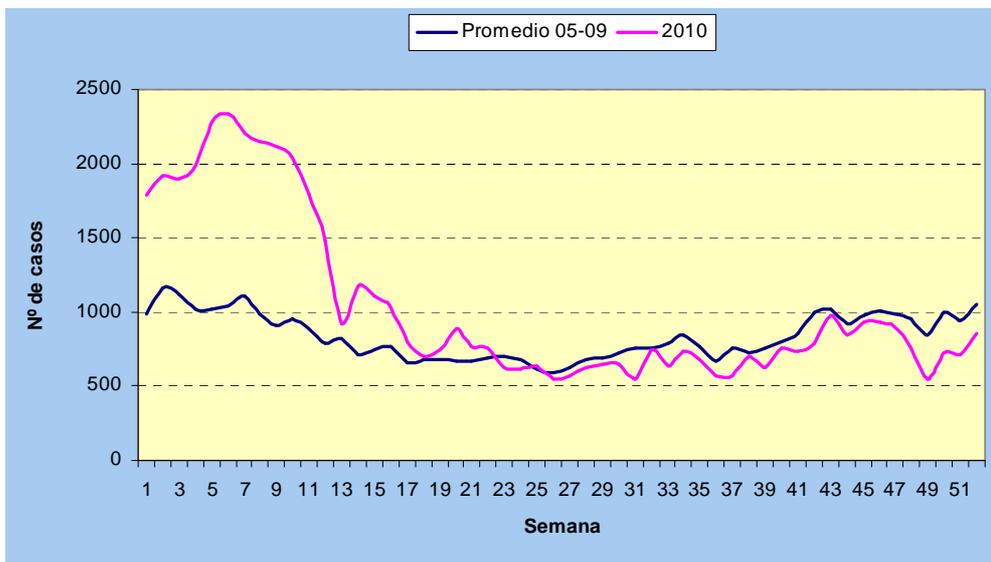


Patrón estacional

Las OPD se presentaban con un patrón estacional de predominio invernral, aunque no muy marcado, con un mayor número de casos en las primeras y últimas semanas del año.

Sin embargo, en 2010 se produjo un incremento muy marcado de casos de la semana en las primeras 24 semanas del año con respecto al promedio de los 5 años previos. Este incremento ocurrió de forma generalizada en todas las Áreas Sanitarias, siendo el aumento especialmente llamativo en el Área III y, en menor medida, en las Áreas VII y VIII. Teniendo en cuenta que este incremento ocurrió en época hibernal, de forma generalizada, con cuadros leves y de corta duración (según información puntual recibida) y que la información del laboratorio de virología confirmaba una abundante circulación vírica, especialmente adenovirus, norovirus y astrovirus; se pensó que la situación correspondía a la circulación poblacional de virus gastroentéricos típicos de la época, si bien la alta incidencia de afectación sugería que los virus circulantes serían antigénicamente diferentes a los circulantes en años anteriores.

Gráfico 55: Otros procesos diarreicos. Nº de casos. Asturias. 2005- 2009 y 2010.



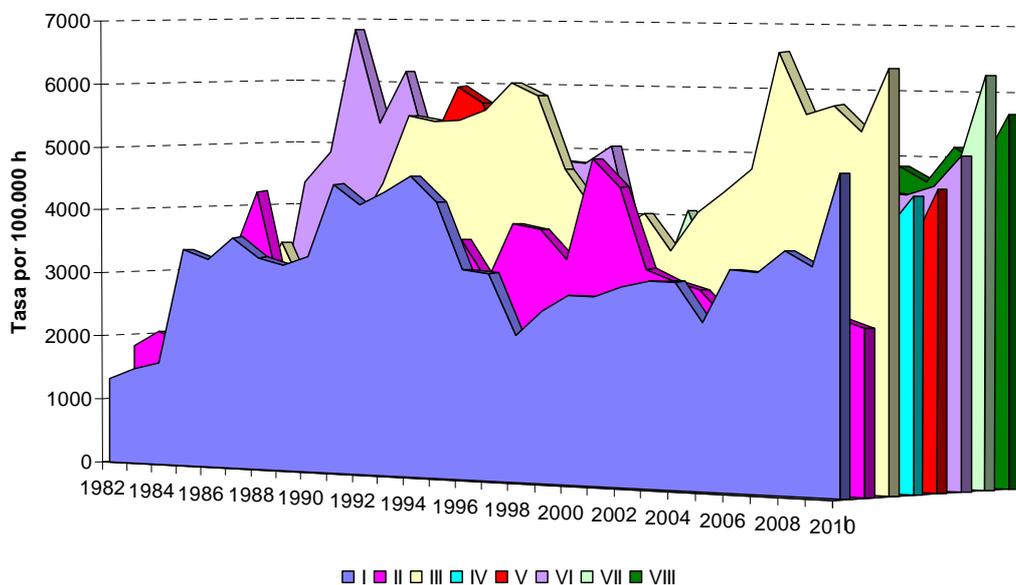
Distribución espacial

Por Áreas, en 2010 la mayor incidencia correspondió al Área III con 6.416 casos por 100.000 h seguida del Área VII con 6.276 casos por 100.000 h.

Tabla 36: OPD. Asturias 2010. Distribución por Área Sanitaria

| Área | Nº casos | Tasa |
|------|----------|-------|
| I | 2.430 | 4.873 |
| II | 771 | 2.535 |
| III | 9.992 | 6.416 |
| IV | 15.369 | 4.494 |
| V | 13.911 | 4.591 |
| VI | 2.710 | 5.070 |
| VII | 4.329 | 6.276 |
| VIII | 4.586 | 5.672 |

Gráfico 56: OPD. Asturias 1982-2010. Tasa por 100.000 h por Área Sanitaria



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.

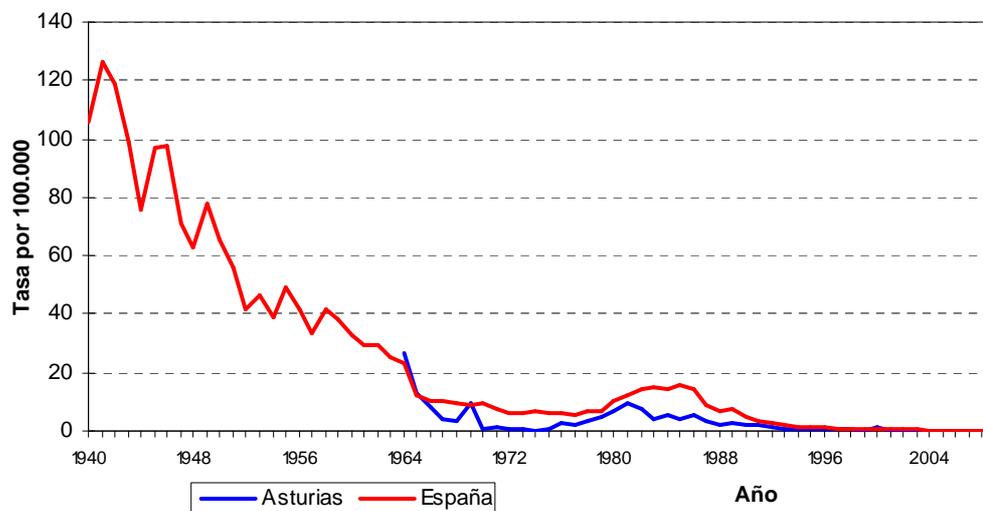
Se notificaron dos casos importado en Asturias en el año 2010. En el conjunto de España se registraron 55 casos (tasa de 0,1 casos por 100.000 h). Estos valores nacionales son inferiores a los registrados en el año 2009.

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

Tabla 37: Fiebre tifoidea. Asturias y España. 2005-2010
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 0 | 0,0 | 70 | 0,2 |
| 2006 | 2 | 0,2 | 84 | 0,2 |
| 2007 | 2 | 0,2 | 81 | 0,2 |
| 2008 | 3 | 0,3 | 79 | 0,2 |
| 2009 | 1 | 0,1 | 70 | 0,2 |
| 2010 | 2 | 0,2 | 55 | 0,1 |

Gráfico 57: Fiebre tifoidea. Asturias y España. 1940-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h



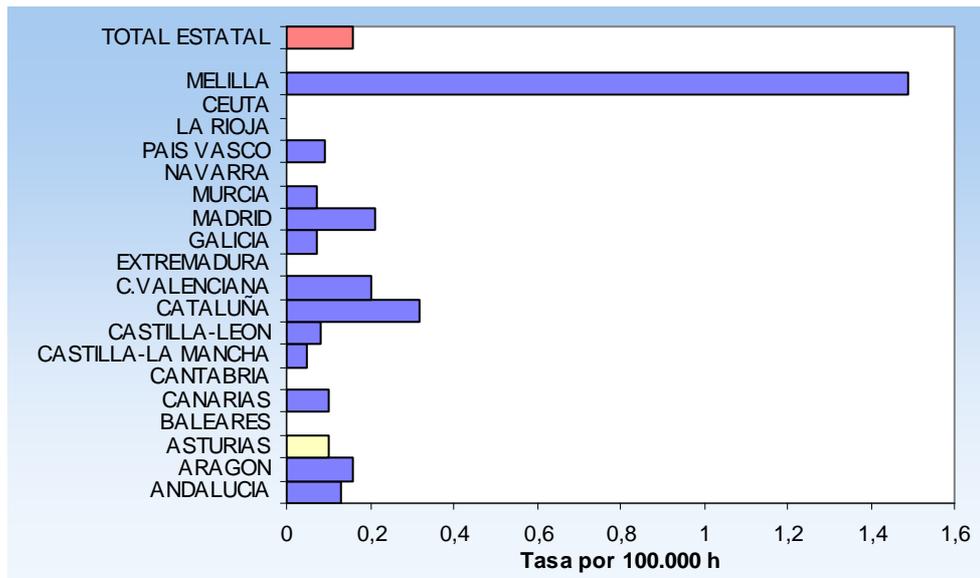
Características de los casos

Los casos registrados en Asturias correspondieron a un niño de 10 años procedente de Filipinas y a un hombre de 40 años, de nacionalidad española, que había viajado recientemente al Nepal.

Comparativo nacional

Es una enfermedad de baja incidencia en España. La tasa promedio para el conjunto nacional fue de 0,2 casos por 100.000 h en 2009. La CCAA con una incidencia más elevada en dicho año fue Melilla con una incidencia de 1,5 casos por 100.000 h. El segundo lugar, ya a distancia, corresponde a Cataluña (tasa de 0,3 casos por 100.000 h). Baleares, Cantabria, Extremadura, Navarra, La Rioja y Ceuta no registraron ningún caso.

Gráfico 58: Fiebres tifo-paratíficas. España 2009. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.5.3 Shigelosis (Disentería)

Incidencia. Tendencias

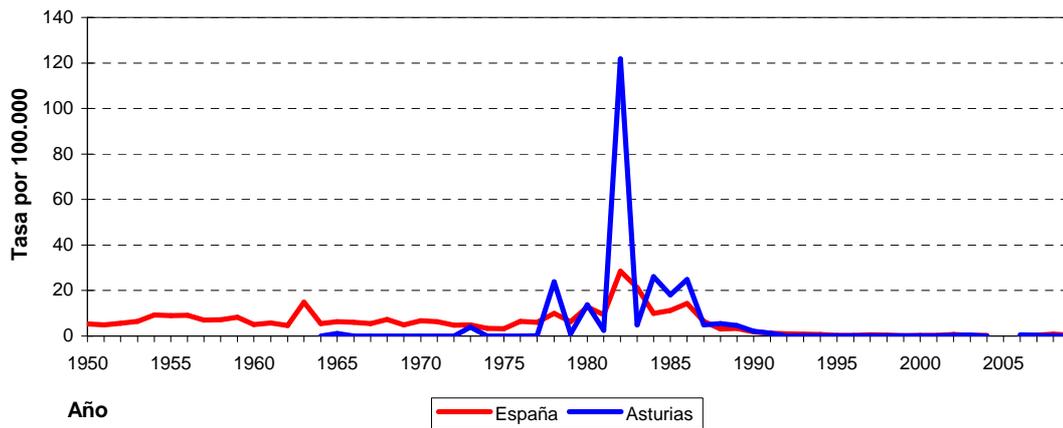
Se han notificado en Asturias 2 casos importados de shigelosis durante el año 2010 (tasa de 0,2 casos por 100.000 h). En España, se han registrado 112 casos (tasa de 0,3 casos por 100.000 h). Con respecto a 2009, el número de casos en Asturias se mantiene estable y en España disminuye un 53%.

Tabla 38: Shigelosis. Asturias y España. 2005-2010. Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 2 | 0,2 | 181 | 0,4 |
| 2006 | 5 | 0,5 | 181 | 0,4 |
| 2007 | 3 | 0,3 | 220 | 0,5 |
| 2008 | 1 | 0,1 | 360 | 0,8 |
| 2009 | 1 | 0,1 | 237 | 0,5 |
| 2010 | 2 | 0,2 | 112 | 0,3 |

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.

Gráfico 59: Shigelosis. Asturias y España. 1950-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h



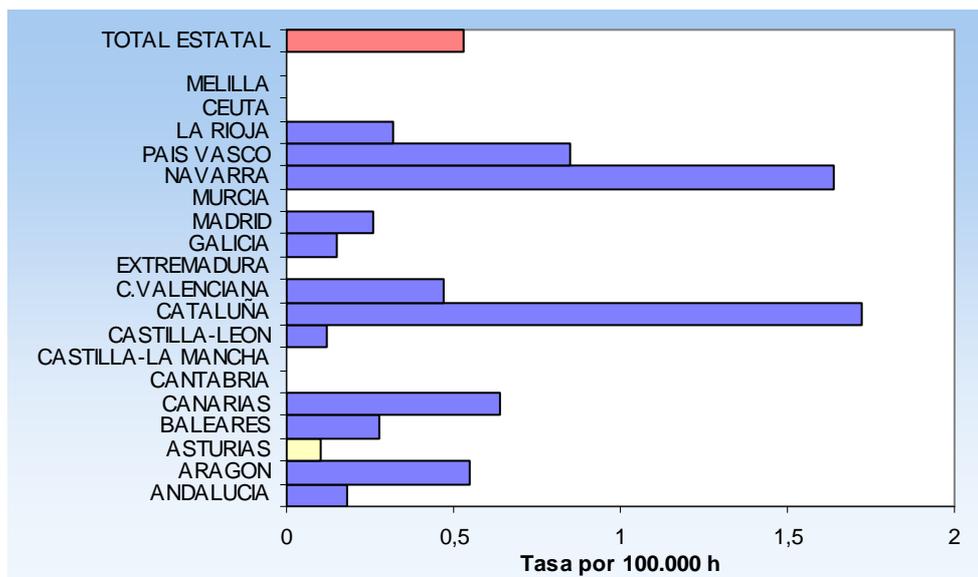
Características de los casos

Los casos registrados correspondieron a una mujer venezolana de 33 años residente en España, en la que se aisló *S flexneri* tras un viaje a su país; y a un hombre de 53 años, de nacionalidad española, que viajó a Mali.

Comparativo nacional

La tasa más elevada en 2009 corresponde a Cataluña con 1,7 casos por 100.000 h seguida de Navarra (1,6 casos por 100.000 h). En todas las demás CCAA la incidencia es inferior a 1 caso por 100.000 h. En 6 CCAA (Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Murcia, Ceuta y Melilla) no se registró ningún caso en dicho año.

Gráfico 60: Shigelosis. España 2009. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.5.4 Botulismo

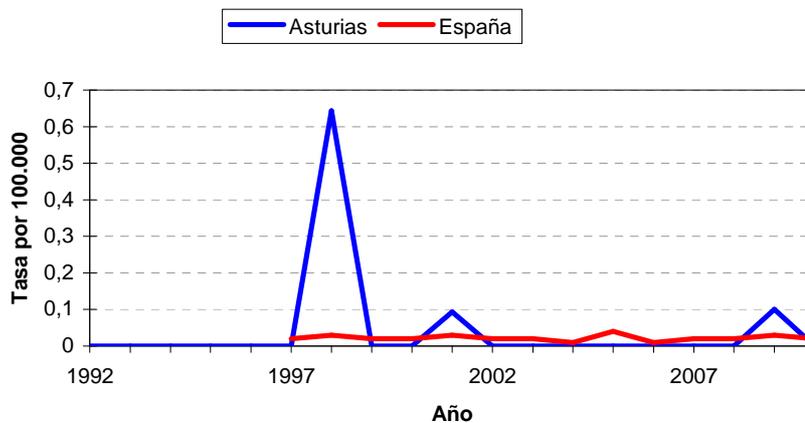
En Asturias se producen casos muy esporádicamente. En España, la presencia de esta enfermedad, de transmisión alimentaria, es testimonial, notificándose de media 8-9 casos anuales (tasa de 0,02 casos por 100.000 h). En 2010 no se registraron casos en Asturias siendo 8 los casos notificados en España, lo que supone, a nivel nacional, un descenso relativo de un 38% con respecto a 2009 en que se habían registrado 13 casos.

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

Tabla 39: Botulismo. Asturias y España. 2005-2010
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 0 | 0,0 | 15 | 0,03 |
| 2006 | 0 | 0,0 | 3 | 0,01 |
| 2007 | 0 | 0,0 | 9 | 0,02 |
| 2008 | 0 | 0,0 | 7 | 0,02 |
| 2009 | 1 | 0,1 | 13 | 0,03 |
| 2010 | 0 | 0,0 | 8 | 0,02 |

Gráfico 61: Botulismo. Asturias y España. 1992-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h

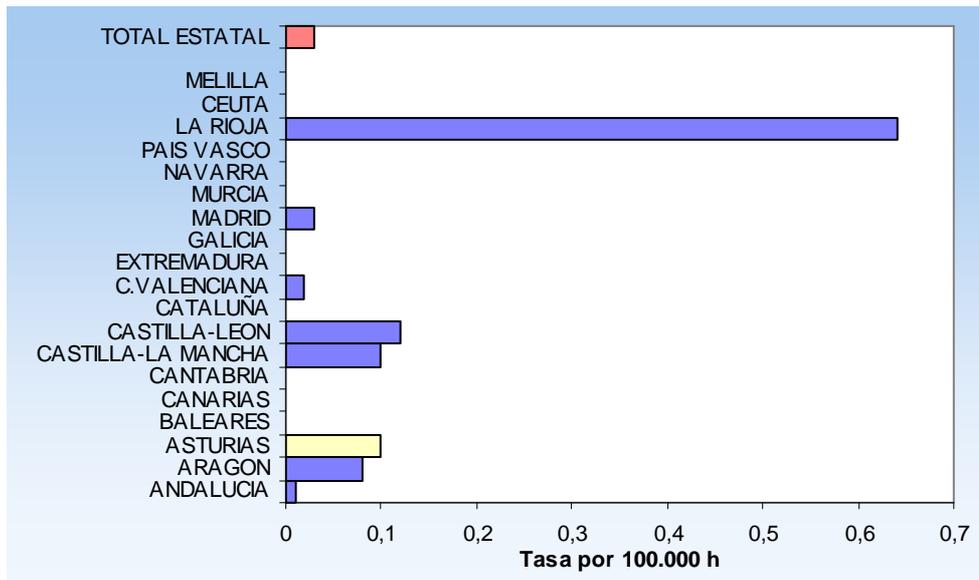


Comparativo nacional

En 2009 se declararon 13 casos, uno del lactante y 12 de botulismo alimentario frente a 7 en 2008; y se notificaron dos brotes con dos casos cada uno.

Los casos correspondieron a Andalucía (1), Aragón (1), Asturias (1), Castilla La Mancha (2), Castilla-León (3), Comunidad Valenciana (1), Madrid (2) y La Rioja (2).

Gráfico 62: Botulismo. España 2009. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.5.5 Triquinosis

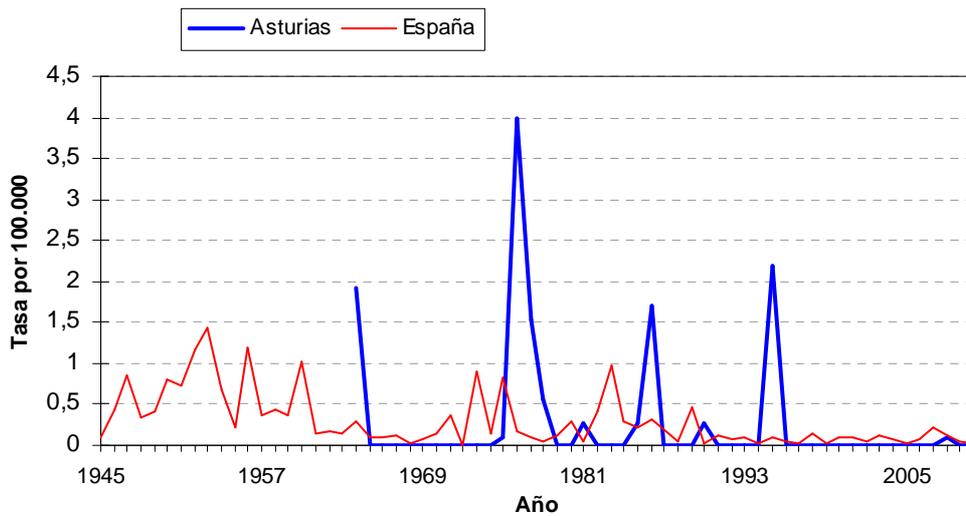
Desde 1995 no se notificaban casos en Asturias. En dicho año, hubo un brote con 24 casos por consumo de carne de jabalí que afectó a varios núcleos de población del concejo de Aller. En 2008 se registró un caso. En los dos últimos años no se detectaron nuevos casos.

En España, la aparición de casos se relaciona con brotes ocurridos en determinadas CCAA. En la serie histórica se observa una tendencia descendente, especialmente en los últimos años. En 2010, con 17 casos, el descenso relativo con respecto a 2009 es de un 19%.

Tabla 40: Triquinosis. Asturias y España. 2005-2010. Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 0 | 0,0 | 11 | 0,02 |
| 2006 | 0 | 0,0 | 36 | 0,08 |
| 2007 | 0 | 0,0 | 102 | 0,23 |
| 2008 | 1 | 0,1 | 50 | 0,11 |
| 2009 | 0 | 0,0 | 21 | 0,05 |
| 2010 | 0 | 0,0 | 17 | 0,04 |

Gráfico 63: Triquinosis. Asturias y España. 1945-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h

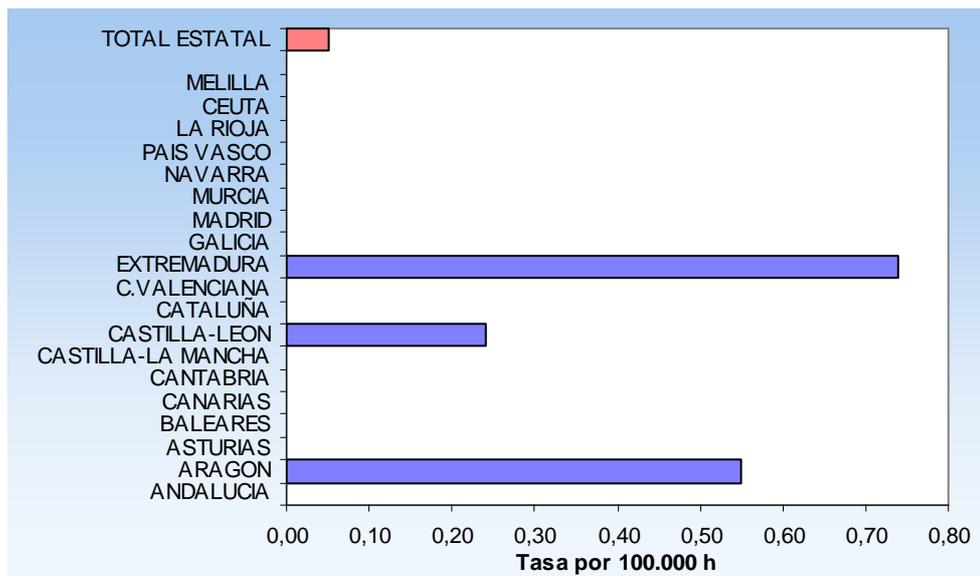


Comparativo nacional

Durante 2009, el número de casos fue muy inferior al del año anterior (21 frente a 50 en 2008). De los casos de triquinosis declarados, 11 fueron confirmados y se correspondieron con 4 brotes, en todos ellos el alimento implicado fue carne de jabalí. En dos brotes se identificó *T britovi* y en uno *T spiralis*.

La tasa de incidencia más elevada correspondió a Extremadura con 0,7 casos por 100.000 h (tasa 15 veces superior al promedio nacional). Los casos registrados correspondieron a Aragón (7 casos), Castilla-León (6 casos) y Extremadura (8 casos).

Gráfico 64: Triquinosis. España 2009. Tasa por 100.000 h por CCAA.

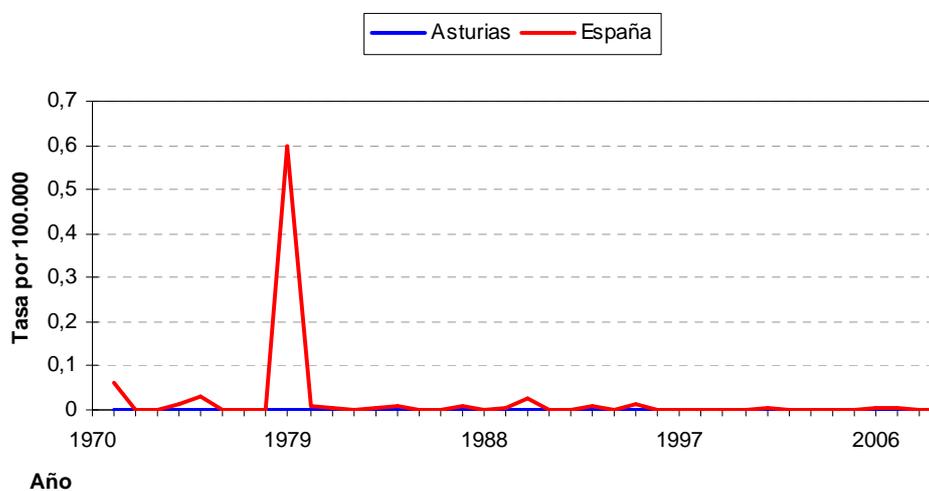


3.5.6 Cólera

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 Cataluña (importados tras un viaje a la India) y 2 casos de 2007 (1 en Andalucía, 1 en Navarra).

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; en 2001, 2006 y 2007 se registraron un caso, dos y dos casos respectivamente catalogados como importados.

Gráfico 65: Cólera. España. 1970-2010. Tasa por 100.000 h



3.5.7 Hepatitis A

La hepatitis A es una enfermedad que, en los países endémicos, está relacionada con las malas condiciones higiénico-sanitarias derivadas de las deficiencias en el tratamiento adecuado de aguas residuales. En los países, en buenas condiciones higiénicas, como el nuestro, los casos son poco frecuentes y son casos importados o relacionados con transmisión persona a persona. 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 49 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 quimioprofilaxis 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 (esto corresponde a la primera semana de ictericia del caso).

Incidencia. Tendencia

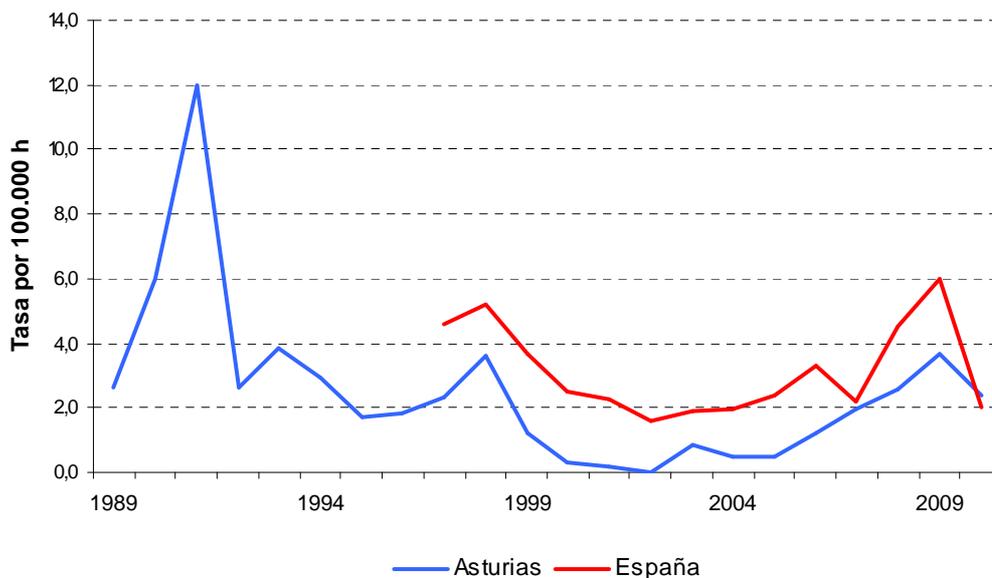
El número de casos registrados en Asturias durante 2010 fue de 25, lo que supone una tasa de incidencia de 2,3 casos por 100.000 h. En el conjunto nacional, se registraron 905 casos (tasa de 2,0 casos por 100.000 h, lo que supone un descenso importante de esta enfermedad tanto en Asturias (-38%) como, especialmente, en el conjunto nacional (-66%).

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, momento en que comienza a aumentar de nuevo, alcanzando un pico en 2009 en relación con diversos brotes en el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

*Tabla 41: Hepatitis A. Asturias y España. 2005-2010
Nº de casos y tasa por 100.000 h*

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 2005 | 5 | 0,5 | 998 | 2,3 |
| 2006 | 11 | 1,0 | 1.494 | 3,3 |
| 2007 | 21 | 2,0 | 1.002 | 2,2 |
| 2008 | 26 | 2,4 | 2.250 | 4,9 |
| 2009 | 40 | 3,7 | 2.695 | 6,0 |
| 2010 | 25 | 2,3 | 905 | 2,0 |

Gráfico 66: Hepatitis A. Asturias y España. 1989-2010. Tasa por 100.000 h



Distribución espacial

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

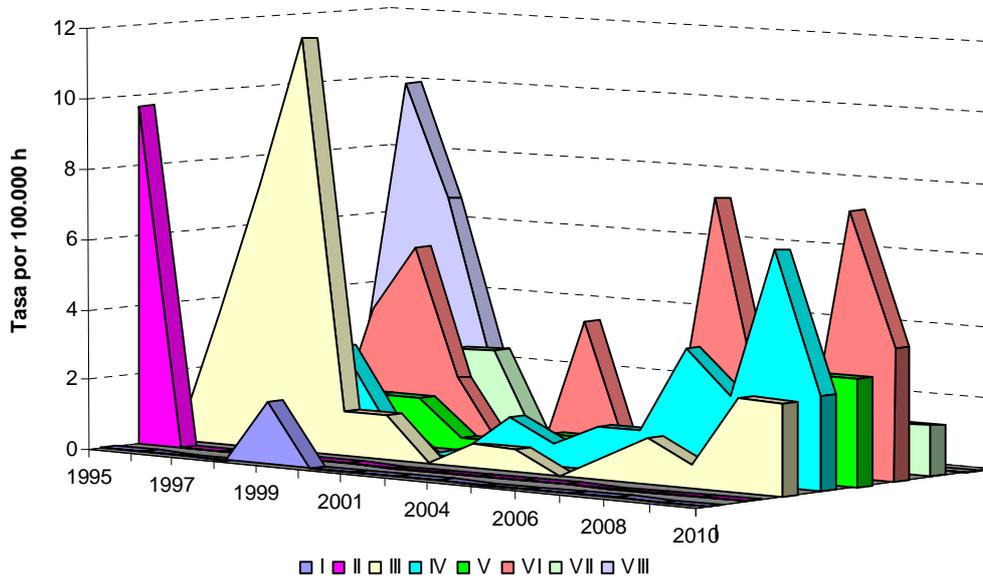
Tabla 42: Hepatitis A. Distribución por Área Sanitaria. Asturias 2010

| Área | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Total |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-------|
| Nº casos | 0 | 0 | 4 | 9 | 9 | 2 | 1 | 0 | 25 |
| Tasa | 0,0 | 0,0 | 2,6 | 2,6 | 3,0 | 3,7 | 1,4 | 0,0 | 2,3 |

La incidencia más elevada correspondió al Área VI que con 2 casos presentó una tasa de 3,7 casos por 100.000 h, aunque el mayor número de casos correspondió a las Áreas centrales más pobladas.

En el siguiente gráfico, que muestra la evolución de la hepatitis A por Área Sanitaria, se puede observar el aumento de incidencia progresivo de los últimos años, siendo el pico correspondiente al año 2009 especialmente llamativo en las Áreas IV y VI.

Gráfico 67: Hepatitis A. Asturias. 1995-2010. Tasa por 100.000 h por Área Sanitaria



Características de los casos

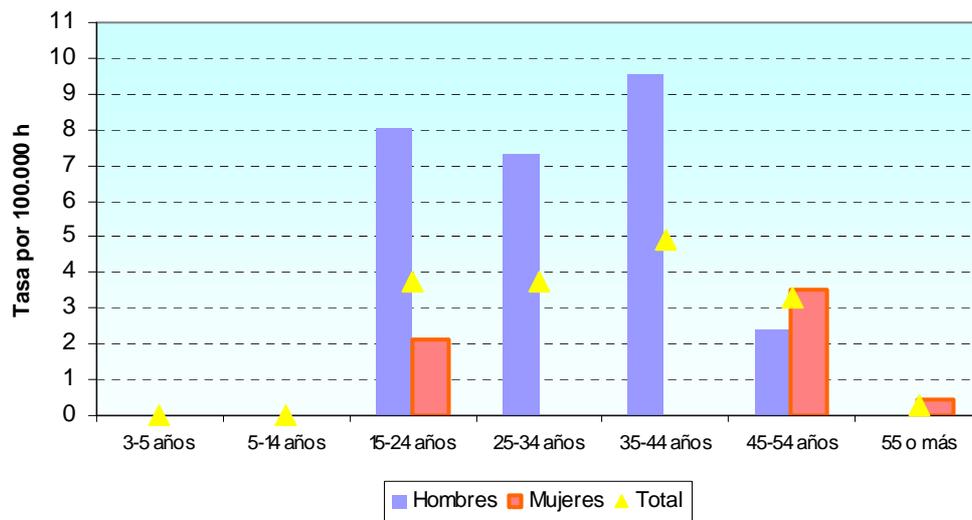
Distribución por edad y sexo.

De modo global, la incidencia más elevada correspondió, con 8 casos, al grupo de 35 a 44 años de edad (4,9 casos por 100.000 h). Casi una tercera parte de los casos ocurrieron en este grupo de edad. Señalar la clara preponderancia del género masculino con una razón hombre/mujer de 4/1. Esta diferencia de género fue máxima entre los 25 y los 44 años donde se registraron el 56% de los casos y fueron todos hombres.

Tabla 43: Hepatitis A. Asturias 2010. 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 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 5-14 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 15-24 | 4 | 8,0 | 1 | 2,1 | 5 | 3,7 |
| 25-34 | 6 | 7,3 | 0 | 0,0 | 6 | 3,7 |
| 35-44 | 8 | 9,5 | 0 | 0,0 | 8 | 4,9 |
| 45-54 | 2 | 2,4 | 3 | 3,5 | 5 | 3,3 |
| 55+ | 0 | 0,0 | 1 | 0,5 | 1 | 0,3 |
| Total | 20 | 3,8 | 5 | 0,9 | 25 | 2,3 |

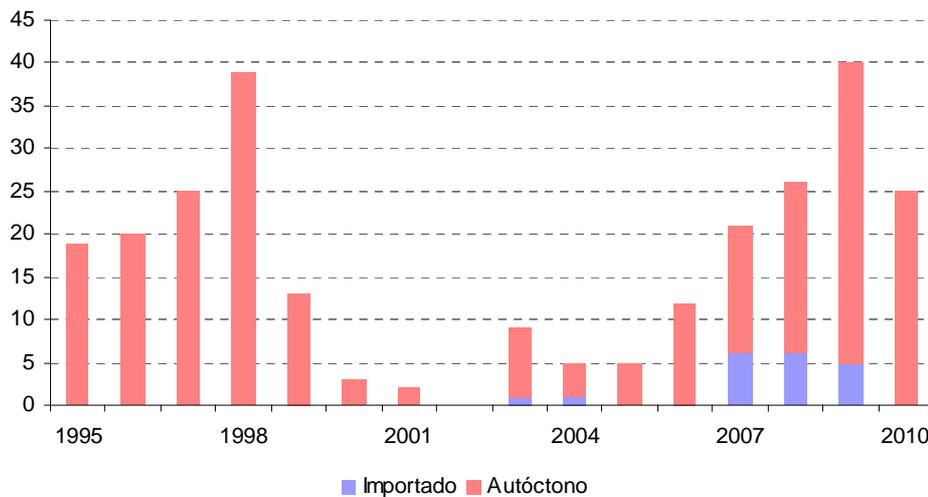
Gráfico 68: Hepatitis A. Asturias 2010. Tasa por 100.000 h por edad y sexo.



Lugar de contagio

Durante 2010, todos los casos fueron autóctonos.

Gráfico 69: Hepatitis A. Asturias 1995-2010. Distribución de casos por lugar de contagio.



Clasificación de los casos

El diagnóstico se realizó en todos los casos por presencia de una IgM positiva frente al VHA.

Todos los casos, excepto tres secundarios, fueron esporádicos. No obstante, en el último trimestre del año hubo un cluster de casos de hepatitis A en el Área V, todos hombres sin factores de riesgo reconocidos. Aunque no se pudo establecer un claro vínculo entre los casos, salvo en dos que eran hermanos, se sospechó la existencia de un brote de transmisión personal en un probable colectivo homosexual, aunque esta hipótesis no pudo ser confirmada.

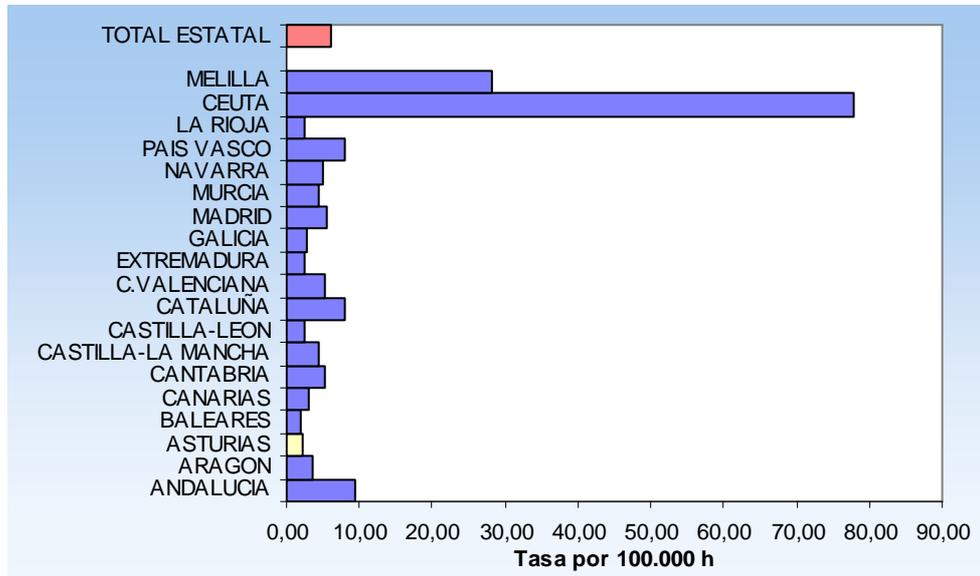
Comparativo nacional

La incidencia de hepatitis A en el año 2009 fue algo superior al año 2008 (6 casos por 100.000 h y 5 casos por 100.000 h respectivamente). En 2008, la incidencia se había duplicado con respecto

a 2007 en relación con diversos brotes en el colectivo de HSH y, también, alimentarios (consumo de tellinas)

Por CCAA, Ceuta y Melilla se sitúan a la cabeza, con unas tasas de 78 y 28 casos por 100.000 h, muy superiores a las del resto de comunidades. Ello está en relación con las peores condiciones higiénico-sanitarias de su población. La menor incidencia correspondió a Baleares con una tasa de 1,8 casos por 100.000 h, seguida de Asturias cuya incidencia es 2,8 veces inferior al promedio nacional (2,1 vs 6,0 casos por 100.000 h).

Gráfico 70: Hepatitis A. España 2009. Tasa de incidencia por CCAA



Nota: Durante el año 2011 se recibió la notificación de un importante número de casos correspondientes al Área IV de los años 2008-2009. La actualización de estos datos se traduce en una falta de concordancia con los datos publicados en informes previos.

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 de hepatitis. 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

Tabla 44: Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica. Asturias. 1950-2010

| Año | Fiebres tifo-paratíficas | | Botulismo | | Sigmoidosis | | Hepatitis A | | Triquinosis | | Cólera | |
|------|--------------------------|------|-----------|------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------|--------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 1950 | | | | | | | | | | | | |
| 1951 | | | | | | | | | | | | |
| 1952 | | | | | | | | | | | | |
| 1953 | | | | | | | | | | | | |
| 1954 | | | | | | | | | | | | |
| 1955 | | | | | | | | | | | | |
| 1956 | | | | | | | | | | | | |
| 1957 | | | | | | | | | | | | |
| 1958 | | | | | | | | | | | | |
| 1959 | | | | | | | | | | | | |
| 1960 | | | | | | | | | | | | |
| 1961 | | | | | | | | | | | | |
| 1962 | | | | | | | | | | | | |
| 1963 | | | | | | | | | | | | |
| 1964 | 267 | 26,8 | | | 0 | 0,0 | | | 19 | 1,9 | | |
| 1965 | 126 | 12,7 | | | 11 | 1,1 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1966 | 83 | 8,3 | | | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1967 | 41 | 4,1 | | | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1968 | 36 | 3,6 | | | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1969 | 93 | 9,3 | | | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1970 | 10 | 1,0 | | | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1971 | 13 | 1,2 | | | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1972 | 7 | 0,7 | | | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1973 | 8 | 0,8 | | | 42 | 4,0 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1974 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1975 | 8 | 0,8 | | | 0 | 0,0 | | | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 1976 | 32 | 3,0 | | | 0 | 0,0 | | | 42 | 4,0 | 0 | 0,0 |
| 1977 | 22 | 2,1 | | | 2 | 0,2 | | | 16 | 1,5 | 0 | 0,0 |
| 1978 | 36 | 3,4 | | | 251 | 23,9 | | | 6 | 0,6 | 0 | 0,0 |
| 1979 | 50 | 4,8 | | | 10 | 1,0 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1980 | 71 | 6,7 | | | 144 | 13,7 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1981 | 110 | 9,7 | | | 28 | 2,5 | | | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 |
| 1982 | 82 | 7,3 | | | 1.376 | 121,8 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1983 | 48 | 4,2 | | | 56 | 5,0 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1984 | 60 | 5,3 | | | 294 | 26,0 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1985 | 49 | 4,3 | | | 205 | 18,1 | | | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 |
| 1986 | 62 | 5,6 | | | 276 | 24,8 | | | 19 | 1,7 | 0 | 0,0 |
| 1987 | 39 | 3,5 | | | 55 | 4,9 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1988 | 24 | 2,2 | | | 61 | 5,5 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1989 | 31 | 2,8 | | | 51 | 4,6 | 29 | 2,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1990 | 19 | 1,7 | | | 23 | 2,1 | 66 | 6,0 | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 |
| 1991 | 22 | 2,0 | | | 14 | 1,3 | 131 | 12,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1992 | 15 | 1,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 29 | 2,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1993 | 5 | 0,5 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 42 | 3,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1994 | 4 | 0,4 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 32 | 2,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1995 | 10 | 0,9 | 0 | 0,0 | 2 | 0,2 | 21 | 1,9 | 24 | 2,2 | 0 | 0,0 |
| 1996 | 6 | 0,6 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 21 | 1,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1997 | 6 | 0,6 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 25 | 2,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1998 | 5 | 0,5 | 7 | 0,6 | 1 | 0,1 | 40 | 3,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1999 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 13 | 1,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 2000 | 12 | 1,1 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 2001 | 3 | 0,3 | 1 | 0,1 | 2 | 0,2 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 2002 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 2003 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 4 | 0,4 | 9 | 0,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 2004 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 2005 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 0,2 | 5 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 2006 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 | 5 | 0,5 | 12 | 1,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 2007 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 | 3 | 0,3 | 21 | 2,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 2008 | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 26 | 2,4 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 2009 | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 | 40 | 3,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 2010 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 | 2 | 0,2 | 25 | 2,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Tabla 45: Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica. España. 1950-2010

| Año | Fiebres tifo-paratíficas | | Botulismo | | Shigelosis | | Hepatitis A | | Triquinosis | | Cólera | |
|------|--------------------------|------|-----------|------|------------|------|-------------|------|-------------|------|--------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 1950 | 18.409 | 65,5 | | | 1.491 | 5,3 | | | 224 | 0,8 | | |
| 1951 | 15.950 | 56,3 | | | 1.403 | 4,9 | | | 205 | 0,7 | | |
| 1952 | 11.938 | 41,7 | | | 1.584 | 5,5 | | | 331 | 1,2 | | |
| 1953 | 13.384 | 46,4 | | | 1.859 | 6,4 | | | 411 | 1,4 | | |
| 1954 | 11.329 | 39,0 | | | 2.698 | 9,3 | | | 200 | 0,7 | | |
| 1955 | 14.394 | 49,1 | | | 2.635 | 9,0 | | | 63 | 0,2 | | |
| 1956 | 12.259 | 41,5 | | | 2.670 | 9,0 | | | 355 | 1,2 | | |
| 1957 | 10.043 | 33,7 | | | 2.076 | 7,0 | | | 106 | 0,4 | | |
| 1958 | 12.464 | 41,4 | | | 2.133 | 7,1 | | | 130 | 0,4 | | |
| 1959 | 11.532 | 38,0 | | | 2.512 | 8,3 | | | 113 | 0,4 | | |
| 1960 | 10.001 | 32,7 | | | 1.535 | 5,0 | | | 312 | 1,0 | | |
| 1961 | 9.082 | 29,4 | | | 1.789 | 5,8 | | | 42 | 0,1 | | |
| 1962 | 9.119 | 29,2 | | | 1.450 | 4,6 | | | 50 | 0,2 | | |
| 1963 | 7.984 | 25,3 | | | 4.696 | 14,9 | | | 46 | 0,1 | | |
| 1964 | 7.497 | 23,5 | | | 1.730 | 5,4 | | | 95 | 0,3 | | |
| 1965 | 3.917 | 12,2 | | | 2.026 | 6,3 | | | 34 | 0,1 | | |
| 1966 | 3.238 | 9,9 | | | 1.971 | 6,1 | | | 28 | 0,1 | | |
| 1967 | 3.326 | 10,1 | | | 1.823 | 5,5 | | | 37 | 0,1 | | |
| 1968 | 3.104 | 9,3 | | | 2.435 | 7,3 | | | 10 | 0,0 | | |
| 1969 | 2.891 | 8,6 | | | 1.659 | 4,9 | | | 26 | 0,1 | | |
| 1970 | 3.329 | 9,8 | | | 2.312 | 6,8 | | | 52 | 0,2 | | |
| 1971 | 2.534 | 7,4 | | | 2.187 | 6,4 | | | 127 | 0,4 | 21 | 0,1 |
| 1972 | 2.235 | 6,5 | | | 1.640 | 4,7 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1973 | 2.183 | 6,2 | | | 1.740 | 5,0 | | | 312 | 0,9 | 0 | 0,0 |
| 1974 | 2.415 | 6,8 | | | 1.192 | 3,4 | | | 49 | 0,1 | 5 | 0,0 |
| 1975 | 2.185 | 6,1 | | | 1.142 | 3,2 | | | 294 | 0,8 | 11 | 0,0 |
| 1976 | 2.092 | 5,8 | | | 2.320 | 6,4 | | | 63 | 0,2 | 0 | 0,0 |
| 1977 | 1.966 | 5,4 | | | 2.189 | 6,0 | | | 38 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 1978 | 2.471 | 6,7 | | | 3.698 | 10,1 | | | 15 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1979 | 2.466 | 6,7 | | | 2.345 | 6,3 | | | 46 | 0,1 | 222 | 0,6 |
| 1980 | 3.762 | 10,1 | | | 4.805 | 12,9 | | | 105 | 0,3 | 4 | 0,0 |
| 1981 | 4.638 | 12,3 | | | 3.589 | 9,5 | | | 21 | 0,1 | 2 | 0,0 |
| 1982 | 5.468 | 14,4 | | | 10.908 | 28,8 | | | 155 | 0,4 | 0 | 0,0 |
| 1983 | 5.594 | 14,7 | | | 8.244 | 21,7 | | | 370 | 1,0 | 2 | 0,0 |
| 1984 | 5.449 | 14,2 | | | 3.797 | 9,9 | | | 108 | 0,3 | 4 | 0,0 |
| 1985 | 6.056 | 15,8 | | | 4.412 | 11,5 | | | 85 | 0,2 | 0 | 0,0 |
| 1986 | 5.437 | 14,1 | | | 5.739 | 14,9 | | | 124 | 0,3 | 0 | 0,0 |
| 1987 | 3.568 | 9,2 | | | 2.601 | 6,7 | | | 77 | 0,2 | 3 | 0,0 |
| 1988 | 2.693 | 6,9 | | | 1.281 | 3,3 | | | 20 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 1989 | 2.883 | 7,4 | | | 1.380 | 3,5 | | | 183 | 0,5 | 1 | 0,0 |
| 1990 | 1.854 | 4,7 | | | 751 | 1,9 | | | 14 | 0,0 | 11 | 0,0 |
| 1991 | 1.303 | 3,3 | | | 516 | 1,3 | | | 44 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 1992 | 1.024 | 2,6 | | | 359 | 0,9 | | | 26 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 1993 | 740 | 1,9 | | | 358 | 0,9 | | | 39 | 0,1 | 3 | 0,0 |
| 1994 | 676 | 1,7 | | | 252 | 0,6 | | | 8 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1995 | 555 | 1,4 | | | 100 | 0,2 | | | 39 | 0,1 | 6 | 0,0 |
| 1996 | 547 | 1,4 | | | 107 | 0,3 | | | 16 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1997 | 328 | 0,8 | 7 | 0,02 | 201 | 0,5 | 1.813 | 4,5 | 11 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1998 | 316 | 0,8 | 13 | 0,03 | 170 | 0,4 | 2.041 | 5,0 | 58 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 1999 | 206 | 0,5 | 7 | 0,02 | 64 | 0,2 | 1.452 | 3,6 | 14 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 2000 | 207 | 0,5 | 9 | 0,02 | 92 | 0,2 | 978 | 2,4 | 43 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 2001 | 174 | 0,4 | 13 | 0,03 | 97 | 0,2 | 899 | 2,2 | 44 | 0,1 | 1 | 0,0 |
| 2002 | 181 | 0,4 | 6 | 0,02 | 301 | 0,7 | 620 | 1,5 | 25 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 2003 | 148 | 0,3 | 6 | 0,02 | 136 | 0,3 | 760 | 1,8 | 48 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 2004 | 102 | 0,2 | 7 | 0,02 | 129 | 0,3 | 844 | 2,0 | 30 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 2005 | 70 | 0,2 | 15 | 0,03 | 181 | 0,4 | 998 | 2,3 | 11 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 2006 | 84 | 0,2 | 3 | 0,01 | 181 | 0,4 | 1.494 | 3,3 | 36 | 0,1 | 2 | 0,0 |
| 2007 | 81 | 0,2 | 9 | 0,02 | 220 | 0,5 | 1.002 | 2,2 | 102 | 0,2 | 2 | 0,0 |
| 2008 | 79 | 0,2 | 7 | 0,02 | 360 | 0,8 | 2.250 | 4,9 | 50 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 2009 | 70 | 0,2 | 13 | 0,03 | 237 | 0,5 | 2.695 | 6,0 | 21 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 2010 | 55 | 0,1 | 8 | 0,02 | 112 | 0,3 | 905 | 2,0 | 17 | 0,0 | 0 | 0,0 |

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL

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, 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.

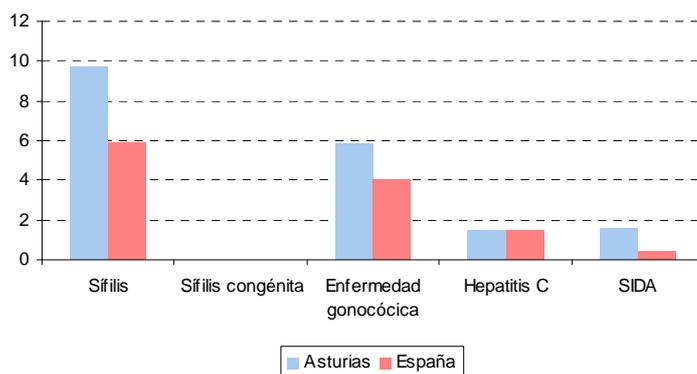
Durante 2010, tanto la sífilis como la infección gonocócica se han incrementado en Asturias, (incrementos relativos de un 17% y 26% respectivamente). Las tasas de sífilis en nuestra comunidad son históricamente superiores a las del conjunto nacional. La hepatitis C que experimentó en Asturias un descenso muy importante en 2009 situándose en niveles inferiores a los España, vuelve a incrementarse en 2010 a una incidencia similar a la nacional, dónde se mantiene estabilidad en el número de casos.

Tabla 46: ETS. Asturias y España. 2010. Nº de casos y tasa por 100.000 h

| Enfermedades de transmisión sexual | Asturias | | España | |
|------------------------------------|----------|------|--------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| Sífilis | 105 | 9,7 | 2.842 | 6,3 |
| Sífilis congénita | 0 | 0 | 12 | 0,03 |
| Enfermedad gonocócica | 63 | 5,8 | 1.897 | 4,2 |
| Hepatitis C | 18 | 1,6 | 697 | 1,5 |
| SIDA | 19 | 1,8 | 196* | 0,4 |

*Datos hasta 30 de junio de 2010 no corregidos por retraso en la notificación.

Gráfico 71: ETS. Asturias y España. 2010. Tasa de incidencia por 100.000 h



3.6.1 Sífilis

Incidencia. Tendencias.

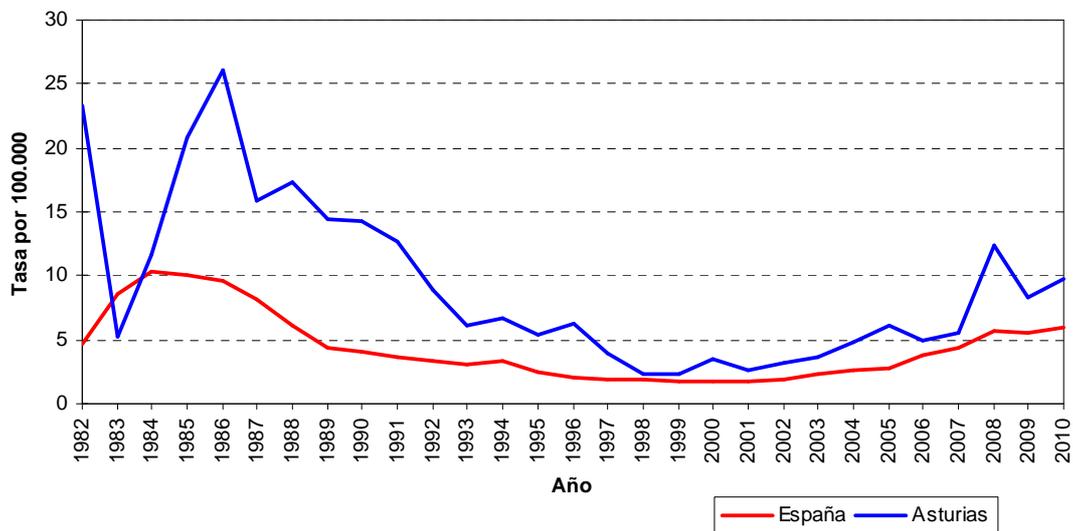
Durante el año 2010, se ha incrementado ligeramente el número de casos tanto en nuestra comunidad como en el conjunto nacional, manteniendo así una tendencia ascendente iniciada hacia el año 2000 y sólo rota en 2009. En Asturias se han notificado 105 casos (tasa de 9,7 casos por 100.000 h) y en España 2.842 (tasa de 6,3 casos por 100.000 h). El porcentaje de variación relativo con respecto a 2009 es de un 17% y de un 13% respectivamente.

En Asturias, la incidencia de la sífilis es históricamente dos o tres veces superior a la de España. A partir de 1986, año en que se observa un pico de esta enfermedad en nuestra comunidad, se produce un descenso mantenido de la enfermedad, más marcado en Asturias, hasta 1999. Desde entonces, se acortan las diferencias (hasta 2008 en que la tasa en Asturias duplica la del conjunto nacional ampliamente) y comienza una nueva tendencia ascendente de las tasas.

Tabla 47. Sífilis. Asturias y España. 2005-2010. Nº de casos y tasa por 100.000 h

| Años | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 64 | 5,9 | 1.344 | 3,0 |
| 2006 | 53 | 4,9 | 1.711 | 3,8 |
| 2007 | 59 | 5,5 | 1.936 | 4,3 |
| 2008 | 134 | 12,4 | 2.545 | 5,7 |
| 2009 | 90 | 8,3 | 2.506 | 5,6 |
| 2010 | 105 | 9,7 | 2.842 | 6,3 |

Gráfico 72: Sífilis. Asturias y España. 1982-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h



Distribución espacial

Por Área Sanitaria, la mayor incidencia corresponde al Área VI con una tasa de 22 casos por 100.000 h seguida del Área IV (16 casos por 100.000 h). No se registraron casos en el Área I

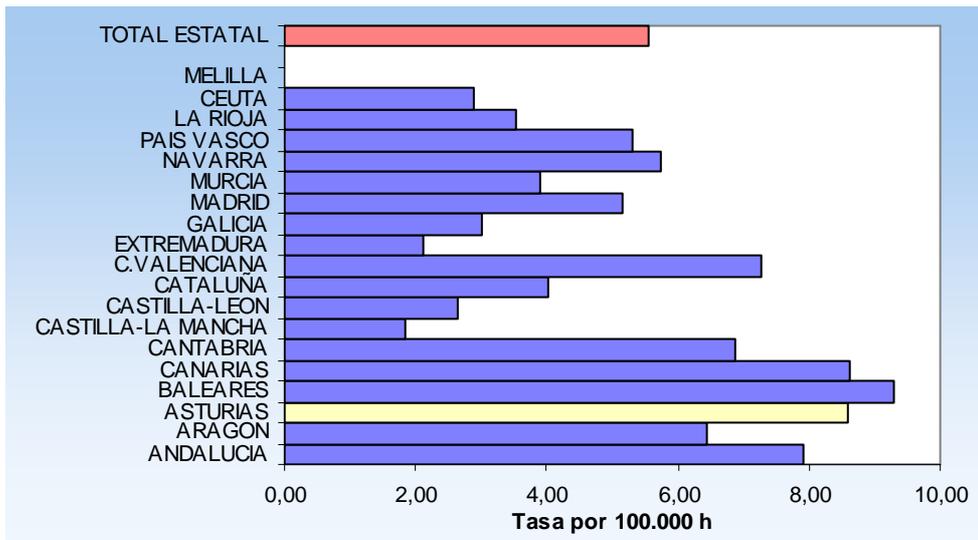
Tabla 48: Sífilis. Distribución por Área Sanitaria. Asturias 2010

| Área | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Total |
|----------|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|------|-------|
| Nº casos | 0 | 1 | 4 | 54 | 24 | 12 | 3 | 7 | 105 |
| Tasa | 0,0 | 3,3 | 2,6 | 15,8 | 7,9 | 22,5 | 4,3 | 8,7 | 9,8 |

Comparativo nacional

Por CCAA, la mayor incidencia corresponde a Baleares (tasa de 9,3 casos por 100.000 h) seguida de Canarias y Asturias (tasa de 8,6 casos por 100.000). La menor incidencia se registró en Castilla La Mancha con una tasa de 1,8 casos por 100.000 h. Melilla no registró casos.

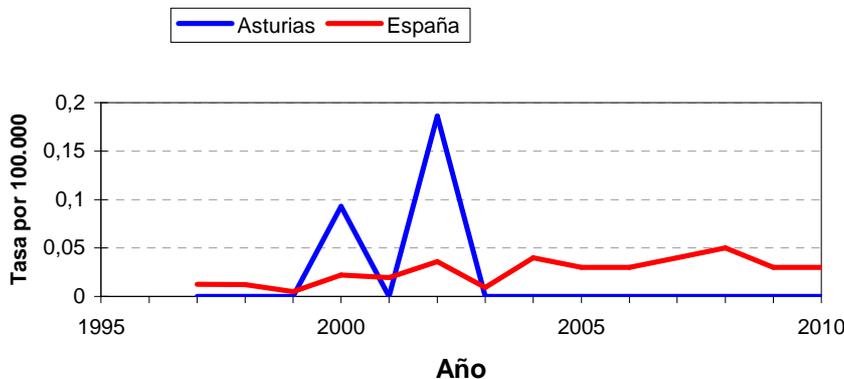
Gráfico 73: Sífilis. España 2009. Tasas por CCAA



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 2010 se notificaron 12 casos, lo que supone una incidencia de 0,03 casos por 100.000 h, y supone un leve incremento con respecto a 2009.

Gráfico 74: Sífilis congénita. Asturias y España. 1997-2010



3.6.2 Infección gonocócica

Incidencia. Tendencias

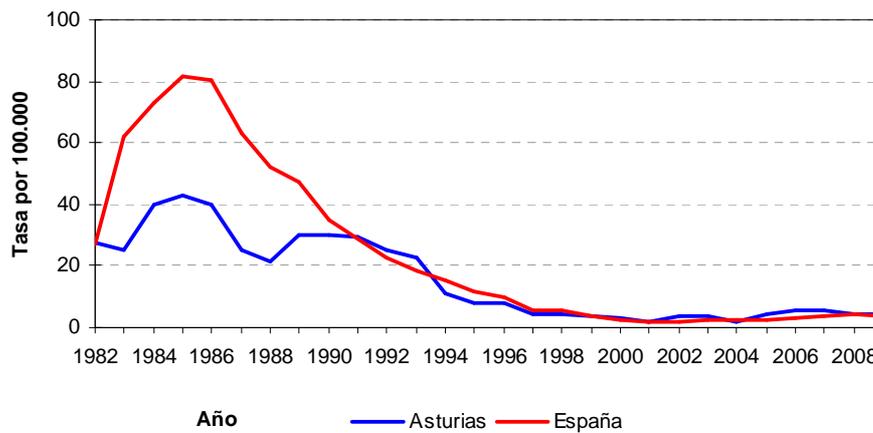
La incidencia de la infección gonocócica se ha incrementado moderadamente en Asturias y se ha reducido discretamente en España en el año 2010. Se han notificado 63 y 1.897 casos respectivamente, lo que supone una tasa de incidencia de 5,8 y 4,2 casos por 100.000 h.

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 49: Infección gonocócica. Asturias y España. 2005-2010

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | casos | Tasa |
| 2005 | 47 | 4,4 | 1.004 | 2,3 |
| 2006 | 59 | 5,5 | 1.423 | 3,2 |
| 2007 | 58 | 5,4 | 1.698 | 3,8 |
| 2008 | 45 | 4,2 | 1.897 | 4,1 |
| 2009 | 50 | 4,6 | 1.954 | 4,3 |
| 2010 | 63 | 5,8 | 1.897 | 4,2 |

Gráfico 75: Infección gonocócica. Asturias y España. 1982-2010. N° de casos y tasa por 100.000 h



Distribución espacial

Por Área Sanitaria, la mayor incidencia corresponde al Área IV con una tasa de 10 casos por 100.000 h seguida del Área VIII (6 casos por 100.000 h). No se registraron casos en el Área I

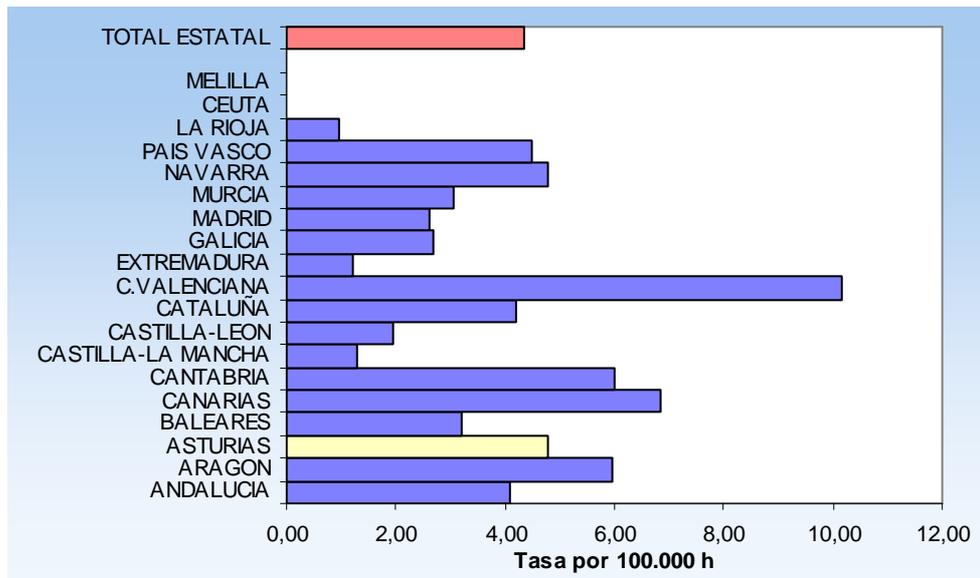
Tabla 50: Infección gonocócica. Distribución por Área Sanitaria. Asturias 2010

| Área | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Total |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-------|
| Nº casos | 0 | 1 | 6 | 34 | 11 | 3 | 3 | 5 | 63 |
| Tasa | 0,0 | 3,3 | 3,9 | 9,9 | 3,6 | 5,6 | 4,3 | 6,2 | 5,9 |

Comparativo nacional

Por CCAA, la comunidad con mayor incidencia es Comunidad Valenciana que presentó, en 2009, una tasa de 10,1 casos por 100.000 h seguida de Canarias (6,9 casos por 100.000 h) y Cantabria (6 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 (La Rioja, Ceuta y Melilla), frente a nueve comunidades en 2004, presentaron una tasa por debajo de 1 caso por 100.000 h. Asturias con 4,8 casos por 100.000 h ocupó el quinto lugar después de la Comunidad Valenciana, Canarias, Cantabria y Aragón.

Gráfico 76: Infección gonocócica. España 2009. Tasa por CCAA.



3.6.3 Otras Hepatitis

Incidencia. Tendencias.

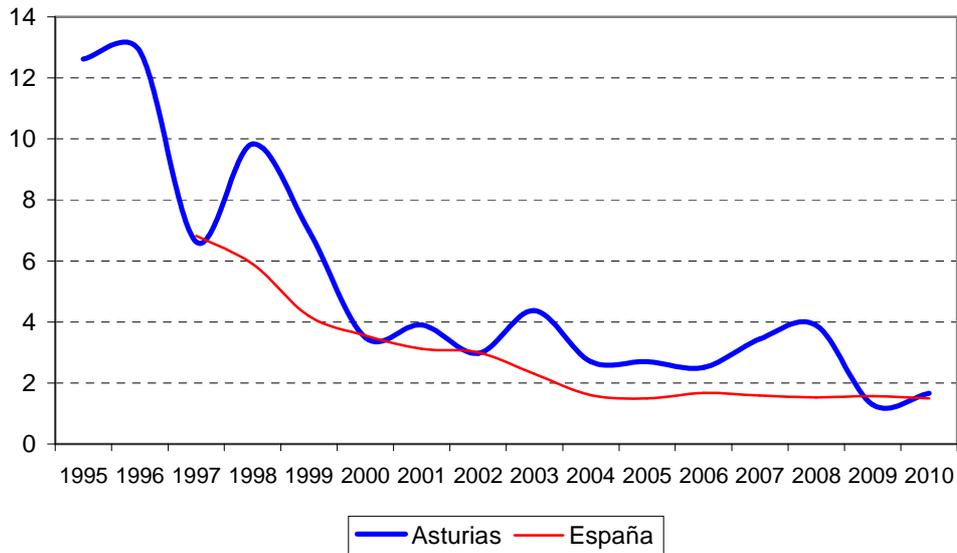
Dentro de las hepatitis, el grupo de “Otras hepatitis” era el que presentaba siempre una mayor incidencia en Asturias. Sin embargo, durante 2009 su incidencia disminuyó drásticamente colocándose en cabeza la hepatitis A con una incidencia seis veces superior a la de la hepatitis B y tres veces superior a la de otras hepatitis. En 2010, se mantiene esta tendencia. En España, su incidencia es tradicionalmente inferior a la de la hepatitis A y hepatitis B. Durante el año 2010, se registraron en Asturias 18 casos (todas correspondieron a hepatitis C) y en España 697 casos (tasas en torno a 1,5 casos por 100.000 h). Estos valores suponen un incremento en Asturias de un 29% y una estabilización de los casos de esta enfermedad con respecto al año previo en el conjunto nacional.

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

Tabla 51: Otras hepatitis viricas. Asturias y España 2005-2010. Nº de casos y tasa

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 2005 | 28 | 2,6 | 680 | 1,5 |
| 2006 | 27 | 2,5 | 748 | 1,7 |
| 2007 | 37 | 3,4 | 720 | 1,6 |
| 2008 | 42 | 3,9 | 755 | 1,7 |
| 2009 | 14 | 1,3 | 708 | 1,6 |
| 2010 | 18 | 1,7 | 697 | 1,5 |

Gráfico 77: Otras hepatitis viricas. Asturias y España 1995-2010. Tasa por 100.000 h



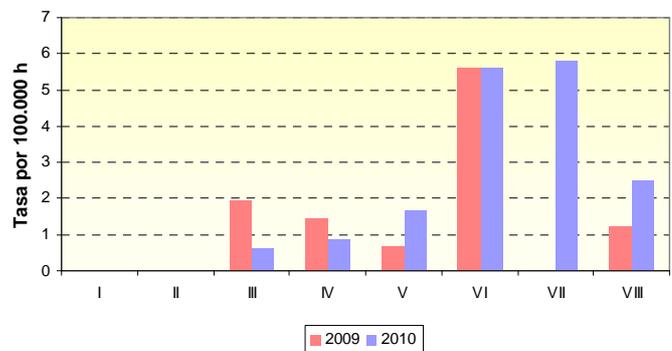
Distribución espacial

El mayor número de casos se localizó en el Área V, con 5 casos. La mayor incidencia correspondió al Área VII con 5,8 casos por 100.000 h.

Tabla 52: Otras hepatitis. Asturias 2010. Nº de casos, Tasa por 100.000 h por Área Sanitaria

| Área | Nº | Tasa | % |
|--------------|-----------|------------|---------------|
| I | 0 | 0,0 | 0,0% |
| II | 0 | 0,0 | 0,0% |
| III | 1 | 0,6 | 5,6% |
| IV | 3 | 0,6 | 16,7% |
| V | 5 | 1,6 | 27,8% |
| VI | 3 | 5,6 | 16,7% |
| VII | 4 | 5,8 | 22,2% |
| VIII | 2 | 2,5 | 11,1% |
| Total | 18 | 1,7 | 100,0% |

Gráfico 78: Otras hepatitis. Tasa por Área Sanitaria (x 100.000 h) Asturias 2009- 2010.



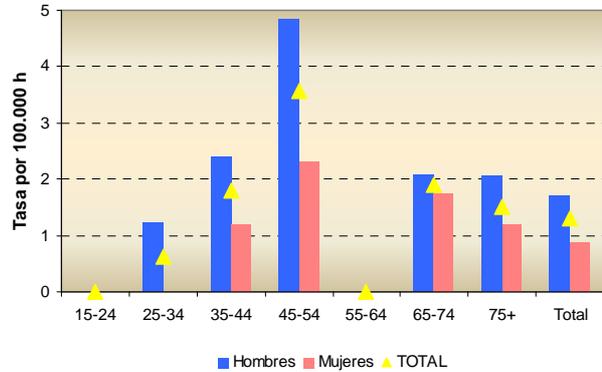
Características de los casos

De modo global, el ratio hombre-mujer fue de 1,6:1 siendo la incidencia en hombres 1,7 veces superior a la de las mujeres. Cerca de la mitad de los casos ocurrieron entre los 25 y los 44 años, especialmente en el grupo de hombres.

Tabla 53: Otras hepatitis. Asturias 2010. 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 | 2 | 4,2 | 2 | 2,1 |
| 25-34 | 2 | 2,5 | 1 | 1,3 | 3 | 1,9 |
| 35-44 | 5 | 5,9 | 0 | 0,0 | 5 | 3,0 |
| 45-54 | 1 | 1,2 | 0 | 0,0 | 1 | 0,6 |
| 55-64 | 1 | 1,4 | 1 | 1,3 | 2 | 1,4 |
| 65-74 | 0 | 0,0 | 1 | 1,8 | 1 | 1,0 |
| 75+ | 2 | 4,1 | 2 | 2,4 | 4 | 3,0 |
| Total | 11 | 2,1 | 7 | 1,2 | 18 | 1,7 |

Gráfico 79: Otras hepatitis. Asturias 2010. Tasa por 100.000 h por grupo de edad y sexo.



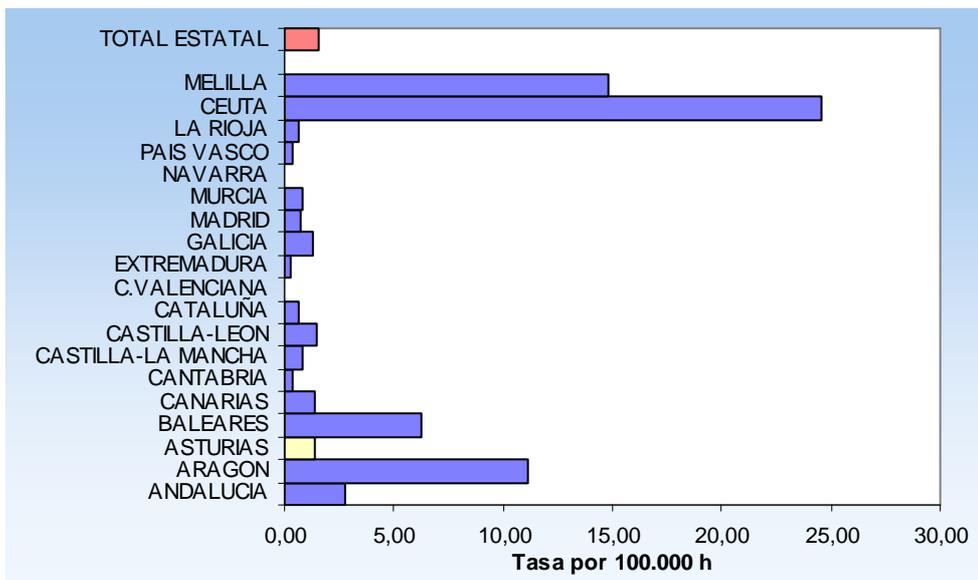
Clasificación de los casos

Al igual que ocurría con la hepatitis B, todos los casos fueron esporádicos y todos, salvo uno, autóctonos. No se confirmó ningún caso siendo el resto sospechosos (14 c, 78%) o probables (4 c, 22%).

Comparativo nacional

En 2009, Ceuta se encuentra a la cabeza con 24,5 casos por 100.00 h, tasa muy superior a la media nacional de 1,6 casos por 100.000 h. Ya a distancia se encuentra Melilla que, ocupa el segundo lugar, con 14,9 casos por 100.000 h. En C Valenciana y Navarra no se registraron casos. Asturias ocupa uno de los últimos lugares con una tasa de 1,3.

Gráfico 80: Otras hepatitis. España 2009. 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 2010, se registraron 19 casos nuevos de SIDA. Este número, algo inferior al de 2009, ha de ser observado teniendo en cuenta el retraso normal de la notificación. No obstante, es de señalar una tendencia descendente en el número de casos en los últimos años.

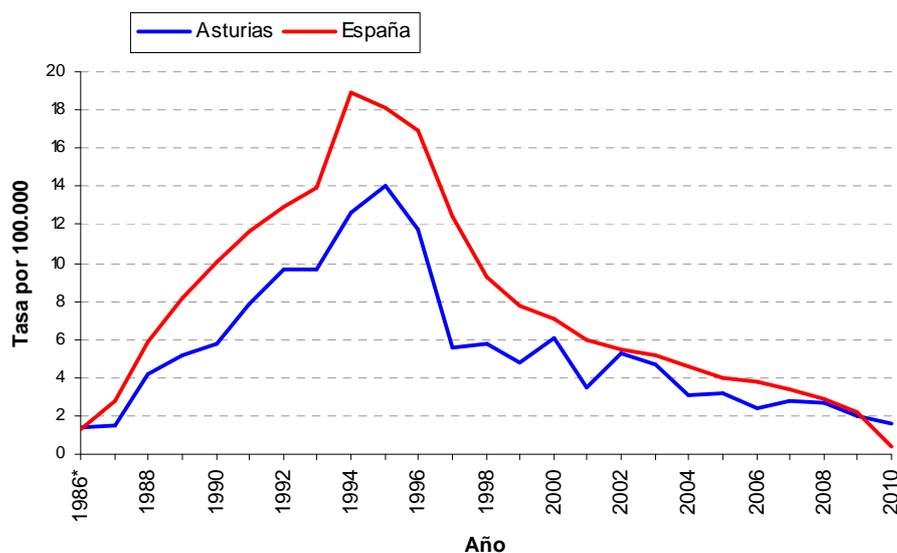
En la serie histórica del SIDA se observa como, después de la primera etapa de expansión de la enfermedad, con un incremento continuo en el número de casos desde 1986 hasta 1995, comienza un descenso, llamativo y continuo, hasta finales de los 90. A partir de ahí el descenso se hace más lento, especialmente en Asturias, donde se manifiesta una tendencia suave y con oscilaciones.

Tabla 54: SIDA. Asturias y España. 2005-2010. Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

| Año | Asturias | | España | |
|-------------|-----------|------------|-------------|------------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 34 | 3,2 | 1.779 | 4,0 |
| 2006 | 26 | 2,4 | 1.693 | 3,8 |
| 2007 | 30 | 2,8 | 1.547 | 3,4 |
| 2008 | 29 | 2,7 | 1.349 | 2,9 |
| 2009 | 27 | 2,5 | 1.037 | 2,2 |
| 2010 | 19 | 1,8 | 196* | 0,4 |

* Datos de enero a junio de 2010. Datos no corregidos por retraso en la notificación

Gráfico 81: SIDA. Asturias y España. 1986-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h

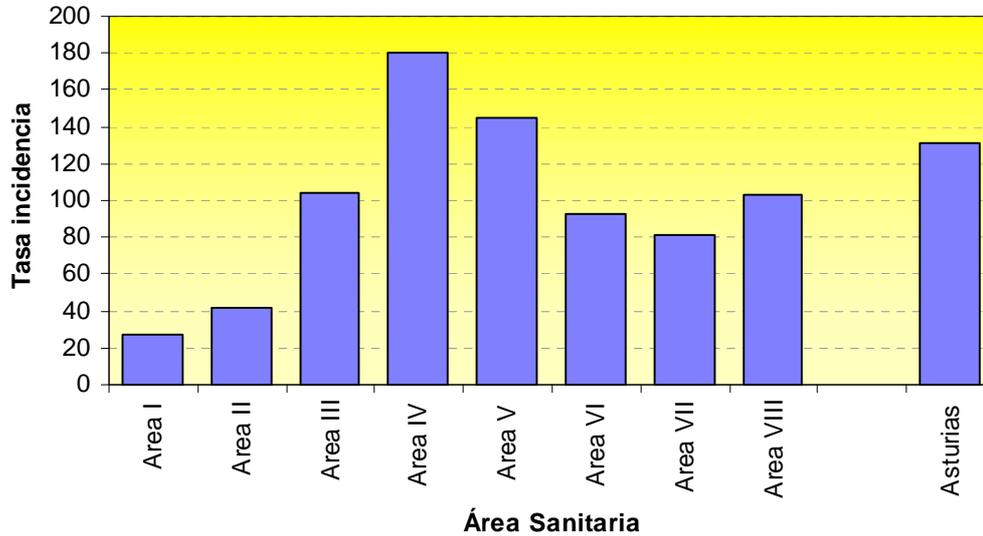


Distribución espacial

La práctica totalidad de los casos se registraron en las Áreas IV y V.

La incidencia acumulada (1986-2010) más elevada corresponde, asimismo, al Área IV (180 casos por 100.000 h) seguida del Área V (145 casos por 100.000 h).

Gráfico 82: SIDA. Asturias 1986-2010. Incidencia acumulada por Área Sanitaria



Características de los casos

Distribución por edad y sexo

El 78,9% de los casos (15 de 19) fueron hombres. Esto supone una razón hombre/mujer de 3,8:1, 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, mientras que en el conjunto de casos acumulados desde 1986 la mayor incidencia corresponde a los jóvenes de 30 a 39 años.

Tabla 55: SIDA. Asturias 2010. Distribución por edad y sexo

| Grupo de edad | Hombre | | Mujer | |
|---------------|-----------|------------|----------|------------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 20-29 | 2 | 2,5 | 0 | 0,0 |
| 30-39 | 2 | 2,6 | 3 | 3,8 |
| 40-49 | 6 | 7,6 | 1 | 1,2 |
| 50 y más | 5 | 2,8 | 0 | 0,0 |
| Total | 15 | 2,9 | 4 | 0,7 |

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 10 años.

Gráfico 83: SIDA. Asturias 1986-2010. Incidencia acumulada por grupo de edad

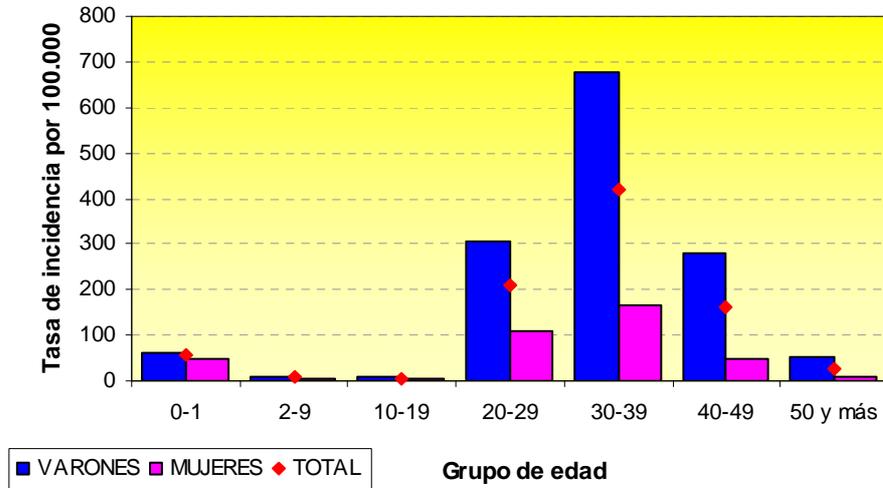
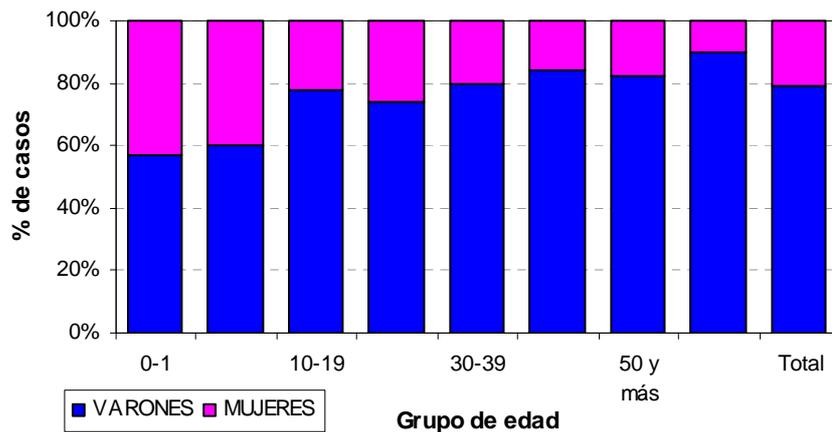


Gráfico 84: SIDA. Asturias 1986-2010. Distribución de casos por sexo y grupo de edad

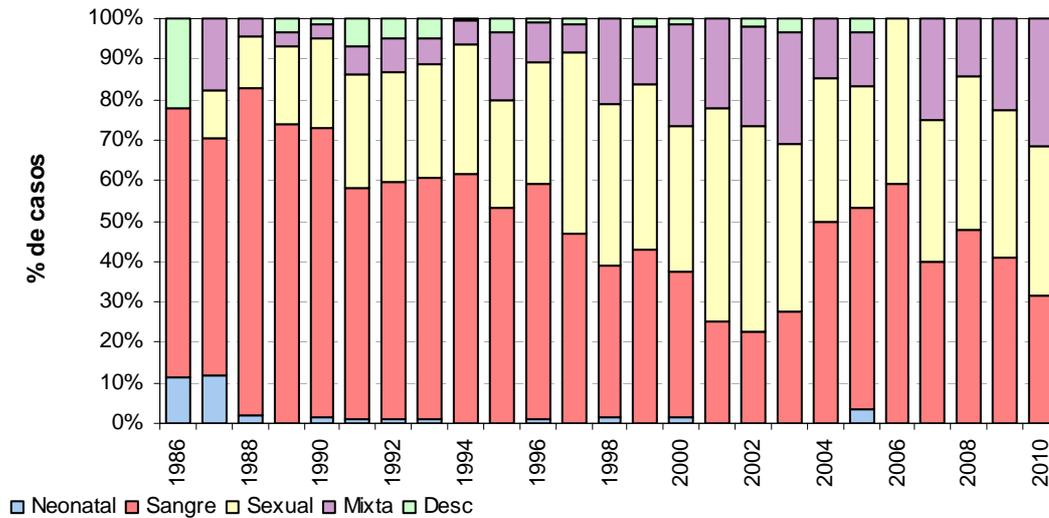


Mecanismo de transmisión

No hubo predominio de ningún mecanismo de transmisión presentándose la transmisión parenteral en un 32%, la vía sexual en un 36% y la mixta en otro 32%.

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 últimos cinco años no se mantuvo esta tendencia.

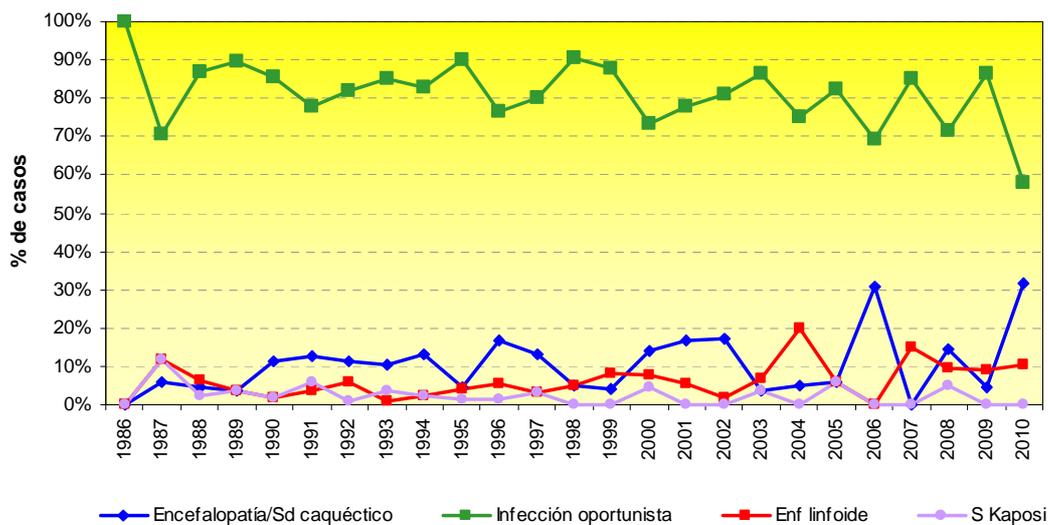
Gráfico 85: SIDA. Asturias 1986-2010. Distribución de casos por vía de transmisión y año.



Enfermedades definatorias de SIDA

En 11 casos (56%), la enfermedad definitoria de SIDA fue una infección oportunista. En relación con años previos, en 2010 disminuyeron las infecciones oportunistas a favor de un aumento de encefalopatías/síndrome caquéctico. 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 86: SIDA. Asturias. 1986-2010. Distribución por enfermedad definitoria y año

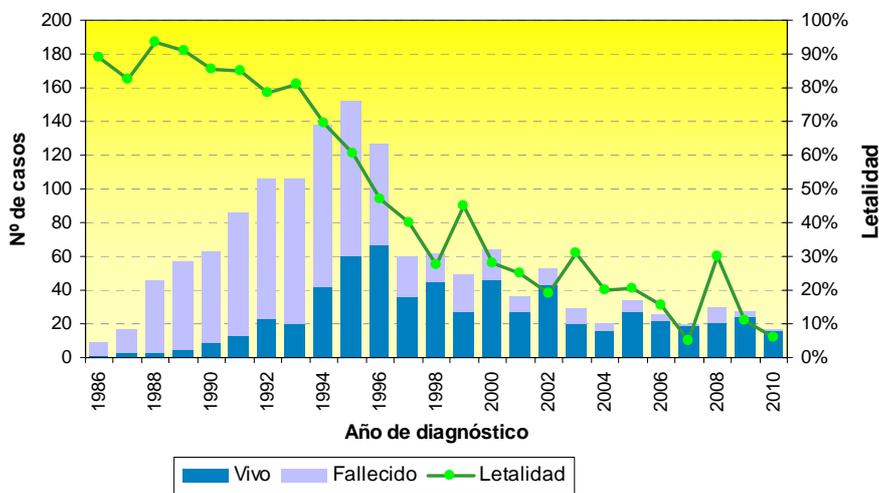


Mortalidad

Hubo 1 fallecimiento en los 19 casos de SIDA diagnosticados en 2010, lo que supone una letalidad del 5%.

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 87: SIDA. Asturias 1986-2010. Letalidad



Comparativo nacional

Durante 2009, la incidencia más elevada (datos no corregidos por retraso en la notificación) correspondió a Melilla con 5,7 casos por 100.000 h seguida de Baleares (tasa de 4,6) y Madrid (3,4). Extremadura y Castilla La Mancha presentaron las menores tasas con 0,5 y 0,7 casos por 100.000 h (muy por debajo de la media nacional: 2,3 casos por 100.000 h).

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 88: SIDA. España 2009. Incidencia por CCAA

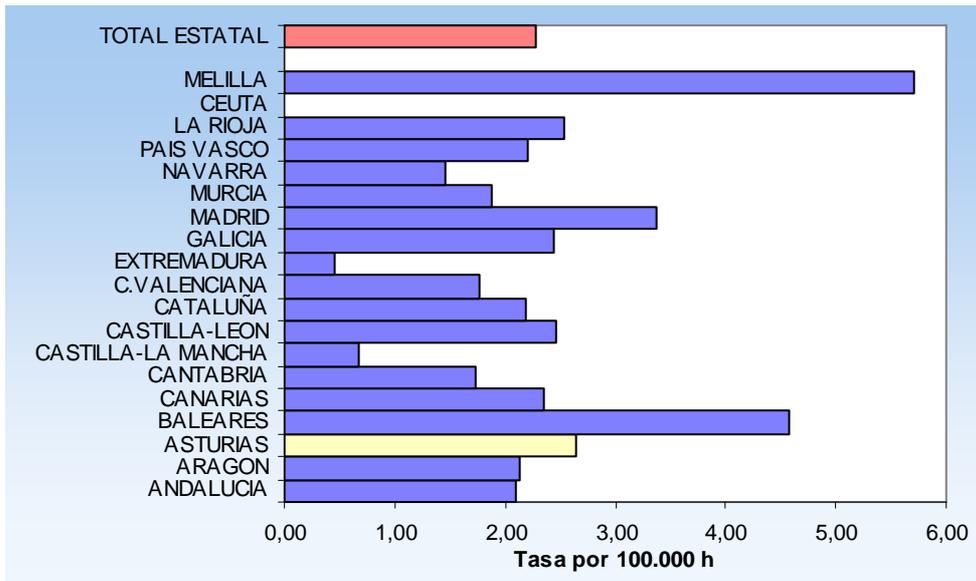


Gráfico 89: SIDA. España 1981-2008. Incidencia acumulada

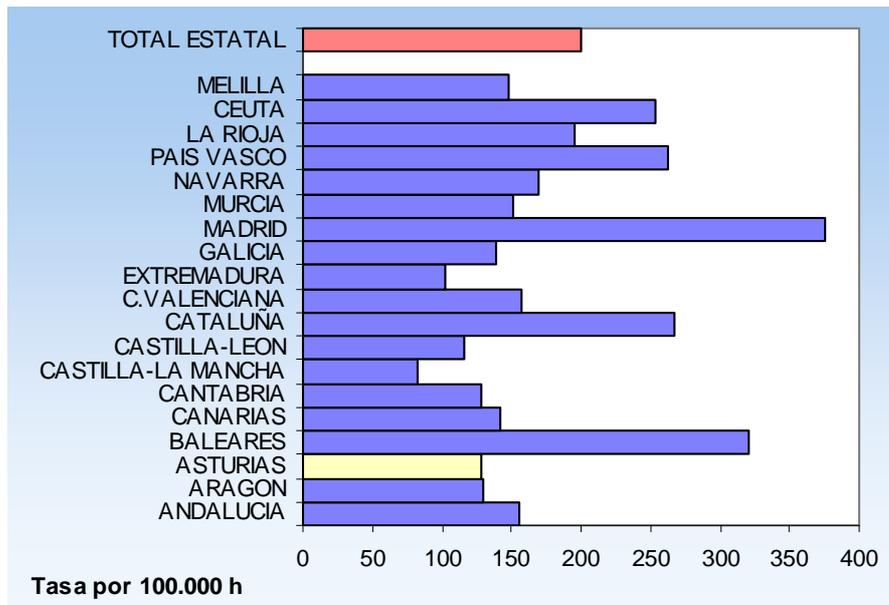


Tabla 55. Enfermedades de transmisión sexual. Asturias 1980-2010

| Año | Sífilis | | Sífilis congénita | | Inf gonocócica | | SIDA | | Hepatitis C | |
|------|---------|------|-------------------|------|----------------|------|------|------|-------------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 1980 | | | | | | | | | | |
| 1981 | | | | | | | | | | |
| 1982 | 264 | 23,4 | | | 312 | 27,8 | | | | |
| 1983 | 60 | 5,3 | | | 284 | 25,4 | | | | |
| 1984 | 132 | 11,7 | | | 446 | 39,9 | | | | |
| 1985 | 236 | 20,9 | | | 480 | 43,1 | | | | |
| 1986 | 290 | 26,1 | | | 443 | 39,9 | 9 | 1,4 | | |
| 1987 | 177 | 15,9 | | | 281 | 25,4 | 17 | 1,5 | | |
| 1988 | 193 | 17,4 | | | 234 | 21,2 | 46 | 4,2 | | |
| 1989 | 161 | 14,5 | | | 330 | 30,0 | 57 | 5,2 | | |
| 1990 | 158 | 14,2 | | | 328 | 29,9 | 65 | 5,9 | | |
| 1991 | 138 | 12,6 | | | 324 | 29,6 | 86 | 7,8 | | |
| 1992 | 97 | 8,9 | | | 274 | 25,1 | 106 | 9,7 | | |
| 1993 | 67 | 6,1 | | | 249 | 22,8 | 106 | 9,7 | | |
| 1994 | 74 | 6,8 | | | 122 | 11,2 | 137 | 12,5 | | |
| 1995 | 59 | 5,4 | | | 88 | 8,1 | 153 | 14,0 | 117 | 10,7 |
| 1996 | 68 | 6,3 | | | 85 | 7,8 | 128 | 11,8 | 136 | 12,5 |
| 1997 | 42 | 3,9 | 0 | 0,0 | 44 | 4,1 | 60 | 5,5 | 63 | 5,8 |
| 1998 | 26 | 2,4 | 0 | 0,0 | 45 | 4,2 | 62 | 5,7 | 90 | 8,3 |
| 1999 | 25 | 2,3 | 0 | 0,0 | 37 | 3,4 | 52 | 4,8 | 71 | 6,5 |
| 2000 | 38 | 3,5 | 1 | 0,1 | 33 | 3,1 | 65 | 6,0 | 34 | 3,1 |
| 2001 | 28 | 2,6 | 0 | 0,0 | 20 | 1,9 | 37 | 3,4 | 41 | 3,8 |
| 2002 | 35 | 3,2 | 2 | 0,2 | 37 | 3,4 | 58 | 5,4 | 25 | 2,3 |
| 2003 | 40 | 3,7 | 0 | 0,0 | 39 | 3,6 | 50 | 4,6 | 46 | 4,3 |
| 2004 | 53 | 4,9 | 0 | 0,0 | 22 | 2,0 | 33 | 3,1 | 29 | 2,7 |
| 2005 | 64 | 6,1 | 0 | 0,0 | 47 | 4,4 | 35 | 3,3 | 29 | 2,7 |
| 2006 | 53 | 4,9 | 0 | 0,0 | 59 | 5,5 | 27 | 2,5 | 27 | 2,5 |
| 2007 | 59 | 5,5 | 0 | 0,0 | 58 | 5,4 | 30 | 2,8 | 37 | 3,4 |
| 2008 | 134 | 12,4 | 0 | 0,0 | 45 | 4,2 | 30 | 2,8 | 42 | 3,9 |
| 2009 | 90 | 8,3 | 0 | 0,0 | 50 | 4,6 | 27 | 2,5 | 14 | 1,3 |
| 2010 | 105 | 9,7 | 0 | 0,0 | 63 | 5,8 | 19 | 1,8 | 18 | 1,7 |

Tabla 56. Enfermedades de transmisión sexual. España 1980-2010

| Año | Sífilis | | Sífilis congénita | | Inf gonocócica | | SIDA | | Hepatitis C | |
|------|---------|------|-------------------|------|----------------|------|-------|------|-------------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 1980 | | | | | | | | | | |
| 1981 | | | | | | | | | | |
| 1982 | 1.752 | 4,6 | | | 10129,0 | 26,7 | | | | |
| 1983 | 3.332 | 8,6 | | | 23.662 | 62,1 | | | | |
| 1984 | 4.017 | 10,3 | | | 27.840 | 72,8 | | | | |
| 1985 | 3.979 | 10,1 | | | 31.250 | 81,4 | | | | |
| 1986 | 3.815 | 9,6 | | | 30.899 | 80,1 | 499 | 1,3 | | |
| 1987 | 3.151 | 8,1 | | | 24.569 | 63,4 | 1.095 | 2,8 | | |
| 1988 | 2.380 | 6,1 | | | 20.330 | 52,2 | 2.274 | 5,8 | | |
| 1989 | 1.809 | 4,4 | | | 18.348 | 46,9 | 3.167 | 8,1 | | |
| 1990 | 1.685 | 4,1 | | | 13.702 | 34,9 | 3.941 | 10,1 | | |
| 1991 | 1.509 | 3,6 | | | 11.399 | 28,9 | 4.574 | 11,7 | | |
| 1992 | 1.255 | 3,3 | | | 9.059 | 22,9 | 5.088 | 13,0 | | |
| 1993 | 1.196 | 3,1 | | | 7.275 | 18,3 | 5.517 | 14,1 | | |
| 1994 | 1.343 | 3,4 | | | 6.165 | 15,4 | 7.472 | 19,0 | | |
| 1995 | 1.005 | 2,5 | | | 4.597 | 11,5 | 7.186 | 18,2 | | |
| 1996 | 793 | 2,0 | | | 3.913 | 9,7 | 6.734 | 17,0 | | |
| 1997 | 762 | 1,9 | 5 | 0,01 | 2.348 | 5,8 | 4.951 | 12,5 | 2.682 | 6,8 |
| 1998 | 772 | 2,0 | 5 | 0,01 | 2.169 | 5,3 | 3.707 | 9,3 | 2.324 | 5,9 |
| 1999 | 682 | 1,7 | 2 | 0,00 | 1.469 | 3,6 | 3.146 | 7,9 | 1.657 | 4,2 |
| 2000 | 700 | 1,8 | 9 | 0,02 | 1.045 | 2,6 | 2.880 | 7,2 | 1.404 | 3,6 |
| 2001 | 700 | 1,8 | 8 | 0,02 | 805 | 2,0 | 2.495 | 6,1 | 1.231 | 3,1 |
| 2002 | 734 | 1,9 | 15 | 0,04 | 833 | 2,0 | 2.324 | 5,6 | 1.188 | 3,0 |
| 2003 | 917 | 2,3 | 4 | 0,01 | 1.069 | 2,5 | 2.256 | 5,4 | 911 | 2,3 |
| 2004 | 1.035 | 2,6 | 16 | 0,04 | 981 | 2,3 | 2.031 | 4,8 | 650 | 1,6 |
| 2005 | 1.150 | 2,8 | 13 | 0,03 | 1.004 | 2,3 | 1.779 | 4,1 | 630 | 1,5 |
| 2006 | 1.711 | 3,8 | 18 | 0,04 | 1.423 | 3,2 | 1.693 | 3,8 | 748 | 1,7 |
| 2007 | 1.936 | 4,3 | 19 | 0,04 | 1.698 | 3,8 | 1.547 | 3,4 | 698 | 1,5 |
| 2008 | 2.545 | 5,7 | 20 | 0,04 | 1.897 | 4,1 | 1.349 | 2,9 | 755 | 1,6 |
| 2009 | 2.506 | 5,6 | 10 | 0,02 | 1.954 | 4,3 | 1.037 | 2,2 | 708 | 1,5 |
| 2010 | 2.842 | 6,3 | 12 | 0,03 | 1.897 | 4,2 | 196 | 0,4 | 697 | 1,5 |

OTRAS ENFERMEDADES

3.7 Otras enfermedades

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

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.

La lepra no se considera un problema de salud en la Región Europea. La mayor parte de los casos registrados en nuestro medio se consideran importados.

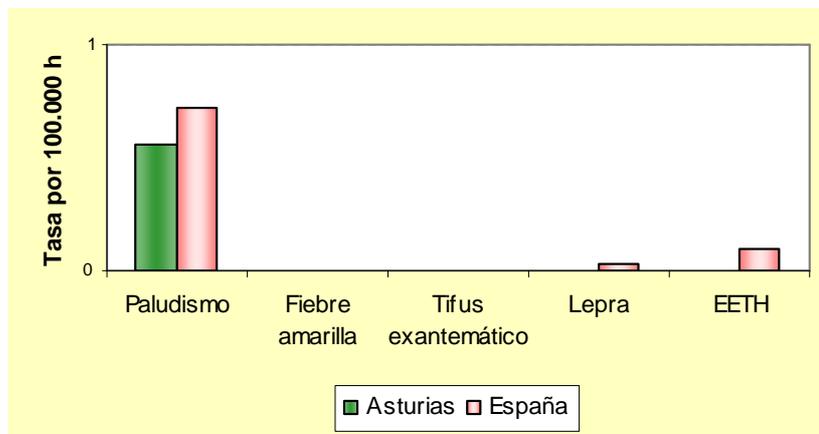
Las EETH son enfermedades de muy baja incidencia. El interés por ellas comienza en 1995 con la detección en Reino Unido de los primeros casos de una nueva forma de transmisión alimentaria en relación con la ingesta de carne de vacuno afectado por encefalopatía espongiforme bovina.

Durante 2010, los casos de paludismo se mantienen estables en nuestra comunidad y también a nivel nacional. Con respecto a la Enfermedad de Creutzfeld-Jacob, en Asturias, en 2010 no se registró ningún caso y a nivel nacional, se produjo un ligero descenso en el número de casos. Sin embargo, estos datos deben ser interpretados con cautela, ya que son datos provisionales a 1 de diciembre de 2010 y el diagnóstico de esta enfermedad puede llevar un retraso importante, de tal modo que los datos de 2008 a 2010 son en general incompletos. A pesar de ello, la tendencia desde 2005 sugiere una disminución de la notificación y de la confirmación diagnóstica postmortem a pesar de la presencia de variante de ECJ.

Tabla 57: Otras enfermedades. Asturias y España 2010.
Nº de casos. Tasa de incidencia por 100.000 h

| Otras enfermedades | Asturias | | España | |
|--------------------|----------|------|--------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| Paludismo | 2 | 0,2 | 378 | 0,8 |
| Fiebre amarilla | 0 | 0,0 | 0 | 0 |
| Tifus exantemático | 0 | 0,0 | 0 | 0 |
| Lepra | 0 | 0,0 | 18 | 0,04 |
| EETH | 0 | 0,0 | 45 | 0,1 |

Gráfico 90: Otras enfermedades. Asturias y España. 2010. Tasa por 100.000 h.



3.7.1 Paludismo

Introducción

La lucha antipalúdica constituyó en España la primera lucha epidemiológica organizada. En 1925 se creó el Instituto Antipalúdico de Navalmoral de la Mata que asumió la dirección científica contra el paludismo hasta los años 60 del siglo XX. En noviembre de 1950 el Gobierno español y la Organización Mundial de la Salud firmaron un convenio para erradicar el paludismo del territorio nacional, hecho que se produjo oficialmente en 1964. Desde entonces, todos los casos que se producen en el territorio nacional son importados

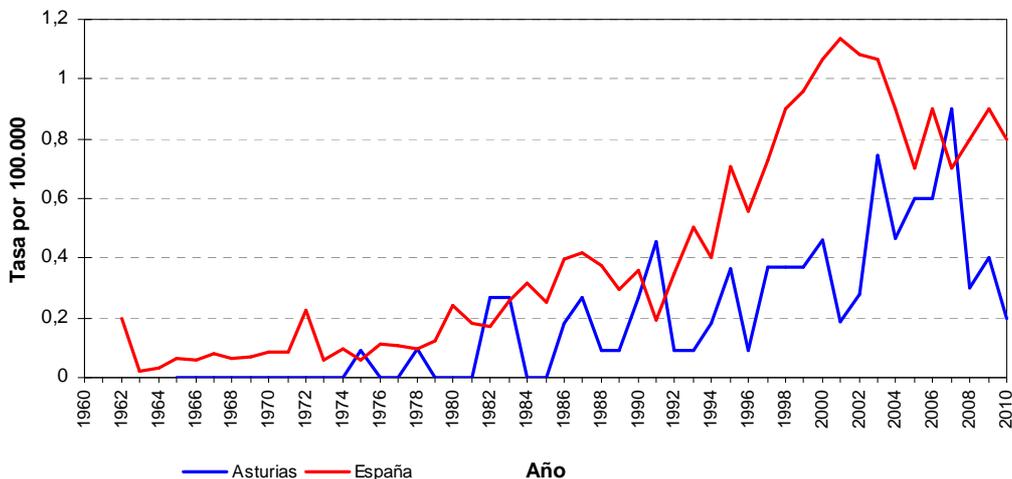
Incidencia. Tendencias

Se han notificado 2 casos en Asturias en el año 2010 (tasa de 0,2 casos por 100.000 h) y 378 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.

Tabla 58: Paludismo en Asturias y España. 2005-2010.
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

| Año | Asturias | | España | |
|------|----------|------|--------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 2005 | 6 | 0,6 | 295 | 0,7 |
| 2006 | 6 | 0,6 | 400 | 0,9 |
| 2007 | 10 | 0,9 | 335 | 0,7 |
| 2008 | 3 | 0,3 | 347 | 0,8 |
| 2009 | 4 | 0,4 | 409 | 0,9 |
| 2010 | 2 | 0,2 | 378 | 0,8 |

Gráfico 91: Paludismo. Asturias y España. 1960-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h



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.

En la década de los 90, la tendencia a nivel nacional fue ascendente. Sin embargo, en los últimos años ha disminuido ligeramente tendiendo a estabilizarse en unos 8 casos por 10⁶ h y año.

Características de los casos

El lugar de contagio fue Ghana en uno de los casos y Venezuela en el otro. En los dos casos se trataba de personas nativas de estos países y residentes en España en viaje de visita. No consta que ninguno de los casos hubiese realizado quimioprofilaxis.

El diagnóstico fue por antígeno en sangre en los 2 casos. En uno se confirmó *Pl falciparum* y en el otro *Pl vivax*

Las características principales de los casos notificados durante 2010 en Asturias se describen a continuación:

Tabla 59: Paludismo. Descripción de los casos notificados en Asturias. 2010

| Semana | Etiología | Lugar importación | Edad | Método Dx | Nacionalidad | Qx | Comentarios |
|--------|----------------------|-------------------|------|-----------|--------------|----|----------------|
| 50 | <i>Pl falciparum</i> | Ghana | 36 | Antígeno | Ghana | No | Viaje familiar |
| 9 | <i>Pl vivax</i> | Venezuela | 31 | Antígeno | Venezolana | No | Viaje familiar |

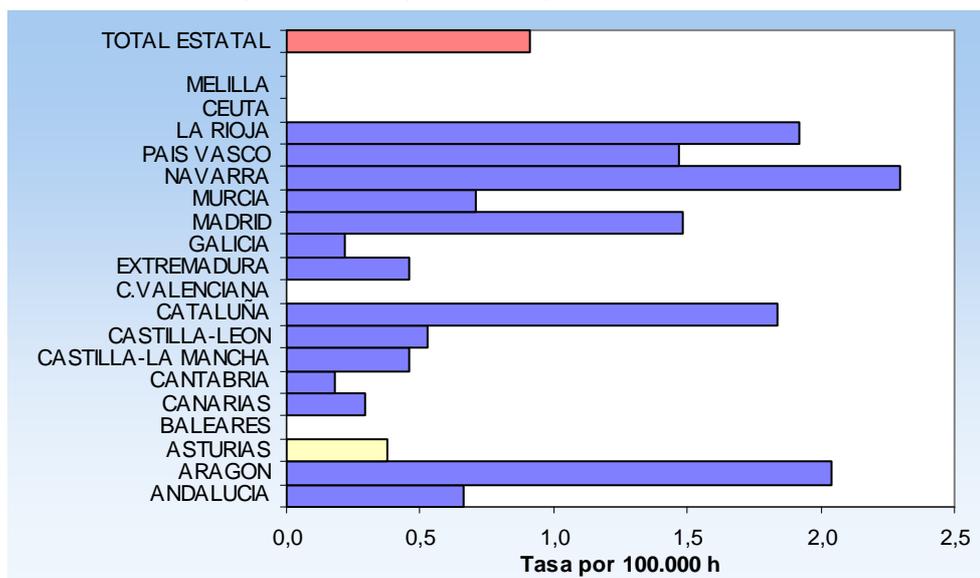
Comparativo nacional

Baleares, Comunidad Valenciana, Ceuta y Melilla no notificaron ningún caso en 2009. Navarra y Aragón presentaron las tasas más elevadas con tasas de 2,3 y 2,0 casos por 100.000 h respectivamente. La media nacional fue de 0,9 casos por 100.000 h.

Todos los casos fueron importados y África fue el continente más habitual de adquisición de la enfermedad siendo Guinea Ecuatorial y Nigeria los países más visitados. Por especie, *Pl falciparum* es responsable del 87% de casos. Entre los enfermos de paludismo predominan los hombres frente a las mujeres. Los adultos menores de 20 años representan el 25% de los casos. El 31% de los casos son inmigrantes. El principal motivo de viaje a las zonas endémicas es el turismo, incluida la visita a familiares en estas zonas endémicas (61% de los casos notificados). En la mayoría de los casos, los enfermos que adquirieron la malaria en el extranjero no se habían adherido a un régimen de quimioprofilaxis apropiado para el país de visita. En 2009 se ha producido 1 defunción por paludismo.

En 2008, la OMS y la Unión Europea detectaron un aumento notable de casos de paludismo por *P falciparum* en personas procedentes de Gambia desde el mes de septiembre de 2008. España notificó 8 de estos casos, sorprendiendo la alta letalidad, puesto que 3 de ellos fallecieron.

Gráfico 92: Paludismo. España 2009. Tasa por 100.000 h por CCAA



3.7.2 Lepra

Introducción

Hasta 1992, los únicos datos disponibles sobre la lepra se basaban en los casos nuevos notificados por sospecha a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Debido a la necesidad de completar los datos de vigilancia de esta enfermedad a nivel estatal, en 1993 se creó el Registro Nacional de lepra ubicado en el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III.

La eliminación de la lepra, definida como una prevalencia de menos de 1 caso por 10.000 h, era el objetivo establecido para el año 2000 por la Asamblea Mundial de la Salud. 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.

La estrategia global de la OMS para el periodo 2006-2010 se basaba en detectar nuevos casos de forma oportuna y en proporcionar tratamiento gratuito con multiterapia. Esta estrategia ha sido efectiva en reducir la carga de enfermedad en muchos países endémicos.

En preparación para el periodo 2011-2015 se ha desarrollado una **estrategia reforzada** que pone énfasis en una atención de alta calidad al paciente y en reducir la carga de enfermedad, no sólo detectando nuevos casos precozmente, sino mediante la reducción de la discapacidad, el estigma y la discriminación, y en proporcionar apoyo a los afectados por la enfermedad.

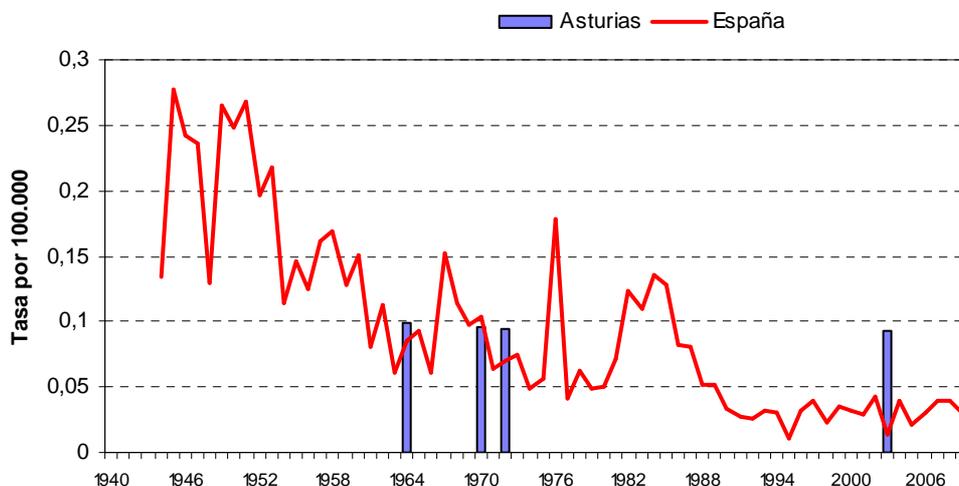
El número de nuevos casos de lepra en el mundo fue de 211.903 en el primer trimestre de 2010, frente a 244.796 casos en 2009. Los países que detectaron mayor número de casos en 2009 fueron India y Brasil, con 133.717 y 37.610 casos respectivamente. En la Región Europea, la lepra no se considera un problema de salud y sus datos no aparecen reflejados en las estadísticas de la OMS. En España, la situación es de pre-erradicación con tasas inferiores a 1 caso por 10.000 h.

Nº de casos. Incidencia.

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

En España, durante el año 2010 se notificaron al registro estatal 18 casos incidentes de lepra (incidencia muy baja de 0,02 casos por 100.000 h). El número de casos prevalentes (casos activos o en tratamiento a 31 de diciembre) en este año es de 65.

Gráfico 93: Lepra. Asturias y España. 1940-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h



Características de los casos

De los 18 casos notificados en España en 2010, la clínica fue multibacilar en 13 de los casos y paucibacilar en 5. Uno de los casos incidentes, con clínica multibacilar, presentaba discapacidad de grado 2. El tratamiento utilizado en los 18 casos fue la multiterapia recomendada por la OMS.

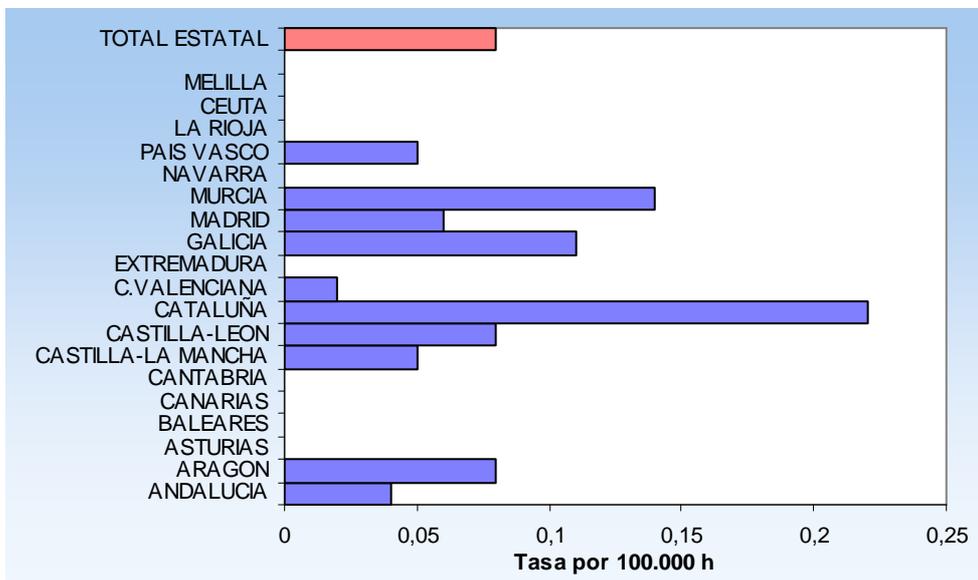
En 14 de los 18 casos incidentes de 2010 consta un país de origen distinto de España: Brasil (6), Venezuela (2), Filipinas (2), Bolivia (1), Colombia (1), R Dominicana (1) y Senegal (1).

En la distribución por sexo, señalar que 11 son hombres y 7 mujeres.

Comparativo nacional

En 2009 se notificaron 34 casos en España, 16 de ellos en Cataluña.

Gráfico 94: Lepra. España 2009. 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.

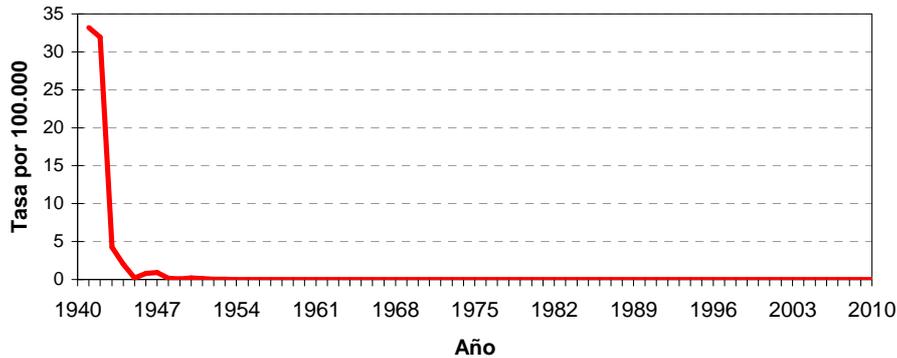
La enfermedad apareció por primera vez en España en 1730, afectando a los puertos ligados al tráfico de mercancías y personas con América (excepto en el Norte de España donde no se desarrolla el vector). La enfermedad autóctona desapareció con la pérdida de las últimas colonias americanas, ocurriendo 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 95: Tifus exantemático. España. 1940-2010. Tasa de incidencia por 100.000 h



3.7.5 Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH)

Introducción

Las EETH, grupo de enfermedades transmisibles de baja incidencia, adquieren interés 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 la actualidad, es la ECJ esporádica la que viene a constituir mundialmente un reto, en el momento en el que la atención en salud pública se comienza a dirigir hacia su posible transmisión nosocomial.

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 haciéndose 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 2010 se identificaron 4 casos en Asturias correspondientes a años previos.

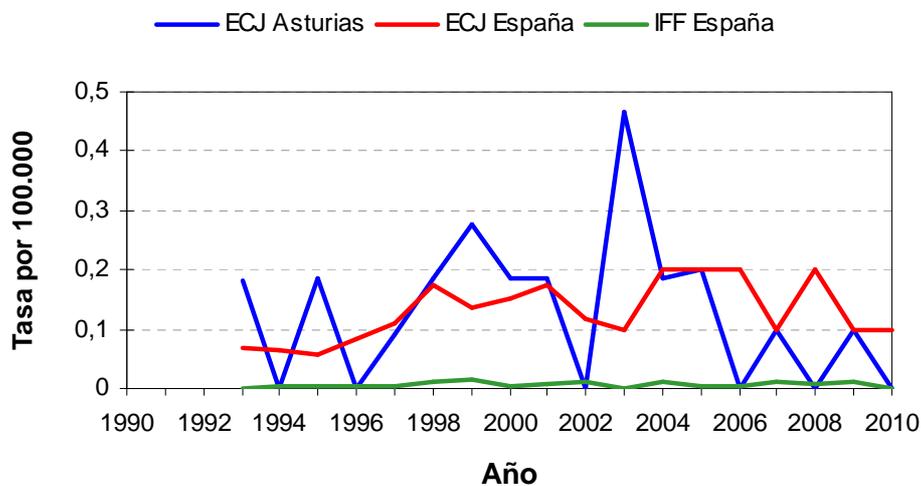
En España, durante dicho año, se notificaron 65 casos de los que 45 (tasa de 1,1 casos por 10⁶ h) cumplían criterios de caso. De ellos, 39 fueron esporádicos (9 confirmados, 25 probables y 5 posibles); y 6 familiares (1 confirmado y 5 probables).

En la siguiente tabla y gráfico se muestran los datos de los últimos años para Asturias y España.

Tabla 60: EETH. Asturias y España. 2005-2010. Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 h

| Año diagnóstico | Asturias | | España | |
|-----------------|-----------|------------|------------|------------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 2005 | 2 | 0,2 | 78 | 0,2 |
| 2006 | 0 | 0,0 | 72 | 0,2 |
| 2007 | 1 | 0,1 | 57 | 0,1 |
| 2008 | 0 | 0,0 | 68 | 0,2 |
| 2009 | 1 | 0,1 | 57 | 0,1 |
| 2010 | 0 | 0,0 | 45 | 0,1 |
| Total | 25 | 0,1 | 976 | 0,1 |

Gráfico 96: EETH. Asturias y España. 1993-2010. Tasa por 100.000 h



Tipos ECJ

- **ECJ esporádico:** La incidencia por CCAA presenta variaciones moderadas sugestivas de diferencias en reconocimiento o notificación diagnóstica siendo más altas en tres comunidades adyacentes: Cantabria, País Vasco y Castilla-León.
- **ECJ iatrogénico:** Todos los casos han sido causados por implantes de duramadres anteriores a 1989.
- **Encefalopatías espongiformes genéticas:** La proporción de ECJ familiar se corresponde con la esperada. Es alta la de Insomnio Familiar Letal que se agrupa en el País Vasco.

- **Variante ECJ:** El sistema de vigilancia identificó entre 2005 y 2010 cinco casos confirmados de 26, 41, 50, 64 y 48 años, ciudadanos españoles, residentes en las comunidades de Madrid, Castilla y León y Cantabria. Las encuestas epidemiológicas no revelaron antecedentes de estancia en el Reino Unido, recepción de sangre o derivados sanguíneos ni otros factores de riesgo sugeridos para vECJ. Tres de los últimos casos eran residentes en la provincia de León, dos de ellos madre-hijo, con hábitos dietéticos de consumo de cerebro de vacuno.

Comparativo nacional

En 2009, Asturias, Cantabria, Galicia y La Rioja no notificaron ningún caso. Sin embargo, estos datos son aún susceptibles de modificación dado el retraso en la notificación o confirmación de algunos casos propio de este proceso. Andalucía, Cataluña y Valencia fueron las CCAA con el mayor número de notificaciones (entre las tres, el 41% del total). Sin embargo, el mayor número de notificaciones por 10⁶ h correspondió a Castilla-La Mancha y Baleares con 5 notificaciones por 10⁶ h.

Gráfico 97: EETH. N° de notificaciones. España 2009. Tasa de incidencia por 10⁶ h por CCAA.

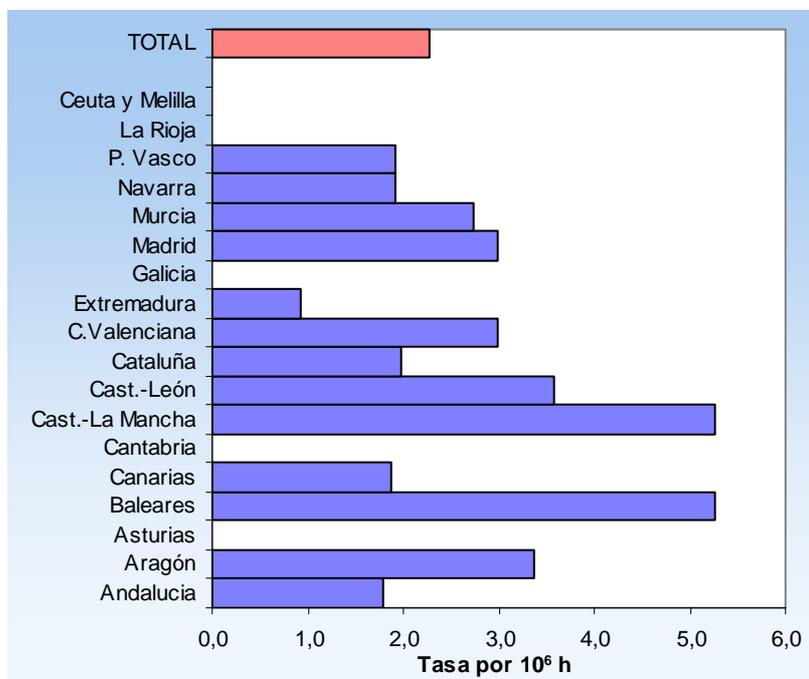


Tabla 61: Otras enfermedades. Asturias

| Año | Paludismo | | Tifus exantemático | | Lepra | | EETH | |
|------|-----------|------|--------------------|------|-------|------|------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 1950 | | | | | | | | |
| 1951 | | | | | | | | |
| 1952 | | | | | | | | |
| 1953 | | | | | | | | |
| 1954 | | | | | | | | |
| 1955 | | | | | | | | |
| 1956 | | | | | | | | |
| 1957 | | | | | | | | |
| 1958 | | | | | | | | |
| 1959 | | | | | | | | |
| 1960 | | | | | | | | |
| 1961 | | | | | | | | |
| 1962 | | | | | | | | |
| 1963 | | | | | | | | |
| 1964 | | | | | 1 | 0,1 | | |
| 1965 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1966 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1967 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1968 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1969 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1970 | 0 | 0,0 | | | 1 | 0,1 | | |
| 1971 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1972 | 0 | 0,0 | | | 1 | 0,1 | | |
| 1973 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1974 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1975 | 1 | 0,1 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1976 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1977 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1978 | 1 | 0,1 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1979 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1980 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1981 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1982 | 3 | 0,3 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1983 | 3 | 0,3 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1984 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1985 | 0 | 0,0 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1986 | 2 | 0,2 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1987 | 3 | 0,3 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1988 | 1 | 0,1 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1989 | 1 | 0,1 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1990 | 3 | 0,3 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1991 | 5 | 0,5 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1992 | 1 | 0,1 | | | 0 | 0,0 | | |
| 1993 | 1 | 0,1 | | | 0 | 0,0 | 2 | 0,18 |
| 1994 | 2 | 0,2 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 1995 | 4 | 0,4 | | | 0 | 0,0 | 2 | 0,18 |
| 1996 | 1 | 0,1 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 1997 | 4 | 0,4 | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,09 |
| 1998 | 4 | 0,4 | | | 0 | 0,0 | 2 | 0,19 |
| 1999 | 4 | 0,4 | | | 0 | 0,0 | 3 | 0,28 |
| 2000 | 5 | 0,5 | | | 0 | 0,0 | 2 | 0,19 |
| 2001 | 2 | 0,2 | | | 0 | 0,0 | 2 | 0,19 |
| 2002 | 3 | 0,3 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 2003 | 8 | 0,7 | | | 0 | 0,0 | 5 | 0,46 |
| 2004 | 5 | 0,5 | | | 1 | 0,1 | 2 | 0,19 |
| 2005 | 6 | 0,6 | | | 0 | 0,0 | 2 | 0,20 |
| 2006 | 6 | 0,6 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 2007 | 10 | 0,9 | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,10 |
| 2008 | 3 | 0,3 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 2009 | 4 | 0,4 | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,10 |
| 2010 | 2 | 0,2 | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |

Tabla 62: Otras enfermedades. España

| Año | Paludismo | | Tifus exantemático | | Lepra | | EETH | |
|------|-----------|------|--------------------|------|-------|------|------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 1950 | 19.644* | 69,9 | 57 | 0,2 | 70 | 0,2 | | |
| 1951 | 14.715* | 51,9 | 36 | 0,1 | 76 | 0,3 | | |
| 1952 | 10.074* | 35,2 | 13 | 0,0 | 56 | 0,2 | | |
| 1953 | 6.820* | 23,7 | 16 | 0,1 | 63 | 0,2 | | |
| 1954 | 3.791* | 13,0 | 2 | 0,0 | 33 | 0,1 | | |
| 1955 | 2.514* | 8,6 | 0 | 0,0 | 43 | 0,1 | | |
| 1956 | 1.482* | 5,0 | 0 | 0,0 | 37 | 0,1 | | |
| 1957 | 826* | 2,8 | 1 | 0,0 | 48 | 0,2 | | |
| 1958 | 124* | 0,4 | 0 | 0,0 | 51 | 0,2 | | |
| 1959 | 82* | 0,3 | 1 | 0,0 | 39 | 0,1 | | |
| 1960 | 30* | 0,1 | 0 | 0,0 | 46 | 0,2 | | |
| 1961 | 24* | 0,1 | 0 | 0,0 | 25 | 0,1 | | |
| 1962 | 62 | 0,2 | 0 | 0,0 | 35 | 0,1 | | |
| 1963 | 7 | 0,0 | 0 | 0,0 | 19 | 0,1 | | |
| 1964 | 10 | 0,0 | 0 | 0,0 | 27 | 0,1 | | |
| 1965 | 20 | 0,1 | 0 | 0,0 | 30 | 0,1 | | |
| 1966 | 19 | 0,1 | 0 | 0,0 | 20 | 0,1 | | |
| 1967 | 26 | 0,1 | 0 | 0,0 | 50 | 0,2 | | |
| 1968 | 21 | 0,1 | 0 | 0,0 | 38 | 0,1 | | |
| 1969 | 24 | 0,1 | 0 | 0,0 | 33 | 0,1 | | |
| 1970 | 29 | 0,1 | 0 | 0,0 | 35 | 0,1 | | |
| 1971 | 29 | 0,1 | 0 | 0,0 | 22 | 0,1 | | |
| 1972 | 96** | 0,2 | 0 | 0,0 | 24 | 0,1 | | |
| 1973 | 26*** | 0,1 | 0 | 0,0 | 26 | 0,1 | | |
| 1974 | 34 | 0,1 | 0 | 0,0 | 17 | 0,0 | | |
| 1975 | 21 | 0,1 | 0 | 0,0 | 20 | 0,1 | | |
| 1976 | 40 | 0,1 | 0 | 0,0 | 64 | 0,2 | | |
| 1977 | 38 | 0,1 | 1 | 0,0 | 15 | 0,0 | | |
| 1978 | 36 | 0,1 | 0 | 0,0 | 23 | 0,1 | | |
| 1979 | 45 | 0,1 | 0 | 0,0 | 18 | 0,0 | | |
| 1980 | 91 | 0,2 | 0 | 0,0 | 19 | 0,1 | | |
| 1981 | 68 | 0,2 | 0 | 0,0 | 27 | 0,1 | | |
| 1982 | 65 | 0,2 | 0 | 0,0 | 47 | 0,1 | | |
| 1983 | 97 | 0,3 | 0 | 0,0 | 42 | 0,1 | | |
| 1984 | 120 | 0,3 | 0 | 0,0 | 52 | 0,1 | | |
| 1985 | 96 | 0,2 | 0 | 0,0 | 49 | 0,1 | | |
| 1986 | 153 | 0,4 | 0 | 0,0 | 32 | 0,1 | | |
| 1987 | 162 | 0,4 | 0 | 0,0 | 31 | 0,1 | | |
| 1988 | 146 | 0,4 | 0 | 0,0 | 20 | 0,1 | | |
| 1989 | 116 | 0,3 | 0 | 0,0 | 20 | 0,1 | | |
| 1990 | 141 | 0,4 | 0 | 0,0 | 13 | 0,03 | | |
| 1991 | 75 | 0,2 | 0 | 0,0 | 11 | 0,03 | | |
| 1992 | 137 | 0,3 | 0 | 0,0 | 10 | 0,03 | | |
| 1993 | 200 | 0,5 | 0 | 0,0 | 13 | 0,03 | 27 | 0,07 |
| 1994 | 161 | 0,4 | 0 | 0,0 | 12 | 0,03 | 26 | 0,07 |
| 1995 | 284 | 0,7 | 0 | 0,0 | 4 | 0,01 | 23 | 0,06 |
| 1996 | 224 | 0,6 | 0 | 0,0 | 13 | 0,03 | 34 | 0,08 |
| 1997 | 294 | 0,7 | 0 | 0,0 | 16 | 0,04 | 44 | 0,11 |
| 1998 | 365 | 0,9 | 0 | 0,0 | 9 | 0,02 | 70 | 0,17 |
| 1999 | 392 | 1,0 | 0 | 0,0 | 14 | 0,03 | 56 | 0,14 |
| 2000 | 437 | 1,1 | 0 | 0,0 | 13 | 0,03 | 62 | 0,15 |
| 2001 | 466 | 1,1 | 0 | 0,0 | 12 | 0,03 | 71 | 0,17 |
| 2002 | 452 | 1,1 | 0 | 0,0 | 18 | 0,04 | 49 | 0,12 |
| 2003 | 456 | 1,1 | 0 | 0,0 | 6 | 0,01 | 58 | 0,10 |
| 2004 | 383 | 0,9 | 0 | 0,0 | 18 | 0,04 | 69 | 0,20 |
| 2005 | 295 | 0,7 | 0 | 0,0 | 10 | 0,02 | 78 | 0,20 |
| 2006 | 400 | 0,9 | 0 | 0,0 | 15 | 0,03 | 72 | 0,20 |
| 2007 | 335 | 0,7 | 0 | 0,0 | 19 | 0,04 | 57 | 0,10 |
| 2008 | 347 | 0,8 | 0 | 0,0 | 18 | 0,04 | 68 | 0,20 |
| 2009 | 362 | 0,9 | 0 | 0,0 | 34 | 0,07 | 57 | 0,10 |
| 2010 | 409 | 0,8 | 0 | 0,0 | 11 | 0,02 | 45 | 0,10 |

* Autóctonos, ** 18 Autóctonos, *** 5 Autóctonos

ANEXO I- 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 |

**INFORME DE ALERTAS DE SALUD PÚBLICA
AÑO 2010**

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1.1 JUSTIFICACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTAS

La **Vigilancia Epidemiológica** es una de las aplicaciones tradicionales de la Epidemiología en el marco de la Administración Sanitaria, constituyendo una de sus funciones más características, por su capacidad para identificar situaciones de alarma epidemiológica y proponer medidas para su control. La Vigilancia Epidemiológica ha evolucionado desde un cometido inicial centrado en el control de epidemias (con poco más que la cuarentena como medida de control) y el estado sanitario de aguas, alimentos y medio ambiente, hasta la ejecución de programas de control de enfermedades y la evaluación de actuaciones relacionadas con la salud pública.

En España, este sistema se implanta en 1944 a partir de la Ley de Bases de Sanidad Nacional. Desde entonces, se ha revisado sucesivas veces siendo la última legislación existente a nivel nacional la correspondiente al **RD 2210/1995** que crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y, a nivel de Asturias, el **Decreto 69/1997** por el que se constituye el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) del Principado de Asturias.

El **SIVE** está constituido por dos sistemas de información sanitaria: 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; y los **sistemas específicos de vigilancia** basados en registros de casos, sistemas centinela, encuestas de seroprevalencia y otros sistemas aplicados a la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. Sin embargo, este sistema tiene un ámbito de respuesta limitada casi con exclusividad a las enfermedades transmisibles, con un componente burocrático que genera retrasos importantes a costa de una exhaustividad del 90%, pero con niveles muy variables de infranotificación de casos según la enfermedad. No da respuesta a otras enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes, riesgos ambientales, riesgos por fármacos u otros riesgos accidentales o provocados.

La ocurrencia en estos últimos años de situaciones que han llegado al nivel de crisis sanitarias, junto con una mayor demanda social de seguridad sanitaria global, han llevado a una mayor exigencia de intervención de la autoridad sanitaria. Emerge entonces el concepto de Alerta de Salud Pública, como una situación en la que es necesaria una intervención activa de salud pública de carácter preventivo, haya o no personas enfermas, sobrepasando los ámbitos de actuación del sistema EDO y de control de brotes. De ahí la necesidad de ir evolucionando y adaptar 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 Europa, la creación del **Sistema Europeo de Alerta Temprana de Enfermedades Transmisibles** (Decisión de la Comisión de 22 de diciembre de 1999: **2000/57/EC**), y del **Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades** (Reglamento CE nº 851/2004), ha acelerado la implantación de Sistemas de Alertas de Salud Pública, con mayor o menor desarrollo, en el ámbito estatal y en distintas Comunidades Autónomas.

A nivel estatal, a través de la Orden SCO/564/2004 se establece el **Sistema de Coordinación de Alertas y Emergencias de Sanidad y Consumo (SICAS)**, como “estructura directiva y red operativa interna de coordinación de las intervenciones del Ministerio en los supuestos de alertas y emergencias sanitarias que supongan una amenaza real o potencial para la salud de la población, siempre que puedan tener repercusión nacional, así como en los casos de crisis informativas con ocasión de la difusión de noticias relacionadas con la salud y el consumo o con la prestación de servicios sanitarios, que provoquen alarma social”.

En Asturias, aunque aún no se ha constituido legalmente un Sistema de Alertas de Salud Pública, existe funcionalmente desde el año 2002. En este informe, se analizan las alertas recogidas por dicho sistema durante el año 2010.

1.2 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 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.

En el Anexo I se establecen las definiciones operativas de Alerta de cada uno de los campos de actuación así como una clasificación de las enfermedades incluidas en cada uno de ellos.

1.4 OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos generales del Sistema de Alertas de Salud Pública son:

- ✚ 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.

1.5 PARTICIPANTES

Son fuentes de notificación del sistema todas las que permitan la identificación de situaciones reales o potenciales de Alerta de Salud Pública:

- ✚ Sistema sanitario asistencial (Atención Primaria y Especializada), tanto público como privado
- ✚ Sistema sanitario de Salud Pública
- ✚ Ayuntamientos y servicios médicos locales
- ✚ Servicios de Emergencias Sanitarias y Protección Civil
- ✚ Otras redes de Alerta nacionales e internacionales

- ✚ Responsables de instituciones
- ✚ Organizaciones no gubernamentales (ONG)
- ✚ Afectados y particulares
- ✚ Medios de comunicación, redes de comunicación (Internet), canales informales

La intervención en la investigación y adopción de medidas de control implica a diferentes organismos y administraciones, en función del tipo de alerta y las competencias de cada parte. Con carácter básico, aunque en determinadas situaciones pueden estar implicados otros, la intervención en las Alertas de Salud Pública implica a:

- ✚ Dirección general de Salud Pública y Participación
- ✚ Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo: Unidades Territoriales
- ✚ Laboratorio de Salud Pública
- ✚ Dirección General de Ganadería
- ✚ Servicio de Salud del Principado de Asturias: Atención Primaria, Atención Especializada, Laboratorios de Microbiología

2. METODOLOGÍA DEL INFORME

Con este informe se pretende dar a conocer los resultados obtenidos de la vigilancia epidemiológica en Asturias, a partir de su gestión como Sistema de Alertas de Salud Pública, en el año 2010. El Sistema de Alertas depende de la Sección de Vigilancia Epidemiológica, en el Servicio de Vigilancia y Alertas Epidemiológicas de la Dirección General de Salud Pública y Participación.

En el Anexo I se presentan las definiciones del Sistema de Alertas de Salud Pública de Asturias, junto con su clasificación funcional. Para este informe se usa una clasificación más operativa de las Alertas, en función del número para cada tipo de alerta, que incluye los siguientes grupos:

- ✚ Brotes alimentarios
- ✚ Otros brotes no alimentarios
- ✚ Meningitis
- ✚ Legionelosis
- ✚ Enfermedades sometidas a Vigilancia Especial
- ✚ Riesgos

Para cada uno de estos grupos de alertas se muestra:

- ✚ Incidencia de alertas
- ✚ Incidencia de personas afectadas, hospitalizadas y fallecidas
- ✚ Distribución espacial por Área Sanitaria
- ✚ Distribución temporal por meses y años
- ✚ Factores que caracterizan las Alertas: agente causal, lugar implicado, factores contribuyentes, medidas adoptadas

Se incluye además un análisis descriptivo global, incluida la distribución espacial y el patrón temporal, así como la descripción de las intervenciones realizadas y muestras analíticas tomadas. El análisis de las alertas relativas a Enfermedades de Declaración Obligatoria se realiza con mayor precisión en el Informe Epidemiológico Anual.

3. RESULTADOS

3.1 RESULTADOS GENERALES

Durante el año 2010 se notificaron, a la Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias, **111 alertas**, de las cuáles se descartaron **14** (12,6 %).

Esto supone una estabilización con respecto al año 2009 en que se habían registrado 115 alertas (11 descartadas).

El 64% de las alertas se englobaron en tres categorías bien definidas:

- **Legionelosis** que, con 29 alertas, representaron el 30% del total de alertas registradas.
- **Riesgos de transmisión aérea:** 23% (22 alertas)
- **Enfermedad meningocócica:** 11% (11 alertas)

Por tanto y al igual que en años previos, el mayor número de alertas correspondió a las **Legionelosis** que representaron el 30% del total.

En el segundo lugar se colocan los **Riesgos de transmisión aérea** y la **Enfermedad meningocócica** pasa a ocupar el tercer lugar. Es llamativo el descenso de este tipo de alerta (-50%) que representó en 2008 el 24% del total de alertas.

Señalar que todos los tipos de alertas disminuyeron con respecto a 2009, con excepción de algunas enfermedades de vigilancia especial (EETH y PFA) y los riesgos.

Durante 2010 el **número de afectados** fue de 194, claramente inferior con respecto a años previos.

Las **legionelosis, la enfermedad meningocócica y los riesgos de transmisión aérea**, alertas más frecuentes, originaron sólo el 32,5% del total de afectados. Los brotes por alimento fueron los que ocasionaron el mayor número de afectados (27% del total).

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 2009.

Gráfico 1: Nº de alertas por tipo. Asturias 2009- 2010

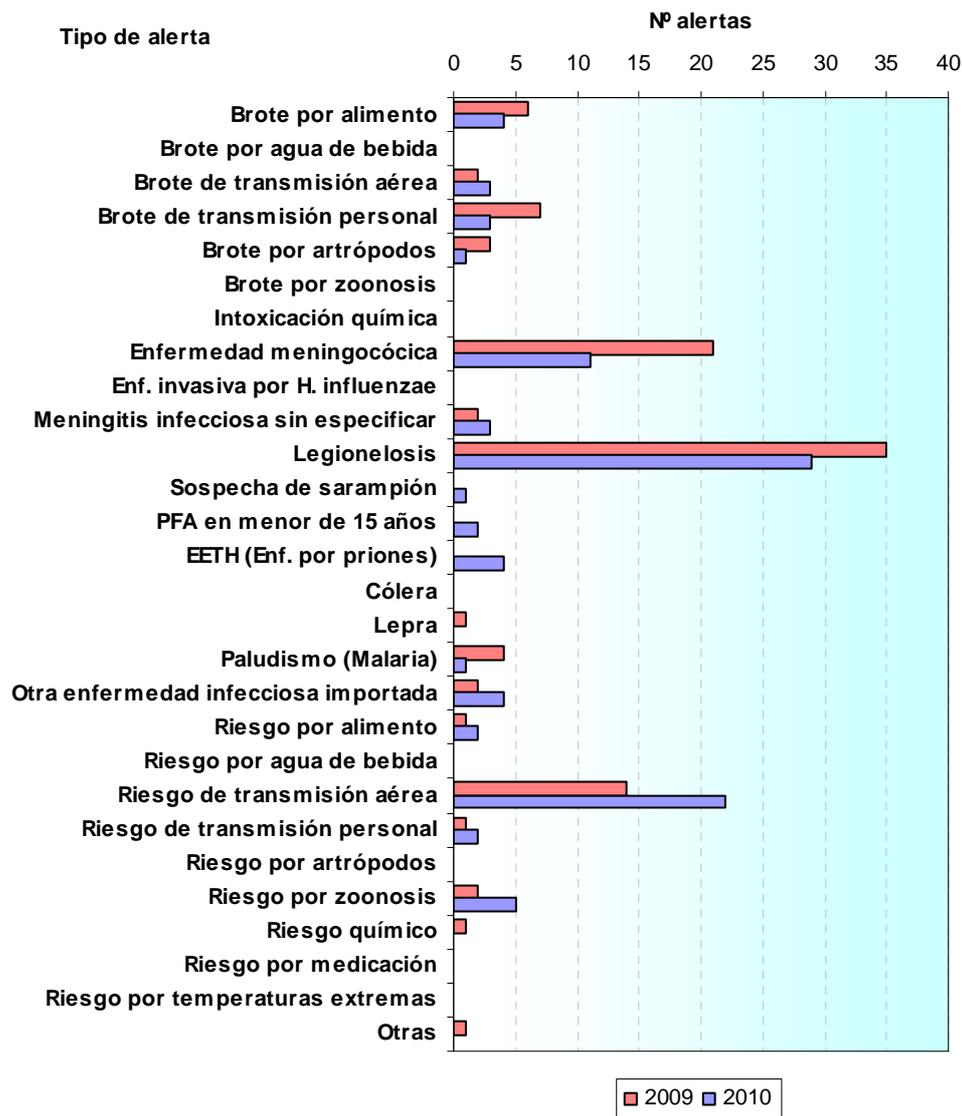


Tabla 1: Nº de alertas y nº de afectados por tipo de alerta. Asturias 2009-2010.

| Tipo de alerta | 2009 | | 2010 | |
|---------------------------------------|------------|------------|-----------|------------|
| | Nº | Afectados | Nº | Afectados |
| Enfermedad meningocócica | 21 | 21 | 11 | 11 |
| Enf. invasiva por H. influenzae | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Meningitis infecciosa sin especificar | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Meningitis | 23 | 23 | 14 | 14 |
| Legionelosis | 35 | 35 | 29 | 29 |
| Legionelosis | 35 | 35 | 29 | 29 |
| Sospecha de sarampión | 0 | 0 | 1 | 1 |
| PFA en menor de 15 años | 0 | 0 | 2 | 2 |
| EETH (Enf. por priones) | 0 | 0 | 4 | 4 |
| Lepra | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Cólera | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Paludismo (Malaria) | 4 | 4 | 1 | 1 |
| Otra enfermedad infecciosa importada | 2 | 2 | 4 | 4 |
| Enf. de Vigilancia Especial | 7 | 7 | 12 | 12 |
| Brote por alimento | 6* | 51 | 4 | 53 |
| Brote alimentario | 6* | 51 | 4 | 53 |
| Brote por agua de bebida | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Brote de transmisión aérea | 2 | 37 | 2 | 6 |
| Brote de transmisión personal | 7 | 109 | 3 | 19 |
| Brote por artrópodos | 3 | 20 | 1 | 4 |
| Brote por zoonosis | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Brote por agentes físicos | 0 | 0 | 1 | 14 |
| Otros brotes e intoxicaciones | 12 | 166 | 7 | 43 |
| Riesgo por alimento | 1 | 4 | 2 | 3 |
| Riesgo por agua de bebida | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Riesgo de transmisión aérea | 14 | 15 | 22 | 23 |
| Riesgo de transmisión personal | 1 | 1 | 2 | 13 |
| Riesgo por artrópodos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Riesgo por zoonosis | 2 | 1 | 5 | 4 |
| Otros | 2 | 7 | 0 | 0 |
| Riesgos y otras alertas | 20 | 28 | 31 | 43 |
| Total | 103 | 309 | 97 | 194 |

* Incluye un botulismo

Distribución espacial

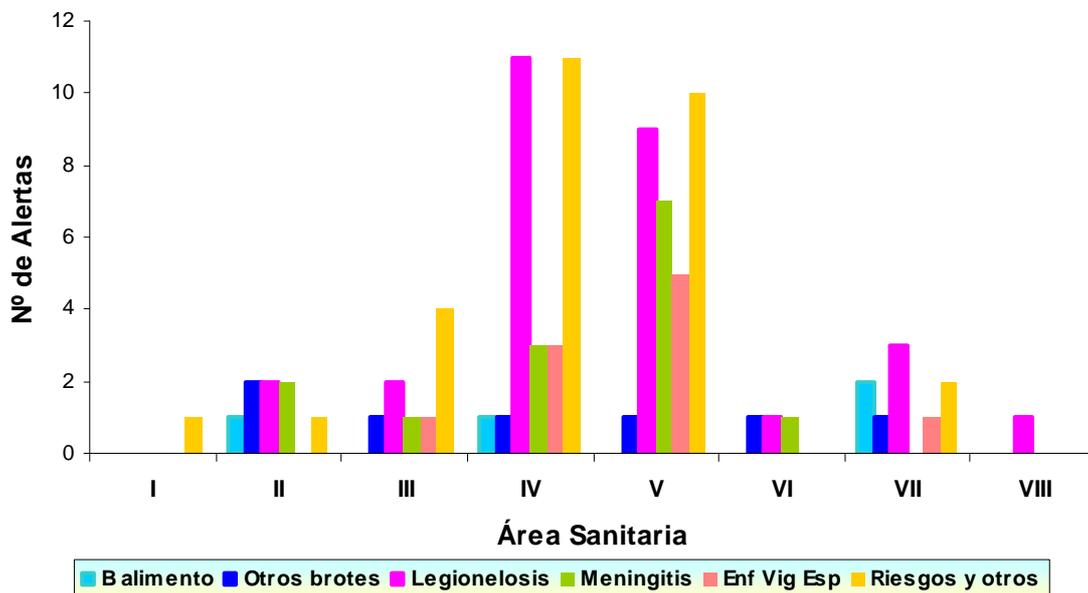
El mayor número de alertas ocurrieron en las zonas centrales más pobladas, un 33% en el Área V y un 31% en el Área IV. Considerando la población, la mayor incidencia corresponde al Área II (26 alertas por 100.000 h), seguida de las Áreas VII y V (13 y 11 alertas por 100.000 h respectivamente).

En la siguiente tabla se muestra la incidencia para cada grupo de alertas por Área Sanitaria y en el gráfico se representa el número de alertas por Área y tipo.

Tabla 2: Incidencia de alertas por Área Sanitaria. Asturias 2010.

| Tipo de Alerta | Área Sanitaria | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------|-------|------|------|-------|------|-------|------|----------|
| | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Asturias |
| Brotos por alimento | 0,00 | 3,29 | 0,00 | 0,29 | 0,00 | 0,00 | 2,90 | 0,00 | 0,37 |
| Otros brotes | 0,00 | 0,00 | 0,64 | 0,88 | 1,65 | 0,00 | 1,45 | 0,00 | 1,11 |
| Legionelosis | 0,00 | 6,58 | 1,28 | 3,22 | 2,97 | 1,87 | 4,35 | 1,24 | 2,67 |
| Meningitis | 0,00 | 6,58 | 0,64 | 0,88 | 2,31 | 1,87 | 0,00 | 0,00 | 1,29 |
| Enf Vigilancia Especial | 0,00 | 6,58 | 0,64 | 0,29 | 0,33 | 1,87 | 1,45 | 0,00 | 0,65 |
| Riesgos y otros | 2,01 | 3,29 | 2,57 | 3,22 | 3,30 | 0,00 | 2,90 | 0,00 | 2,77 |
| Total | 2,01 | 26,30 | 5,78 | 8,77 | 10,56 | 5,61 | 13,05 | 1,24 | 8,85 |

Gráfico 2: N° de Alertas por Área Sanitaria y tipo. Asturias 2010.



Distribución temporal

La notificación media de alertas por mes fue de 8. En los meses de octubre a diciembre se concentraron el mayor número de alertas. En junio también se superó ampliamente el número medio de notificaciones

En los siguientes gráficos se muestra el índice estacional del conjunto de alertas registradas en Asturias en el año 2010 y la distribución por mes de notificación y categoría.

Gráfico 3: Índice estacional. Asturias. 2010

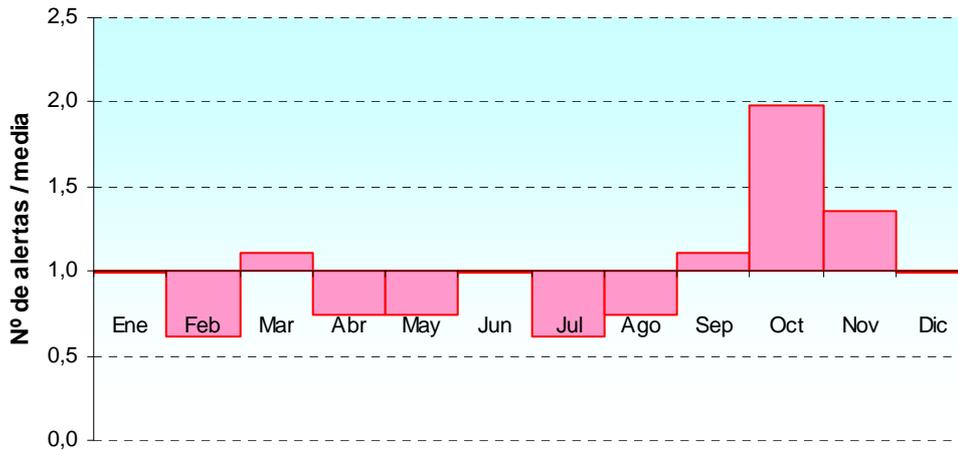
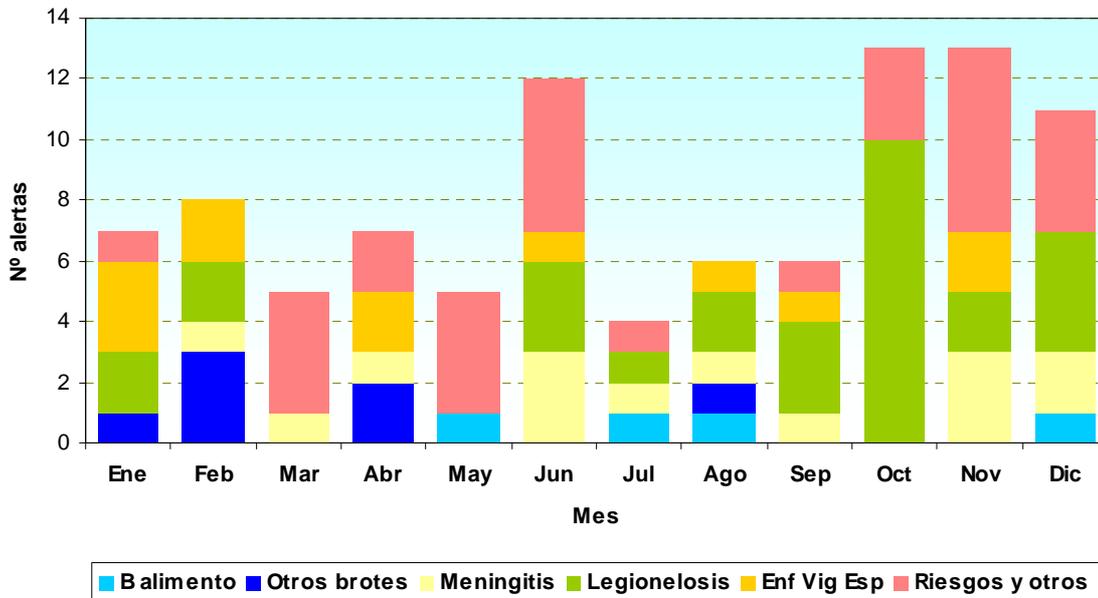


Gráfico 4: Alertas. Mes de notificación y categoría. Asturias. 2010



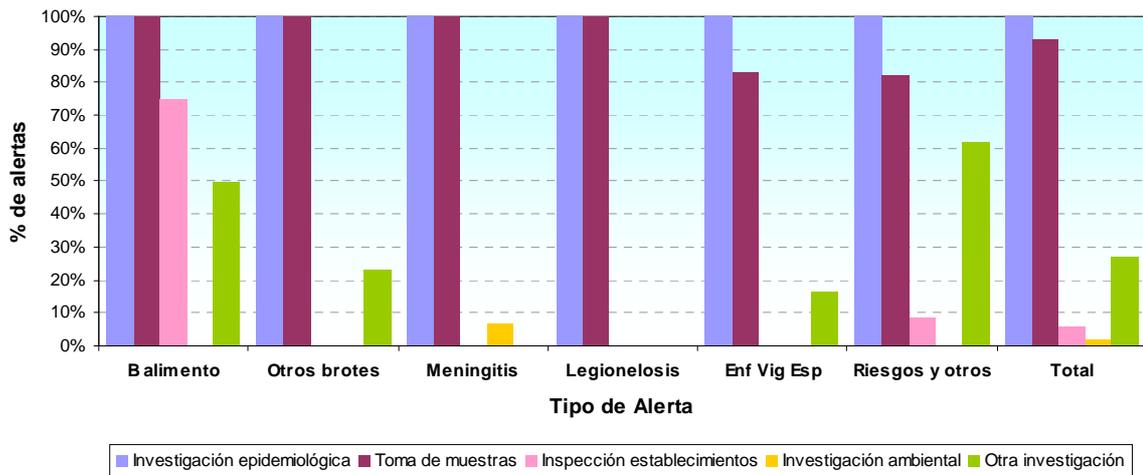
Actuaciones realizadas

Se realizó **investigación epidemiológica** en el 100% de las alertas y se tomaron muestras para análisis en el 93% de los casos, con resultados positivos en el 88% de alertas. Sólo se realizó inspección de algún establecimiento presuntamente implicado en el 6% de las alertas. La Investigación ambiental se realizó también con escasa frecuencia: 2% de alertas investigadas.

De media se tomaron 1,6 muestras para análisis en cada alerta. Se analizaron muestras de **enfermos** en el 94% de las alertas, resultando positivas el 78% de ellas. La toma de muestras en personas sanas o manipuladoras fue excepcional al igual que la toma de muestras de alimentos, agua o del entorno.

En el siguiente gráfico se muestran las actuaciones realizadas para cada tipo de alerta.

Gráfico 5: Actuaciones por tipo de alerta. Asturias 2010

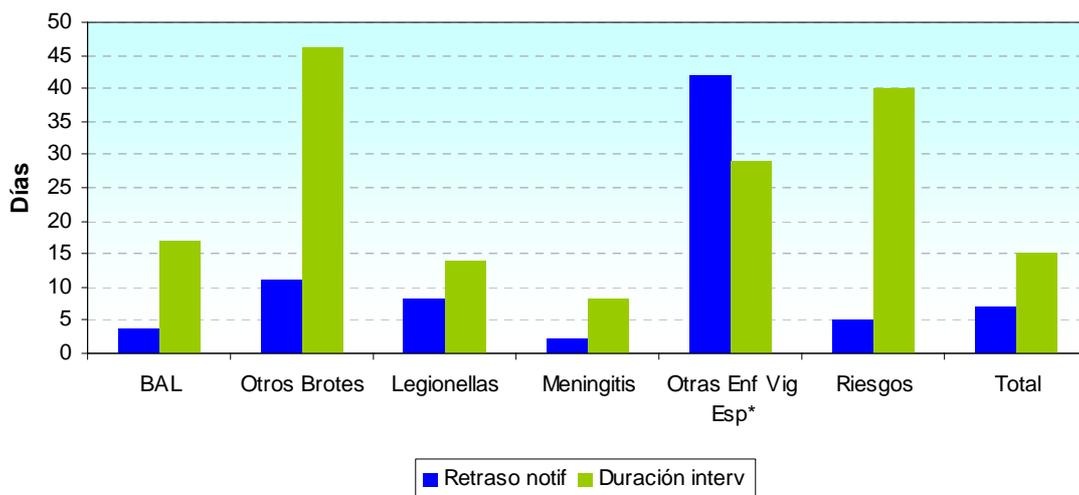


Tiempos de respuesta del sistema

El **retraso de la notificación**, considerado como el tiempo transcurrido entre el “inicio” de la alerta (definido por el momento de la exposición cuando se conoce o por la fecha de inicio de los síntomas) y la fecha en que se notifica al Sistema de Alertas, presenta una mediana de 7 días para el conjunto de Alertas. Sin embargo, hay diferencias según el tipo de alerta. Así, mientras que para la meningitis y los brotes por alimento la mediana es de 2 y 3,5 días, llega a ser de 11 días para los brotes no alimentarios y de 42 días para las enfermedades de vigilancia especial.

La **duración de la intervención** definida como el tiempo transcurrido entre la notificación y cierre de la alerta (momento en que ha cesado el riesgo, no se espera la aparición de nuevos casos y se han completado las investigaciones básicas necesarias) es máxima para los brotes no alimentarios (mediana de 46 días) y riesgos (mediana de 40 días). Las enfermedades de vigilancia especial como la meningitis y legionellas requieren intervenciones más cortas (mediana de 8 y 14 días respectivamente).

Gráfico 6: Retraso de la notificación y duración de la intervención por tipo de alerta. Asturias 2010

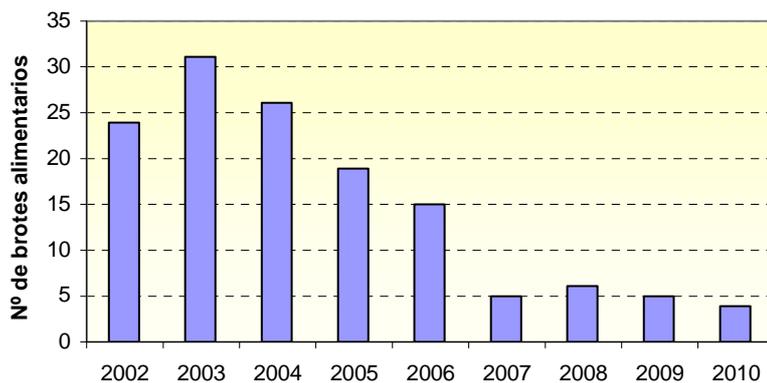


3.2 BROTES ALIMENTARIOS

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.

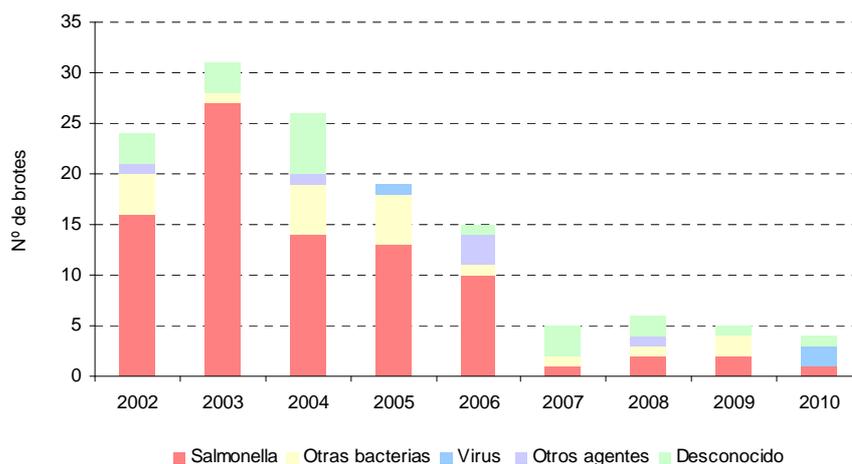
En el año 2010 se registraron 4 brotes por alimento y ninguna de las otras enfermedades. Desde el año 2003, en que se registraron 31 brotes por alimento con 343 afectados, el descenso ha sido paulatino y especialmente marcado en 2007, estabilizándose desde entonces en un promedio de 5 brotes por año.

Gráfico 7: Brotes alimentarios. Nº de brotes. Asturias 2002-2010



Aunque han disminuido los brotes por alimento de todas las etiologías, es llamativo el descenso experimentado por los brotes causados por Salmonella. Ello está en relación con la vacunación obligatoria preventiva frente a Salmonella aviar que se realiza durante la fase de cría de las futuras gallinas ponedoras, en el marco del programa nacional de control de la salmonelosis del Ministerio de Medio Ambiente (ganadería) fijado en el año 2006.

Gráfico 8: Brotes alimentarios. Nº de brotes por agente etiológico. Asturias 2002-2010



Nº alertas. Nº de casos

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.

Se ha venido observando un claro descenso en el número de brotes alimentarios desde el año 2003, de tal modo que, en la actualidad y de modo estable desde el año 2007, se registran seis veces menos brotes por alimento. Asimismo, el número de afectados y de personas que requieren hospitalización también disminuyó de manera llamativa. Desde 2004 no se registra ningún fallecimiento relacionado con estos brotes.

Tabla 3: Brotes alimentarios. Asturias 2002- 2010. Nº y tasa de casos, hospitalizaciones y defunciones.

| B alimento | Brotes | | Casos | | Hospitalizaciones | | Defunciones | |
|--------------|------------|------------|--------------|-------------|-------------------|------------|-------------|-------------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| 2002 | 24 | 2,2 | 355 | 33,1 | 38 | 3,5 | 0 | 0,00 |
| 2003 | 31 | 2,9 | 343 | 31,9 | 76 | 7,1 | 2 | 0,19 |
| 2004 | 26 | 2,4 | 398 | 37,1 | 46 | 4,3 | 1 | 0,09 |
| 2005 | 19 | 1,8 | 404 | 37,5 | 19 | 1,8 | 0 | 0,00 |
| 2006 | 15 | 1,4 | 105 | 9,8 | 13 | 1,2 | 0 | 0,00 |
| 2007 | 5 | 0,5 | 29 | 2,7 | 3 | 0,3 | 0 | 0,00 |
| 2008 | 6 | 0,6 | 85 | 7,9 | 4 | 0,4 | 0 | 0,00 |
| 2009 | 5 | 0,5 | 50 | 4,6 | 14 | 1,3 | 0 | 0,00 |
| 2010 | 4 | 0,4 | 53 | 4,9 | 8 | 0,7 | 0 | 0,00 |
| TOTAL | 135 | 1,6 | 1.822 | 21,2 | 227 | 2,6 | 3 | 0,03 |

Distribución temporal

Los brotes por alimento aparecen principalmente en los meses de verano en relación con las temperaturas más elevadas. Sin embargo, en los últimos años, dado el escaso número de brotes, se pierde este patrón. En los siguientes gráficos se muestran estos datos.

Gráfico 9: Nº de brotes alimentarios por mes y año. Asturias 2002-2010



Gráfico 10: Brotes por alimento. Asturias 2010 Índice epidémico



Distribución espacial

Dos de los 4 brotes alimentarios ocurrieron en el Área VII, 1 brote se localizó en el Área II y un último brote en el Área IV. En el resto de Áreas sanitarias no se notificó ningún brote.

De modo global desde el 2002, la mayor parte de brotes por alimento (el 40%) ocurrieron en el Área IV. Sin embargo, la incidencia acumulada por Área más elevada corresponde al Área I con una media anual de 2,4 brotes por 100.000 h para el periodo 2002-2010.

Gráfico 11: Distribución de brotes por Área Sanitaria Asturias 2002-2010

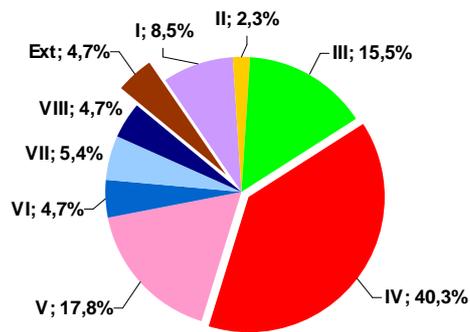
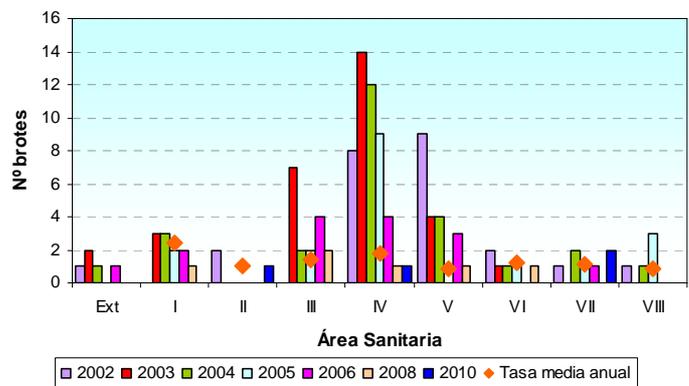


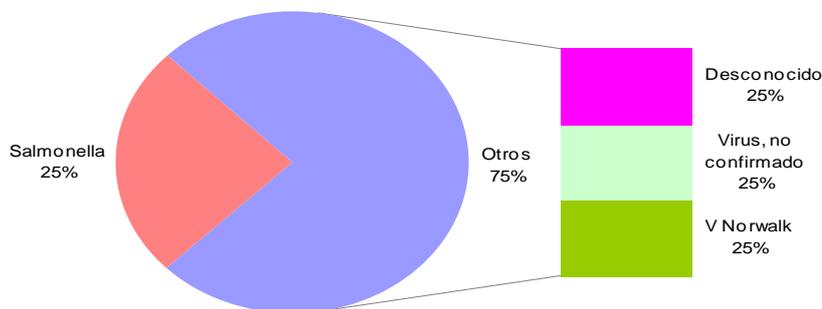
Gráfico 12: Nº de brotes por Área Sanitaria y año Asturias, 2002-2010



Agente causal

Sólo se confirmó el agente causal en dos de los cuatro brotes registrados. En uno de ellos se aisló *S enteritidis* tanto en los afectados como en los alimentos implicados y en el otro se sospechaba etiología vírica identificándose calicivirus en el coprocultivo de uno de los casos.

Gráfico 13: BAL. Asturias 2010. Agente etiológico



Factores contribuyentes y medidas adoptadas

En todos los brotes se identificaron como factores contribuyentes malas prácticas de elaboración de la comida, problemas de manipulación e higiene.

En 3 de los 4 brotes estaba implicado algún establecimiento público (restaurante), por lo que se realizó inspección de los mismos, y en uno se realizó estudio de manipuladores.

Lugar de contaminación y consumo

El lugar de consumo del alimento implicado fue un Restaurante/hotel en 3 de los 4 brotes y el hogar privado en otro. Con respecto al lugar de contaminación del alimento, no fue posible identificarlo en dos de los brotes.

3.3 OTROS BROTES.

Incidencia. Nº de afectados. Letalidad

En el año 2010 se investigaron en Asturias un total de 7 alertas de esta categoría. No se produjo ninguna alerta relacionada con transmisión hídrica, por zoonosis, fómites, sangre o derivados, medicación, aparataje o intervención médica, intoxicación química, así como brote psicógeno alguno. Con respecto a 2009, se produjo un descenso en estas alertas de un 42%.

Se registraron 3 brotes de *transmisión personal*, lo cual supone una reducción de este tipo de brotes del 57% con respecto a 2009. Se registraron, además, 2 brotes de transmisión aérea, 1 brote por agentes físicos y 1 brote por artrópodos.

El mayor número de afectados ocurrió en un brote de lipoatrofia semicircular en relación con campos electromagnéticos que ocurrió en una empresa del Área III y ocasionó 14 enfermos.

La tasa de incidencia global de afectados por este tipo de brotes fue de 4 casos por 100.000 h para este año, inferior a la de 2009 (16 casos por 100.000 h). Requirieron hospitalización 16 casos del total (10 casos correspondieron a personas ingresadas formando parte de dos brotes nosocomiales de gastroenteritis de etiología vírica). No se produjo ningún fallecimiento. Estos datos se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 4. Otros Brotes. Nº y tasa por 100.000 h Asturias 2010

| Tipo de Brote | Alertas | | Enfermos | | Hospitalizados | | Defunciones | |
|-------------------------------|----------|------------|-----------|------------|----------------|------------|-------------|------------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| Brote de transmisión aérea | 2 | 0,2 | 6 | 0,6 | 6 | 0,6 | 0 | 0,0 |
| Brote por agentes físicos | 1 | 0,1 | 14 | 1,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Brote de transmisión personal | 3 | 0,3 | 19 | 1,8 | 10 | 0,9 | 0 | 0,0 |
| Brote por artrópodos | 1 | 0,1 | 4 | 0,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 7 | 0,7 | 43 | 4,1 | 16 | 1,5 | 0 | 0,0 |

Distribución Espacial

De modo global, la mayor tasa de incidencia (6,3 brotes por 100.000 h) se registró en el Área II, con 2 brotes (28%). En todas las demás Áreas, la tasa de incidencia fue inferior a 2 brotes por 100.000 h. No se notificó ninguna alerta de este tipo en las Áreas I y VIII.

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

Tabla 5. Distribución de otros brotes epidémicos por área sanitaria. Asturias 2010. Tasa incidencia por 100.000 h.

| Tipo de Brote | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Total |
|-----------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| B tr aérea | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| B por agentes físicos | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| B tr personal | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| B artrópodos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 7 |
| % | 0% | 28,5% | 14,3% | 14,3% | 14,3% | 14,3% | 14,3% | 0% | 100% |
| Tasa | 0,0 | 6,3 | 0,6 | 0,3 | 0,3 | 1,9 | 1,4 | 0,0 | 0,7 |

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

Gráfico 14 .Otros brotes. Asturias. Distribución por Área Sanitaria y año (2006-2010).

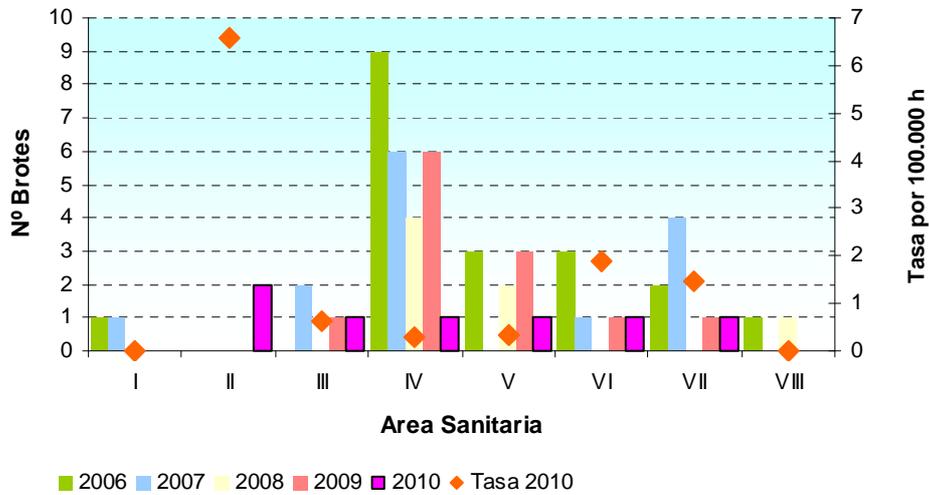
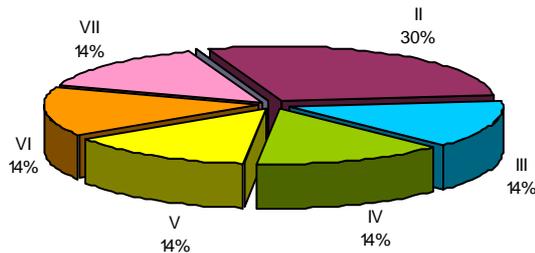


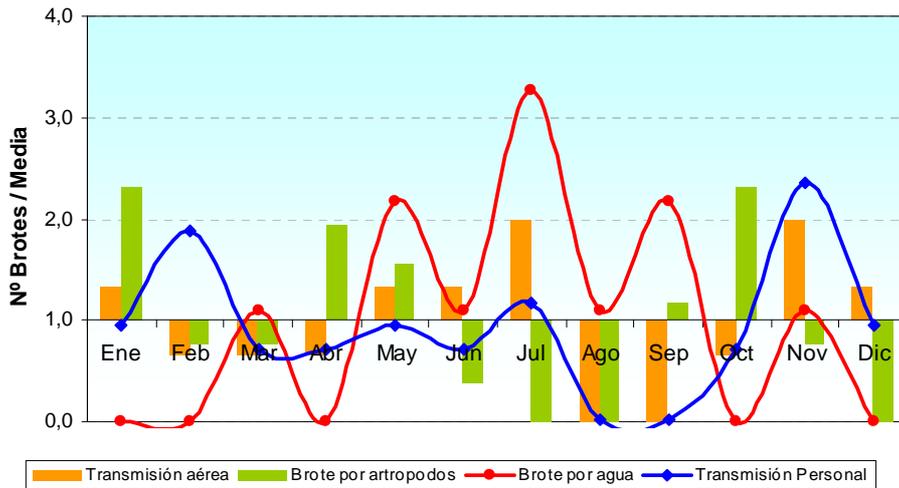
Gráfico 15: Otros brotes. Distribución por Área Sanitaria. Asturias 2010



Distribución Temporal

Los brotes no alimentarios registrados en 2010 no siguieron una distribución temporal específica, lo cuál puede estar en relación con el escaso número de brotes notificados. Sin embargo, en el acumulado de brotes no alimentarios desde 2002 se observa como los brotes de transmisión hídrica se produjeron con mayor frecuencia en los meses de verano (de mayo a septiembre), así como los de transmisión personal en los meses fríos de invierno (noviembre y febrero).

Gráfico 16. Otros brotes epidémicos. Índice Estacional. Asturias 2002-2010



Agentes Causales

Los brotes de transmisión personal estuvieron causados por virus y *Salmonella*. Los brotes de transmisión respiratoria correspondieron a tuberculosis pulmonares. El único brote por artrópodos registrado correspondió a *P capitis*. Un brote por agentes físicos estuvo causado por campos electromagnéticos en el lugar de trabajo.

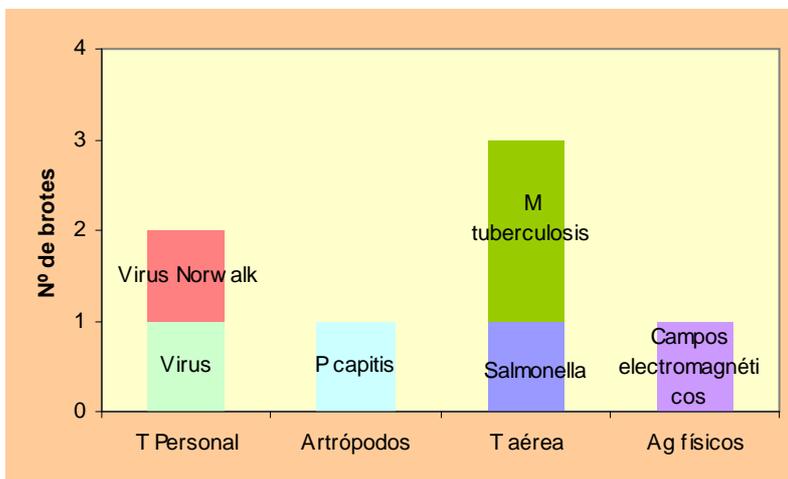
En la siguiente tabla se muestra la etiología para cada tipo de brote según mecanismo de transmisión.

Tabla 6: Brotes no alimentarios. Agente etiológico por tipo de brote. Asturias 2010.

| Agente causal | B aérea | B personal | B ag físicos | B artrópodos | TOTAL |
|--------------------------|----------|------------|--------------|--------------|----------|
| Virus | | 1 | | | 1 |
| V Norwalk | | 1 | | | 1 |
| Salmonella | | 1 | | | 1 |
| M tuberculosis | 2 | | | | 2 |
| P capitis | | | | 1 | 1 |
| Campos electromagnéticos | | | 1 | | 1 |
| TOTAL | 2 | 3 | 1 | 1 | 7 |

En todos los brotes se confirmó el diagnóstico excepto en un brote de transmisión personal en el que se sospechó etiología vírica. El siguiente gráfico representa la implicación de cada agente causal en el total de brotes.

Gráfico 17. Otros brotes. Etiología. Asturias 2010



Lugar implicado

Los brotes de transmisión personal ocurrieron 2 en instalaciones sanitarias y 1 en una escuela infantil. Los dos brotes de transmisión aérea se circunscribieron al hogar privado. El brote por artrópodos ocurrió en una escuela y el brote por agentes físicos en un establecimiento colectivo.

3.8.2.1 Brotes de transmisión aérea

Durante 2010, se registraron 2 brotes con este mecanismo de transmisión. Los dos correspondieron a brotes familiares de tuberculosis.

Tabla 7: Brotes de transmisión aérea. Asturias 2010.

| Tipo de brote | Nº de casos | Hospitalizaciones | Fallecidos | Concejo | Etiología | Área |
|-----------------------|-------------|-------------------|------------|---------------|----------------|------|
| Tuberculosis pulmonar | 3 | 3 | 0 | Gijón | M tuberculosis | V |
| Tuberculosis pulmonar | 3 | 3 | 0 | Cangas Narcea | M tuberculosis | II |

3.8.2.2. Brotes de transmisión personal

En 2010 se registraron en Asturias 3 brotes con transmisión persona-persona como mecanismo fundamental de contagio. Esto supone un descenso relativo de este tipo de brotes con respecto al año previo de un 57%. La etiología fue vírica en 2 de los 3 brotes y por Salmonella en el tercero.

- Los brotes de GEA por virus correspondieron a dos instalaciones sanitarias.
- El brote de GEA por Salmonella ocurrió en una escuela infantil.

En total, causaron 19 casos (tasa de 1,8 casos por 100.000 h), 10 casos correspondieron a pacientes hospitalizados, formando parte de dos brotes nosocomiales. No se registraron defunciones.

A continuación se describen los brotes de transmisión personal:

Tabla 8: Brotes de transmisión personal. Asturias 2010.

| Semana | Etiología | Cuadro clínico | Nº casos | Hosp | Concejo | Área | Lugar |
|--------|---------------|----------------|----------|------|---------------|------|------------------|
| 6 | Virus | GEA | 9 | 4 | Oviedo | IV | I sanitaria |
| 8 | Virus Norwalk | GEA | 6 | 6 | Ariondas | VI | I sanitaria |
| 14 | Salmonella | GEA | 4 | 0 | Cangas Nárcea | II | Escuela infantil |

Como medidas adoptadas, en todos estos brotes se realizó educación sanitaria y recomendaciones higiénicas. Otra medida adoptada en la mayoría de estos brotes fue el aislamiento de los enfermos.

3.8.2.3 Brotes por artrópodos

Se registró un brote por artrópodos: una pediculosis en una escuela.

Tabla 9. Brotes por artrópodos. Asturias. 2010

| Tipo brote | Semana | Concejo | Área | Territorio epidémico | Nº casos | Medidas adoptadas |
|-------------|--------|---------|------|----------------------|----------|-------------------------------|
| Pediculosis | 5 | Mieres | VII | Escuela | 4 | Recomendaciones y Tratamiento |

3.4 MENINGITIS

Nº de alertas. Nº de casos.

Este grupo de alertas incluye la Enfermedad meningocócica (sujeta a Declaración Obligatoria), la Enfermedad invasiva por *H. influenzae* y las meningitis infecciosas sin especificar. En todas ellas, un caso aislado es una alerta, por lo que coincide el número de alertas con el número de afectados, ya que no se registró ningún brote de meningitis en el periodo analizado.

Tabla 10: Meningitis. Nº de alertas y Nº de afectados por año. Asturias 2010

| Tipo de alerta | 2010 | |
|----------------------------------------|-----------|-----------|
| | Nº | Afectados |
| Enfermedad meningocócica | 11 | 11 |
| Enf. invasiva por <i>H. influenzae</i> | 0 | 0 |
| Meningitis infecciosa sin especificar | 3 | 3 |
| Total | 14 | 14 |

Con respecto a las alertas por enfermedad meningocócica, señalar una disminución llamativa con respecto a la mediana del quinquenio anterior que fue de 22 alertas por año. Las alertas por meningitis infecciosas de otra etiología han disminuido con respecto a 2006 en un 81%.

El número de hospitalizaciones, dada la gravedad y alarma social que genera la meningitis de cualquier causa, fue del 100% de los casos. La letalidad de la enfermedad meningocócica en el año 2010 fue de un 18,2%. No se registró ningún fallecimiento en meningitis infecciosas de otro tipo. Estos datos se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 11: Nº de casos, hospitalizaciones y defunciones por tipo de meningitis. Asturias 2002-2010.

| Meningitis | Casos | | Hospitalizados | | Fallecidos | |
|----------------------------------------------|------------|------------|----------------|------------|------------|-------------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| Enfermedad meningocócica | | | | | | |
| 2002 | 31 | 2,9 | 31 | 2,9 | 1 | 0,09 |
| 2003 | 18 | 1,7 | 18 | 1,7 | 1 | 0,09 |
| 2004 | 15 | 1,4 | 15 | 1,4 | 3 | 0,28 |
| 2005 | 24 | 2,3 | 24 | 2,3 | 5 | 0,47 |
| 2006 | 22 | 2,0 | 20 | 1,9 | 2 | 0,19 |
| 2007 | 22 | 2,1 | 22 | 2,1 | 2 | 0,19 |
| 2008 | 31 | 2,9 | 31 | 2,9 | 2 | 0,19 |
| 2009 | 21 | 1,9 | 21 | 1,9 | 3 | 0,28 |
| 2010 | 11 | 1,0 | 11 | 1,0 | 2 | 0,18 |
| Total | 195 | 2,0 | 193 | 2,0 | 21 | 0,22 |
| Meningitis infecciosa sin especificar | | | | | | |
| 2002 | 14 | 1,3 | 14 | 1,3 | 0 | 0,0 |
| 2003 | 11 | 1,0 | 11 | 1,0 | 0 | 0,0 |
| 2004 | 11 | 1,0 | 11 | 1,0 | 0 | 0,0 |
| 2005 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 0 | 0,0 |
| 2006 | 16 | 1,5 | 15 | 1,4 | 0 | 0,0 |
| 2007 | 6 | 0,6 | 6 | 0,6 | 0 | 0,0 |
| 2008 | 3 | 0,3 | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 |
| 2009 | 2 | 0,2 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 |
| 2010 | 3 | 0,3 | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 |
| Total | 74 | 0,8 | 73 | 0,7 | 0 | 0,0 |

Distribución temporal

La enfermedad meningocócica sigue un patrón estacional típico con predominio a finales de invierno y comienzos de la primavera.

En el gráfico 18 se representa el índice estacional global de las meningitis para el año 2009, mostrándose en el gráfico 19, por tipo de meningitis.

Gráfico 18: Meningitis. Asturias 2010. Índice estacional

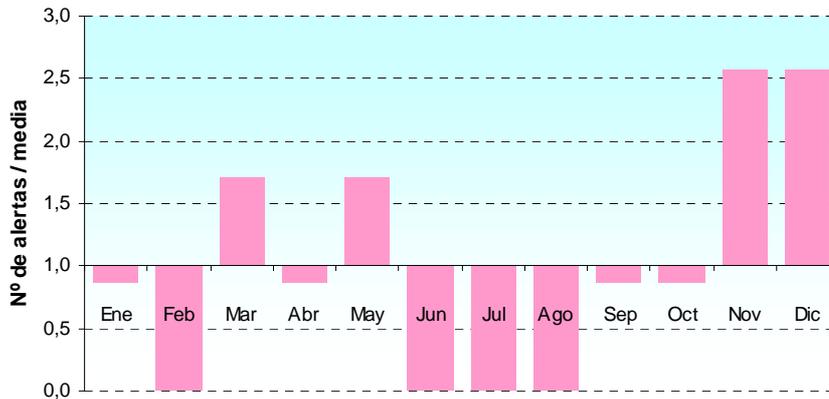
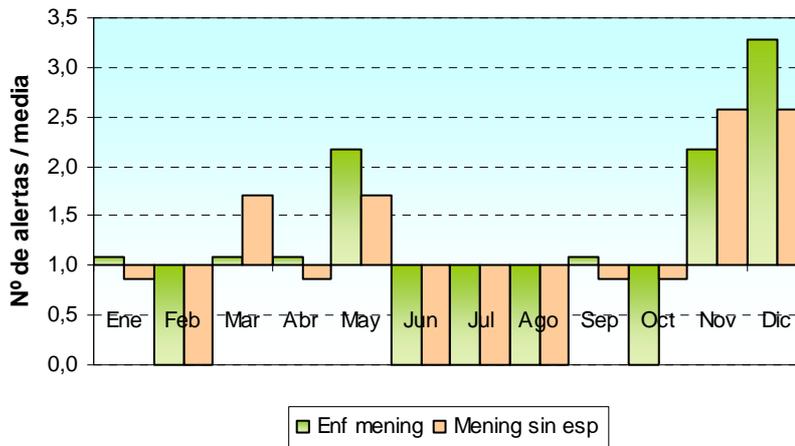


Gráfico 19: Índice estacional por tipo de meningitis. Asturias 2010

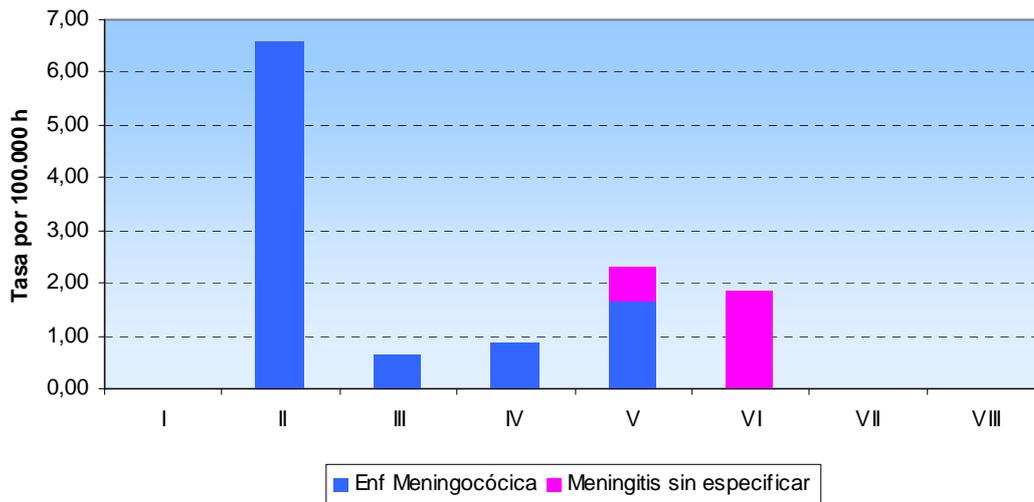


Distribución espacial

La incidencia anual más elevada de meningitis en Asturias, durante el año 2010, correspondió al Área II con 6,6 casos por 100.000 h, seguida a distancia por el Área V (2,3 casos por 100.00 h), siendo la tasa media para Asturias en dicho periodo de 1,3 casos por 100.000 h.

En las Áreas I, VII y VIII no se registró ninguna alerta por meningitis. En todas las Áreas en las que hubo casos, con excepción del Área VI, la incidencia de la Enfermedad meningocócica fue claramente superior a la de las meningitis de otra etiología. Estos datos se muestran en el siguiente gráfico.

Gráfico 20: Tasa de incidencia anual por Área Sanitaria. Asturias 2010

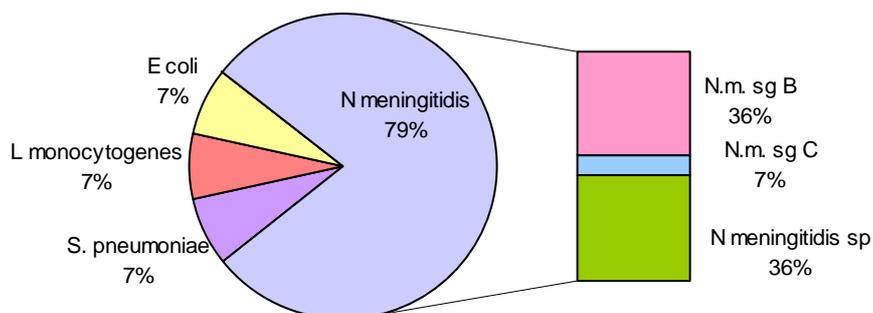


Agente causal

La Enfermedad meningocócica estuvo causada en 5 casos (45,5%) por *N meningitidis* del serogrupo B, en otros 5 casos por *N meningitidis* sp (en 4 de ellos no se confirmó microbiológicamente el agente causal) y en 1 caso (9,1%) por *N meningitidis* serogrupo C.

Las Meningitis sin especificar correspondieron a una *E coli*, un *S pneumoniae* y una *L monocytogenes*. De modo global, desde el año 2002, las meningitis de otra etiología están causadas en el 50% de casos por virus y en una cuarta parte por *S pneumoniae*.

Gráfico 21: Alertas de meningitis. Asturias 2010. Agente causal



Lugar implicado

En una tercera parte de meningitis se identificó un colectivo implicado que fue la escuela/guardería en todos los casos. Todos los demás se circunscribieron al hogar privado.

3.5 LEGIONELOSIS

Se incluyen en este apartado los casos aislados, los casos asociados y los brotes de legionella.

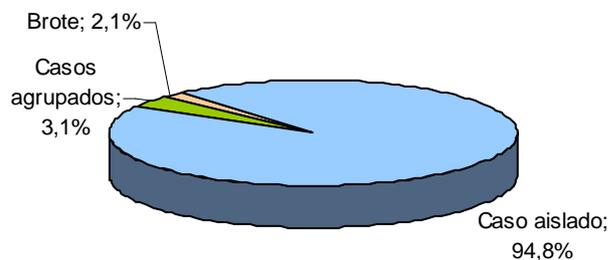
- Se define **caso esporádico o aislado** de legionelosis cuando se identifica un caso sin relación epidemiológica con ningún otro caso.
- El término **Casos relacionados o asociados** hace referencia a la aparición de dos o más casos, ocurridos en un intervalo de tiempo superior a 6 meses, en personas que hayan frecuentado un mismo lugar en los 2 a 10 días anteriores a los primeros síntomas.
- Definimos **brote** como la aparición de dos o más casos ocurridos en un intervalo de tiempo inferior a 6 meses, en personas que hayan frecuentado un mismo lugar en los 2 a 10 días anteriores a los primeros síntomas

Nº de casos. Nº de alertas. Incidencia

En el año 2010 se registraron 29 alertas por *Legionella pneumophila*, y las 29 fueron clasificadas como casos aislados.

Desde el año 2002, el 94,8% de las alertas por legionelosis en Asturias correspondieron a casos aislados, el 2,1% a brotes y el 3,1% restante se relacionaron con casos agrupados.

Gráfico 22: Legionelosis. Asturias 2002-2010. Forma de presentación



El número total de enfermos fue de 29, lo que supone una tasa de incidencia de 2,7 casos por 100.000 h.

Durante 2010 se produjo el fallecimiento de 2 casos, lo que supone una letalidad de un 6,9%, cifra en concordancia con la letalidad media del periodo 2002-2009.

En la siguiente tabla se muestran estos datos.

Tabla 12: Legionelosis. Nº de casos, hospitalizaciones y defunciones. T incidencia por 100.000 h. Asturias 2002-2010.

| Año | Alertas | Casos | | Hospitalizados | | Fallecidos | |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|----------------|------------|------------|-------------|
| | Nº | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| Casos aislados legionelosis | | | | | | | |
| 2002 | 29 | 29 | 2,7 | 29 | 2,7 | 1 | 0,09 |
| 2003 | 26 | 26 | 2,4 | 26 | 2,4 | 0 | 0,00 |
| 2004 | 26 | 26 | 2,4 | 26 | 2,4 | 2 | 0,19 |
| 2005 | 22 | 26 | 2,4 | 22 | 2,0 | 4 | 0,37 |
| 2006 | 46 | 47 | 4,4 | 43 | 4,0 | 1 | 0,09 |
| 2007 | 31 | 31 | 3,0 | 30 | 2,8 | 1 | 0,09 |
| 2008 | 30 | 30 | 2,8 | 29 | 2,7 | 3 | 0,28 |
| 2009 | 35 | 35 | 3,2 | 35 | 3,2 | 7 | 0,67 |
| 2010 | 29 | 29 | 2,7 | 29 | 2,7 | 2 | 0,18 |
| Total | 274 | 279 | 2,9 | 269 | 2,8 | 21 | 0,22 |
| Casos asociados legionelosis | | | | | | | |
| 2002 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 2003 | 1 | 2 | 0,2 | 2 | 0,2 | 0 | 0,00 |
| 2004 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 2005 | 4 | 6 | 0,6 | 6 | 0,6 | 1 | 0,09 |
| 2006 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 2007 | 4 | 4 | 0,4 | 4 | 0,4 | 0 | 0,00 |
| 2008 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 2009 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 2010 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| Total | 9 | 12 | 0,1 | 12 | 0,1 | 1 | 0,01 |
| Brotos legionelosis | | | | | | | |
| 2002 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 2003 | 4 | 28 | 2,6 | 28 | 2,6 | 0 | 0,00 |
| 2004 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 2005 | 1 | 6 | 0,6 | 6 | 0,6 | 0 | 0,00 |
| 2006 | 1 | 3 | 0,3 | 3 | 0,3 | 1 | 0,09 |
| 2007 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 2008 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 2009 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| 2010 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,00 |
| Total | 6 | 37 | 0,4 | 37 | 0,4 | 1 | 0,01 |

Distribución temporal

La legionelosis es una enfermedad de predominio en meses de temperaturas cálidas (verano y otoño), ya que éstas favorecen la replicación del microorganismo.

De modo global desde 2002, las estaciones de verano-otoño son las que presentan el mayor número de casos, siendo los meses de julio a noviembre los que presentan un Índice estacional superior a 1.

Ello se pone de manifiesto en el siguiente gráfico que muestra la distribución mensual del número de alertas de legionelosis desde el año 2006.

Gráfico 23: Legionelosis. Asturias 2006-2010. Distribución mensual por año de diagnóstico.

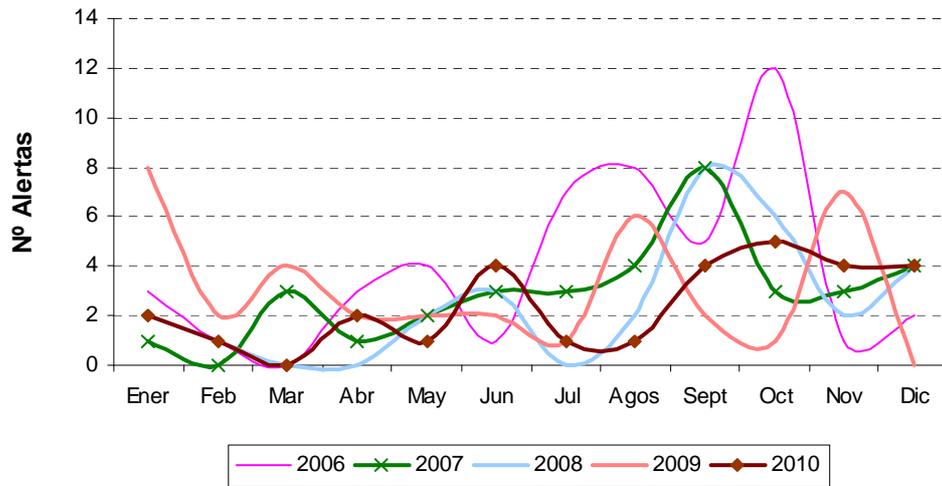
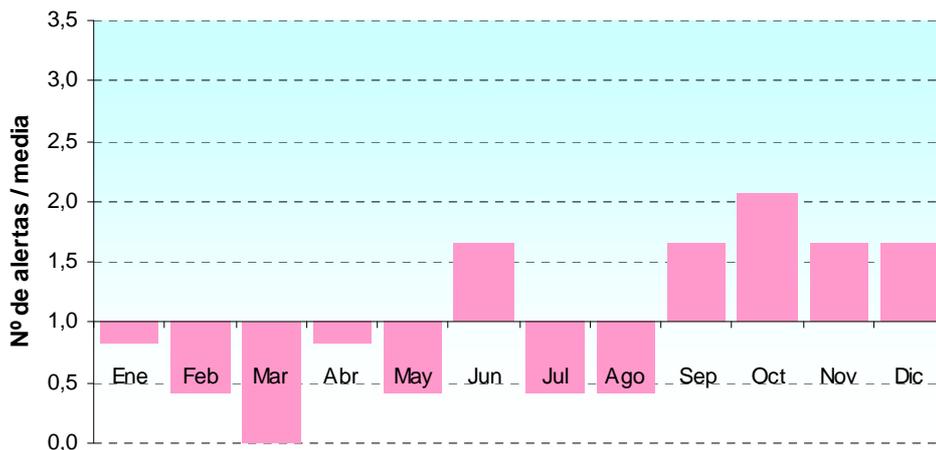


Gráfico 24: Legionelosis. Asturias 2010. Índice estacional.

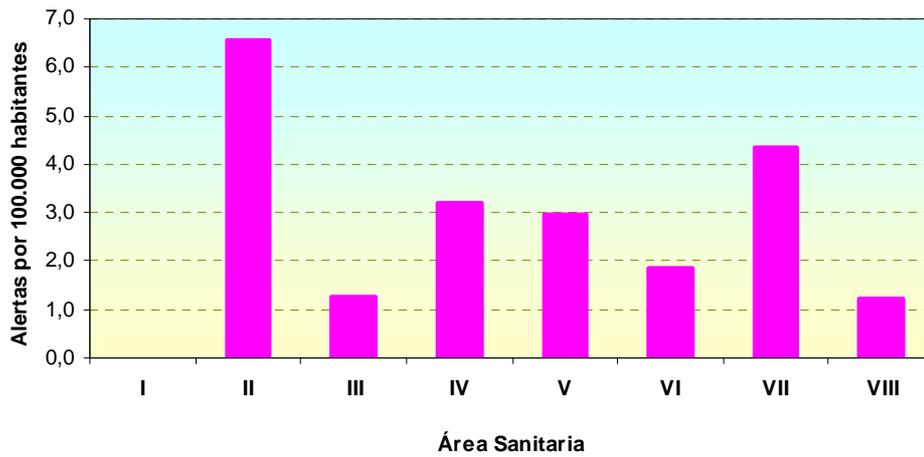


Distribución espacial

La mayor incidencia de alertas correspondió al Área II que con 2 casos tuvo una tasa de 6,6 casos por 100.000 h, tasa que duplica la media para la población de Asturias. Le siguen las Áreas VII y IV con 4,4 y 3,2 alertas por 100.000 h respectivamente. El mayor número de alertas (37,9%) ocurrió en el Área IV.

En el siguiente gráfico, en que se muestra la tasa de incidencia anual para cada Área Sanitaria, podemos ver estos datos.

Gráfico 25: Legionelosis. Asturias 2010. Tasa de incidencia de alertas por Área Sanitaria.

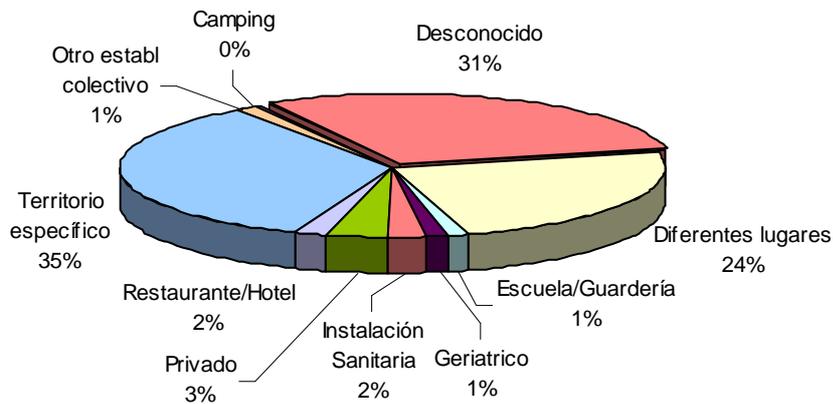


Lugar implicado

En el 40% de casos no se estableció un único lugar de contagio, estando implicados diferentes lugares. El resto de casos se relacionaron con un territorio específico.

De modo global, para el periodo 2002-2010, no fue posible establecer un lugar de contagio en el 30% de los casos.

Gráfico 26: Legionelosis. Casos aislados. Asturias 2002-2010. Lugar implicado



3.6 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 2010 se registraron 33 situaciones de potencial riesgo para la salud de la población, distribuidas en las siguientes categorías:

Tabla 13: Riesgos. Asturias 2010. Nº de alertas. Tasa de incidencia por 100.000 h

| Tipo de alerta | TOTAL | |
|--------------------------------|-----------|------------|
| | Nº | Tasa |
| Riesgo de transmisión aérea | 22 | 2,1 |
| Riesgo de transmisión personal | 2 | 0,2 |
| Riesgo por alimento | 2 | 0,2 |
| Riesgo por sangre | 0 | 0,0 |
| Riesgo químico | 0 | 0,0 |
| Riesgo por zoonosis | 5 | 0,5 |
| Total | 31 | 3,0 |

Es de reseñar que este tipo de alertas habían disminuido llamativamente en el año 2009. Aunque en 2010 aumenta de nuevo el número de estas alertas (1,6 veces con respecto a 2009), no llegan a alcanzarse los valores de años previos (media de casi 40 alertas de este tipo por año en el periodo 2004-2008). La incidencia global de este tipo de alertas fue de 3,0 alertas por 100.000 h.

Los riesgos más frecuentes corresponden a los riesgos de transmisión aérea que representan el 71% del total de riesgos detectados. Este tipo de riesgos han sufrido una disminución marcada desde el año 2007 pero siguen siendo los más frecuentes. Dado que casi 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.

Tabla 14: Riesgos. Asturias 2010. Nº de enfermos y hospitalizados.

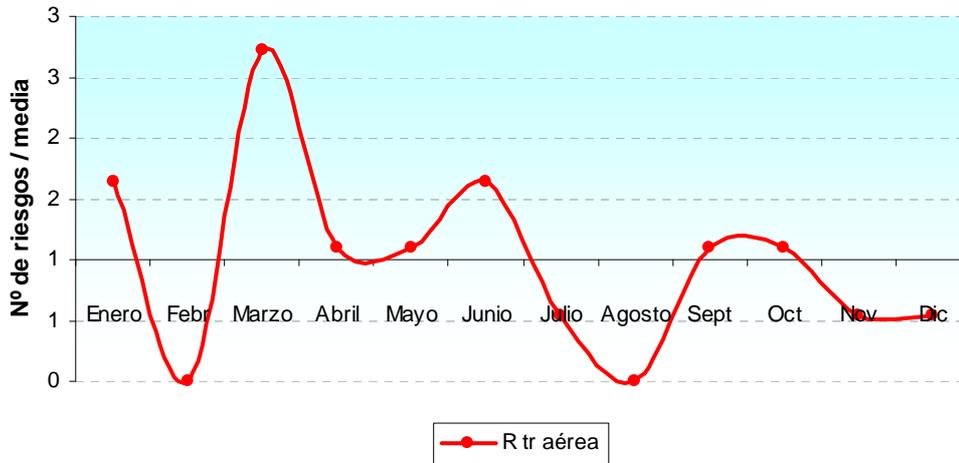
| Tipo de alerta | Enfermos | | Hospitalizados | | Defunciones | |
|--------------------------------|-----------|------------|----------------|------------|-------------|------------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| Riesgo de transmisión aérea | 23 | 2,1 | 18 | 1,7 | 0 | 0,0 |
| Riesgo de transmisión personal | 13 | 1,2 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 |
| Riesgo por alimento | 3 | 0,3 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| Riesgo por zoonosis | 4 | 0,4 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 |
| Total | 43 | 4,0 | 23 | 2,1 | 0 | 0,0 |

Distribución temporal

No existe una clara distribución temporal de los riesgos.

En el siguiente gráfico se muestra el índice estacional de los riesgos de transmisión aérea, dado el escaso número de otros riesgos registrado.

Gráfico 27: Riesgos de transmisión aérea. Asturias 2010. Índice estacional.



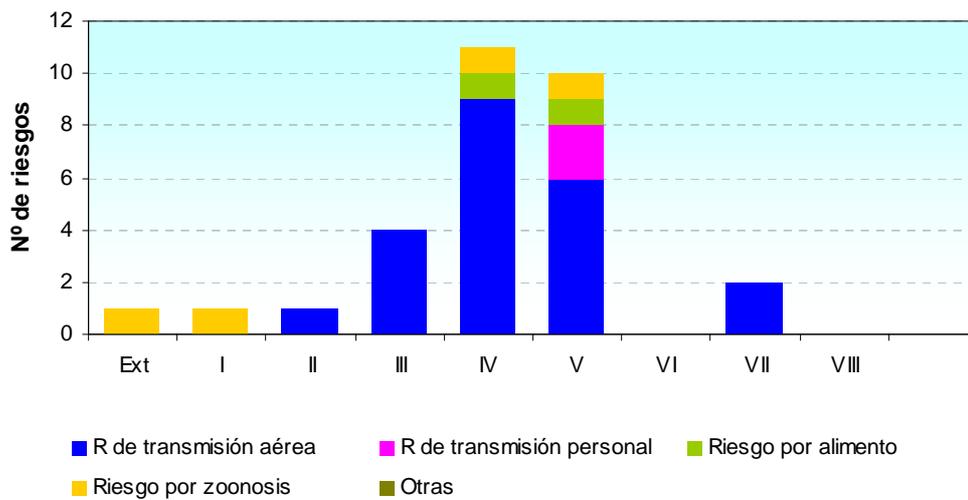
Distribución espacial

El 37,5% de alertas por riesgos de cualquier etiología correspondieron al Área IV. La media para Asturias en este año fue de 3 alertas 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 15: Riesgos. Asturias 2010. Nº por Área Sanitaria y tipo de riesgo.

| Tipo de riesgo | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Ext | TOTAL |
|------------------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| R transmisión aérea | 0 | 1 | 4 | 9 | 6 | 0 | 2 | 0 | 0 | 22 |
| R transmisión personal | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Riesgo por alimento | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Riesgo por zoonosis | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 |
| TOTAL | 1 | 1 | 4 | 11 | 10 | 0 | 2 | 0 | 2 | 31 |
| Tasa por 100.000 h | 2,0 | 3,3 | 2,6 | 3,2 | 3,3 | 0,0 | 2,9 | 0,0 | - | 2,9 |

Gráfico 28. Riesgos. Asturias 2010. Distribución de tipos de riesgo por Área Sanitaria



Agentes causales.

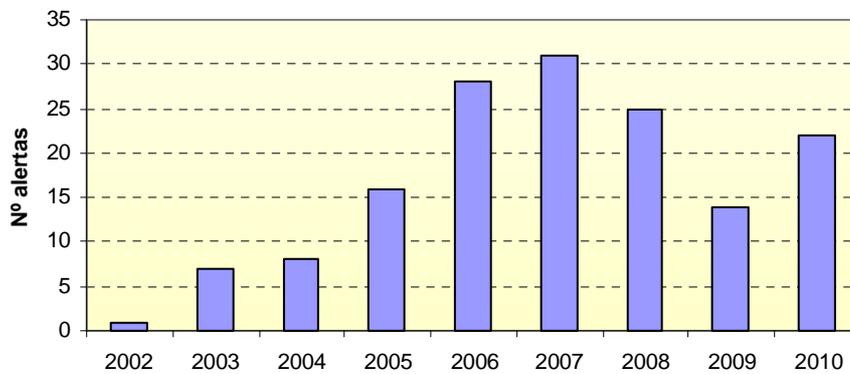
El agente causal se clasifica en función de las diversas categorías de riesgo establecidas a priori.

Riesgos de transmisión aérea:

Todas las alertas de este tipo estuvieron causadas por *Mycobacterium tuberculosis* y todas ellas, excepto dos, correspondieron a casos de tuberculosis pulmonar bacilíferos con riesgo de transmisión a un colectivo. De las dos restantes, una correspondió a un caso no bacilífero en el que se aisló una cepa multirresistente y la otra a un caso no bacilífero perteneciente a un colectivo de especial riesgo.

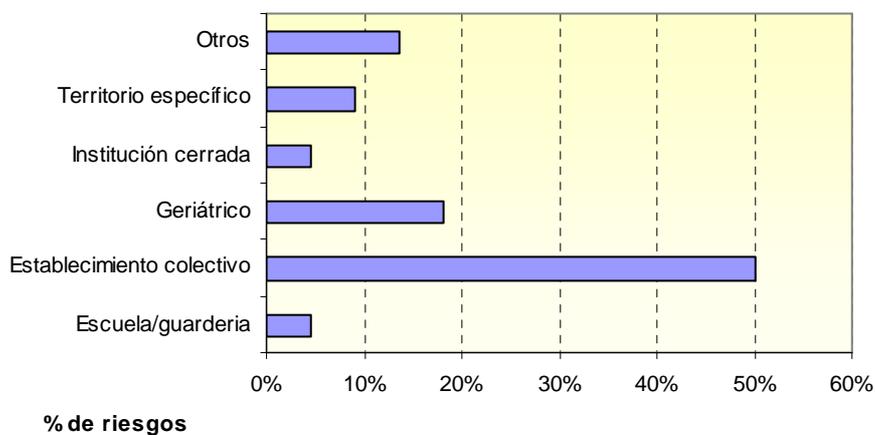
Señalar que este tipo de alerta, que había alcanzado un máximo en 2007, disminuyó en los años posteriores, con un nuevo incremento en 2010

Gráfico 29: Riesgos de transmisión aérea por M. tuberculosis. Asturias 2002-2010



Los colectivos implicados fueron diversos: en la mitad de los casos (11 casos) se vio implicado un establecimiento colectivo; en 4 casos (18,2%) se vio implicada una instalación sanitaria; el resto de alertas se relacionaron con colectivos diversos.

Gráfico 30: Riesgos de transmisión aérea por M. tuberculosis. Asturias 2010.



Las medidas adoptadas fueron en todos los casos la notificación al programa de tuberculosis y el estudio de contactos.

Riesgos por alimento

Durante 2010 se notificaron 2 riesgos por alimento: una gastroenteritis con 2 afectados en relación a un restaurante y con sospecha de *S aureus*; y un caso de lesiones en mucosa oral en relación con la ingesta de agua embotellada obtenida de una máquina expendedora.

Riesgos por transmisión personal

Dos alertas de este tipo, relacionada una de ellas con una agrupación de casos de hepatitis A en la localidad de Gijón y la otra con cinco casos de gastroenteritis de posible etiología vírica en un aula de un instituto de educación secundaria.

Riesgo por zoonosis

Se registraron 5 alertas de este tipo:

- Tres de ellas en relación con mordedura de animal con riesgo de rabia: dos por mordedura de mono en Tailandia y una tercera por mordedura de murciélago en Asturias. Todos los casos recibieron inmunoglobulina y vacuna post exposición.
- Otra correspondió a una leishmaniasis visceral infantil de etiología desconocida en un niño residente en Asturias y sin antecedentes de viajes.
- La última alerta se relacionó con una enfermedad invasiva por *S suis* en un ganadero del Área I.

Lugar implicado

De modo global, en un 35% de los riesgos estuvo implicado un establecimiento colectivo, en un 20% un territorio específico y en un 13% una instalación sanitaria.

Gráfico 31: Riesgos. Lugar implicado. Asturias 2010.

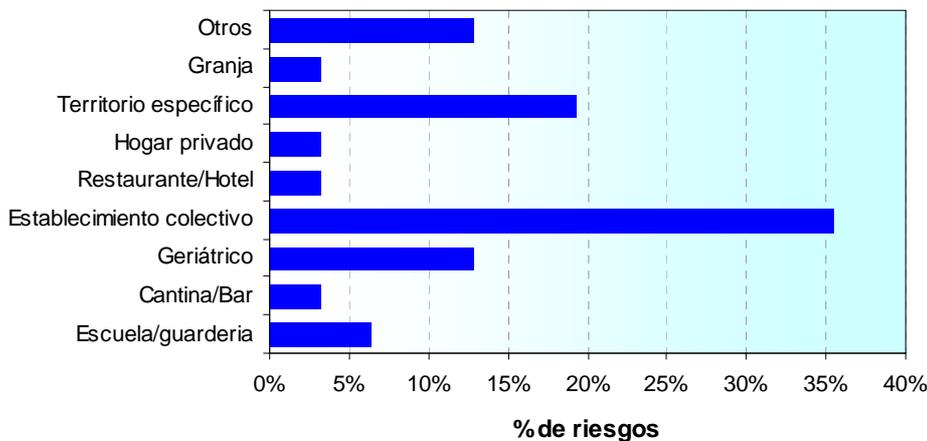
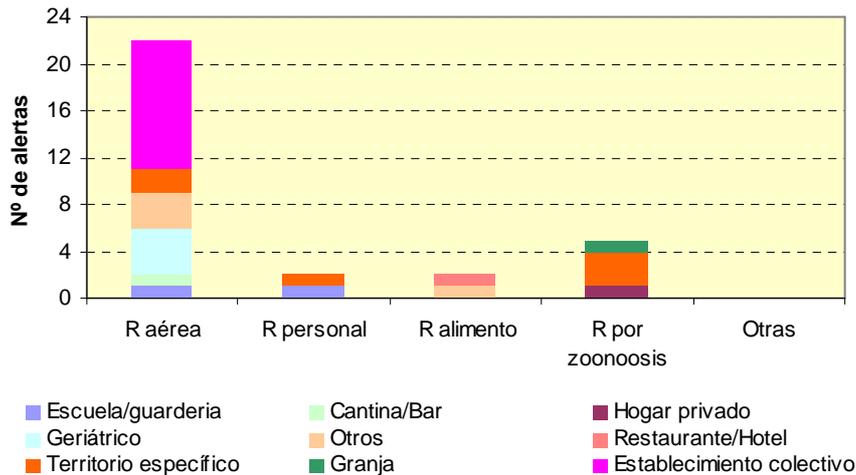


Gráfico 32: Riesgos. Asturias 2010. Lugar implicado por tipo de riesgo



3.7 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.

La Enfermedad meningocócica y la legionelosis, por su magnitud, se describen en un epígrafe aparte. Para ellas y el paludismo hay una descripción más detallada en la parte del informe correspondiente a las EDO en el capítulo correspondiente.

Nº de alertas. Nº de casos.

Durante el año 2010, se registraron en Asturias 12 alertas de este tipo, con 12 afectados. Esto supone un incremento de un 36% con respecto al año 2009 de este tipo de alertas.

La distribución de las alertas fue la siguiente: 1 alerta por paludismo, 4 alertas por otras enfermedades infecciosas importadas, 4 EETH, 2 PFA, y una sospecha de sarampión.

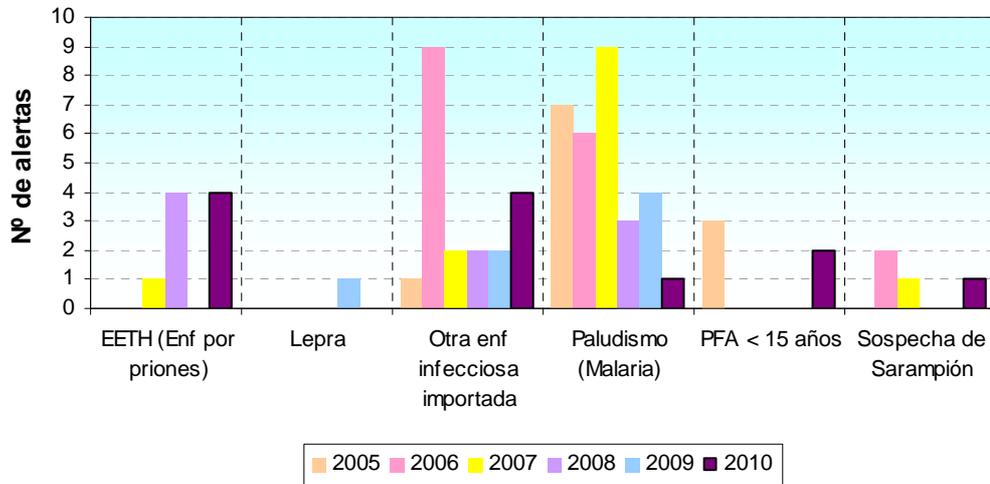
En la siguiente tabla se muestra nº de alertas, nº de afectados y tasas de incidencia para cada enfermedad de este grupo.

Tabla 16: Nº y tasas de alertas, casos, hospitalizaciones y defunciones. Enf de Vigilancia Especial. Asturias 2010

| Tipo de alerta | Alertas | | Casos | | Hospitalizaciones | | Defunciones | |
|-------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-------------------|------------|-------------|------------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| Otra enf infecciosa importada | 4 | 0,4 | 4 | 0,4 | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 |
| Paludismo (Malaria) | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| EETH | 4 | 0,4 | 4 | 0,4 | 4 | 0,4 | 4 | 0,4 |
| PFA | 2 | 0,2 | 2 | 0,2 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 |
| Sospecha de sarampión | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 12 | 1,1 | 12 | 1,1 | 10 | 0,9 | 4 | 0,4 |

La evolución en el número de alertas y casos por enfermedad y año se muestra a continuación.

Gráfico 33: Nº de alertas por tipo de alerta y por año. Asturias 2005-2010



Agente causal y datos de persona.

Paludismo

Solo se notificó un paludismo causado por *P vivax* en una persona venezolana que había viajado a su país sin realizar quimioprofilaxis.

Otras enfermedades infecciosas importadas:

Se registraron 4 casos de otras enfermedades infecciosas importadas. Dos casos correspondieron a sendas shigelosis importadas una de Venezuela y la otra de Mali. Un tercer caso correspondió a una fiebre tifoidea más dengue en una persona procedente del Nepal y finalmente se notificó una fiebre tifoidea en un niño procedente de Filipinas.

Tabla 17: Otras Enfermedades de Vigilancia Especial. Asturias 2010

| Semana | Cuadro clínico | Lugar de importación | Agente identificado | Comentarios |
|--------|------------------------|----------------------|---------------------|------------------------------------------------------|
| 17 | Shigelosis | Venezuela | <i>S flexneri</i> | Venezolana residente en España |
| 22 | Fiebre tifoidea+Dengue | Nepal | <i>S typhi</i> | Viaje por turismo |
| 35 | Shigelosis | Mali | <i>Shigella sp</i> | Viaje por turismo |
| 43 | Fiebre tifoidea | Filipinas | <i>S typhi</i> | Niño originario de Filipinas recién llegado a España |

Sospecha de sarampión

Se notificó una sospecha de sarampión en un niño de 2 años, vacunado con una dosis de triple vírica, siendo diagnosticado finalmente de una estomatitis herpética.

Enfermedad de Creutzfeld-Jacob

Se abrieron cuatro alertas de este tipo: dos de los casos fueron notificados desde el hospital donde habían ingresado y fallecido. A ambos se les realizó necropsia. Un tercer caso se detectó en el registro de mortalidad y un último caso, correspondiente al año 2007, se encontró por CMBD.

3.8 ALERTAS DESCARTADAS

Durante el año 2010 se inició, además, el estudio de otras 14 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 18: Alertas descartadas. Asturias 2010

| Grupos de alertas | 2010 |
|--------------------------------|-----------|
| Legionelosis: caso aislado. | 2 |
| Enfermedad Meningocócica | 1 |
| Otras Enf. vigilancia especial | 1 |
| Riesgos | 10 |
| Total | 14 |

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 por no cumplir la definición de caso.
- 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 19. Alertas descartadas. Asturias 2010.

| Alertas descartadas. | Nº |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| EDO/Enf sometidas a vigilancia especial no confirmadas | 4 |
| Meningitis | 1 |
| Legionelosis | 2 |
| Sospecha de Sarampión | 1 |
| No confirmada la existencia de un riesgo real | 10 |
| Riesgo transmisión aérea | 8 |
| Riesgo por alimento | 1 |
| Riesgo por zoonosis | 1 |
| Total | 14 |

4. CONCLUSIONES

Al igual que en años previos, el mayor número de alertas ocurrió en las Áreas IV (31%) y V (33%) con una incidencia en las Áreas VII y V superior a la media de Asturias para este año. Aunque no siguieron un patrón estacional definido, los meses de octubre y noviembre presentaron un número de alertas claramente superior al resto.

Persisten importantes retrasos en la notificación, lo que disminuye la efectividad del sistema para realizar una investigación adecuada y establecer medidas de control oportunas. No obstante, en el caso de la enfermedad meningocócica y de los brotes alimentarios (2 y 4 días respectivamente) estos retrasos son asumibles.

La mediana de la duración de la intervención es de 15 días para el global de las alertas, aunque puede ser superior al doble en el caso de los brotes y de algunos riesgos.

Brotos epidémicos

1. A diferencia del periodo 2002-2005 en que los *brotos por alimento* eran los más frecuentes representando el 60% del total de alertas de este tipo, a partir de 2006 empiezan a disminuir proporcionalmente representando en 2010 tan sólo un 4,1% del total. En el año 2010 ocuparon el 5º lugar en cuanto a frecuencia de presentación del total de alertas. Asimismo el número de afectados que ocasionan ha disminuido espectacularmente. Han disminuido, por tanto, y de modo importante las repercusiones en salud pública de este tipo de alerta relacionada, de modo especial, con restaurantes y establecimientos de restauración colectiva.
2. En relación a los brotes no alimentarios, los *brotos de transmisión personal*, han pasado a ser los más frecuentes, representando cerca de la mitad de los mismos. Suelen relacionarse con colectivos específicos, este año instalaciones sanitarias.

Enfermedades de Vigilancia Especial

3. Las *Legionelosis* siguen siendo las alertas más frecuentes. Sin embargo ocasionan un pequeño número de afectados correspondiendo el 100% de las mismas a casos aislados. No obstante, la vigilancia especial de esta enfermedad se justifica en el hecho de la posible aparición de brotes comunitarios relacionados con instalaciones de riesgo en entornos urbanos que ya ocurrieron en nuestra comunidad en años previos.
4. La *Enfermedad meningocócica* ha pasado a ser el tercer tipo de alerta más frecuente. Es de reseñar que, en cerca de la mitad de los casos se estableció relación con algún colectivo siendo necesaria la valoración de quimioprofilaxis a posibles contactos.

Situaciones de riesgo de exposición o difusión

5. La notificación de alertas definidas como riesgos ha aumentado con respecto a 2009. En 2010 una cuarta parte del total de alertas han sido alertas de este tipo. Dentro de los riesgos, los *riesgos de transmisión aérea* representan el 71% del total de estas alertas. Estos riesgos siguen siendo, por tanto, los más frecuentes y se relacionan fundamentalmente con tuberculosis bacilíferas en personas que pertenecen a algún colectivo con riesgo de transmisión al mismo. De aquí la importancia de mantener un adecuado sistema de vigilancia y control de la tuberculosis pulmonar con un programa específico a pleno rendimiento.
6. Es de destacar el hecho de que el 24% de las alertas por riesgos que llegan a la Sección son *descartadas* tras la investigación epidemiológica, bien porque no se evidencia un aumento del riesgo basal existente para la enfermedad o colectivo afectado, o porque no se confirma la existencia de un riesgo real. Además, el 71% de las alertas descartadas correspondieron a riesgos.

ANEXO I: DEFINICIONES DE LOS TIPOS DE ALERTAS

1. Brotes epidémicos

En relación a la puesta en marcha de la investigación epidemiológica y la aplicación de medidas de control, tendrán consideración de brote las siguientes circunstancias:

- 1.1 La aparición de dos o más casos de la misma enfermedad, o con un cuadro clínico similar, en los que:
 - Se ha establecido una única fuente común de exposición: Enfermo o portador, alimento, agua de bebida o recreativa, contacto con animales, contacto con objetos, vectores (artrópodos), exposiciones profesionales, medicación, intervenciones y pruebas médicas
 - Se ha establecido una relación única con un lugar determinado (territorio epidémico): zona geográfica, edificio, local, establecimiento, instalación
- 1.2 La identificación de al menos dos generaciones de transmisión en enfermedades de transmisión interpersonal (un caso terciario)
- 1.3 La confirmación de un caso de enfermedad emergente o re-emergente en Asturias (operativamente se excluyen las enfermedades que están incluidas en el siguiente grupo de Alertas)
- 1.4 Además, se considerarán indicativas de brote, mientras no se disponga de más información:
 - El acumulo de casos por encima de lo esperado en un tiempo determinado, y para una zona geográfica definida.
 - La identificación de cepas idénticas (a nivel antigénico, genético o molecular) de un germen no habitual, en número por encima de lo esperable.

2. Enfermedades sometidas a sistemas especiales de vigilancia

Se considerará como Alerta la aparición de un solo caso de alguna de las enfermedades que se indican, al estar incluidas en sistemas especiales de vigilancia, según se establece en los protocolos internacionales y estatales (que implican la notificación urgente a nivel estatal), o por ser consideradas de especial interés por la propia C.A. de Asturias. Estas enfermedades se agrupan según la siguiente clasificación funcional:

- 2.1 Enfermedades de declaración urgente internacional (cuarentenables)
 - Peste
 - Cólera
 - Fiebre Amarilla
- 2.2 Enfermedades eliminadas en España (un solo caso se considera brote)
 - Difteria
 - Rabia
 - Tifus exantemático
- 2.3 Enfermedades en proceso de eliminación y/o erradicación
 - Sospecha de poliomielitis (PFA en <15 años)
 - Sospecha de sarampión
- 2.4 Enfermedades en las que hay indicación de quimioprofilaxis rápida
 - Enfermedad meningocócica
 - Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*
- 2.5 Enfermedades en las que un solo caso indica sospecha de brote alimentario
 - Botulismo
 - Triquinosis
 - Envenenamiento paralítico por moluscos
- 2.6 Enfermedades de vigilancia especial en Asturias
 - Legionelosis
 - Paludismo
 - EETH (enfermedad por priones)
 - Lepra
 - Fiebre Hemorrágica Viral
 - Otras enfermedades infecciosas importadas

3. Situaciones en las que se sospeche un riesgo de exposición o difusión a la población de un problema de salud

Se define como situación de riesgo de Salud Pública aquella en la que la investigación epidemiológica identifica un riesgo potencial de difusión de una enfermedad a un colectivo determinado o a la población general, por exposición a una fuente de un agente conocido (microbiológico, químico, físico). Se tendrán en cuenta las siguientes circunstancias:

- a) Dos o más casos de la misma enfermedad, o con un cuadro clínico similar, en los que se ha establecido una relación no única (existe además otra relación entre los casos) con algún alimento, bebida, objeto de consumo, mediación o intervención médica, establecimiento, instalación o lugar definidos, o con la exposición a una sustancia química o fuente radiactiva conocida.
- b) Identificación de un riesgo sanitario específico, de efecto agudo, en un producto distribuido (todo o en parte) al público
- c) Identificación de un colectivo expuesto a una fuente conocida de infección (personas o animales infectados durante la fase de transmisibilidad de la infección), de una sustancia química peligrosa o una fuente radiactiva.
- d) Alteraciones ambientales o climáticas que superen umbrales de riesgo para la salud

4. Situaciones de alarma social

Situaciones en las que se ha establecido una difusión de noticias (ciertas o no), relacionadas con la salud, los servicios sanitarios o los objetos de consumo, que generan un aumento importante en la demanda de información o servicios. Se distinguen las siguientes circunstancias:

- 4.1 Bioterrorismo
 - Situaciones en las que se ha establecido la posibilidad de liberación intencional de un agente patógeno transmisible
- 4.2 Catástrofe sanitaria
 - Situaciones de emergencia sanitaria que por su magnitud o complejidad no puedan ser atendidas con los recursos disponibles
 - Catástrofes naturales o intencionadas que puedan implicar un riesgo de salud para la población
- 4.3 Crisis mediática
 - Situaciones en las que la difusión de noticias por los medios de comunicación generan un aumento importante de la demanda de información o servicios.

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