

SUMARIO

Situación de las E.D.O. en Navarra. Semanas 9 a 16 de 1999	1
Legionelosis	4

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (E.D.O.) EN NAVARRA. SEMANAS 9 A 16 DE 1999.

En la tabla adjunta se presentan los porcentajes de declaración de E.D.O. por Zonas Básicas de Salud. Este porcentaje ha aumentado un 14% respecto al mismo periodo del año anterior (70,0% vs 61,5%), y como venía sucediendo en las semanas anteriores se han reducido las diferencias entre zonas. Se presenta

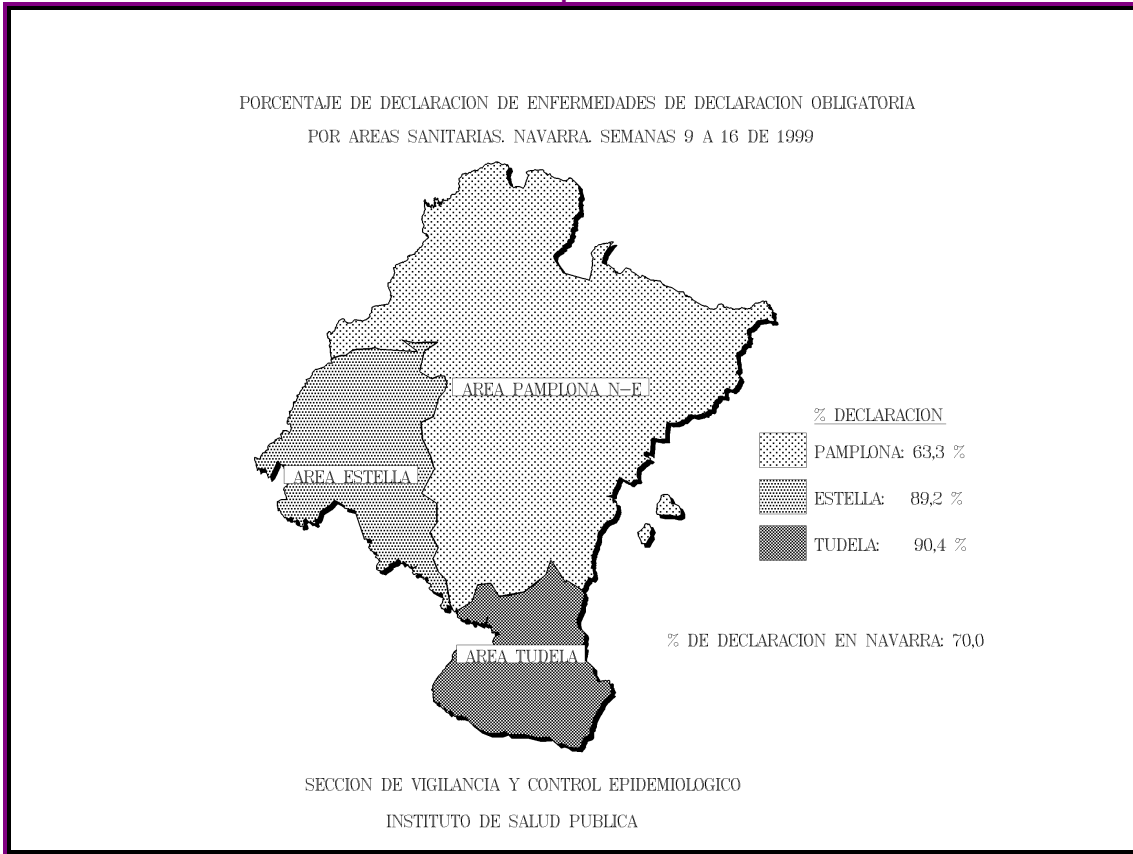
esta información de manera gráfica; Así el mapa 1 muestra la declaración por Areas sanitarias y el mapa 2 muestra la notificación por zonas de salud (Navarra y Area metropolitana de Pamplona). En la Tabla 2 se presentan los casos declarados en el periodo.

Tabla 1

PORCENTAJE DE DECLARACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. NAVARRA. SEMANAS 9 A 16 DE 1999

ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN	ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN	ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN
01-Altsasu/Alsasua	86,0	06-Elizondo	64,0	44-Peralta	49,0
34-Allo	75,2	24-Ermitagaña	58,5	27-Puente la Reina	54,2
35-Ancin-Améscoa	100	32-Estella	92,0	17-Rochapea-Ansoain	71,0
10-Aoiz	47,3	02-Etxarri-Aranatz	100	30-Salazar	97,3
41-Artajona	0	11-Huarte/Uharte	73,2	39-San Adrián	71,0
09-Auritz/Burguete	55,0	20-II Ensanche	91,0	16-San Jorge	73,0
61-Azpilagaña	55,0	03-Irurtzun	75,4	23-San Juan	40,0
26-Barañain	84,6	31-Isaba	100	29-Sangüesa	53,0
14-Berriozar	73,0	22-Iturrama	83,0	40-Tafalla	53,7
51-Buñuel	100	04-Leitza	94,4	46-Tudela Este	84,0
13-Burlada	73,9	05-Lesaka	86,8	45-Tudela Oeste	64,2
42-Carcastillo	20,0	38-Lodosa	100	08-Ultzama	78,2
50-Cascante	96,0	36-Los Arcos	100	47-Valtierra	100
19-Casco Viejo	82,5	63-Mendillorri	45,0	37-Viana	88,2
49-Cintruénigo	90,0	21-Milagrosa	42,0	33-Villatuerta	95,2
48-Corella	100	28-Noain	46,0	12-Villava/Atarrabia	88,2
18-Chantrea	28,0	43-Olite	80,4	25-Zizur-Echavacoiz	18,0
07-Donostia/Santesteban	68,4	15-Orcoyen	97,2		
MEDICINA FAMILIA	70,3%	PEDIATRÍA	67,9%	TOTAL	70,0

Mapa 1



Mapa 2

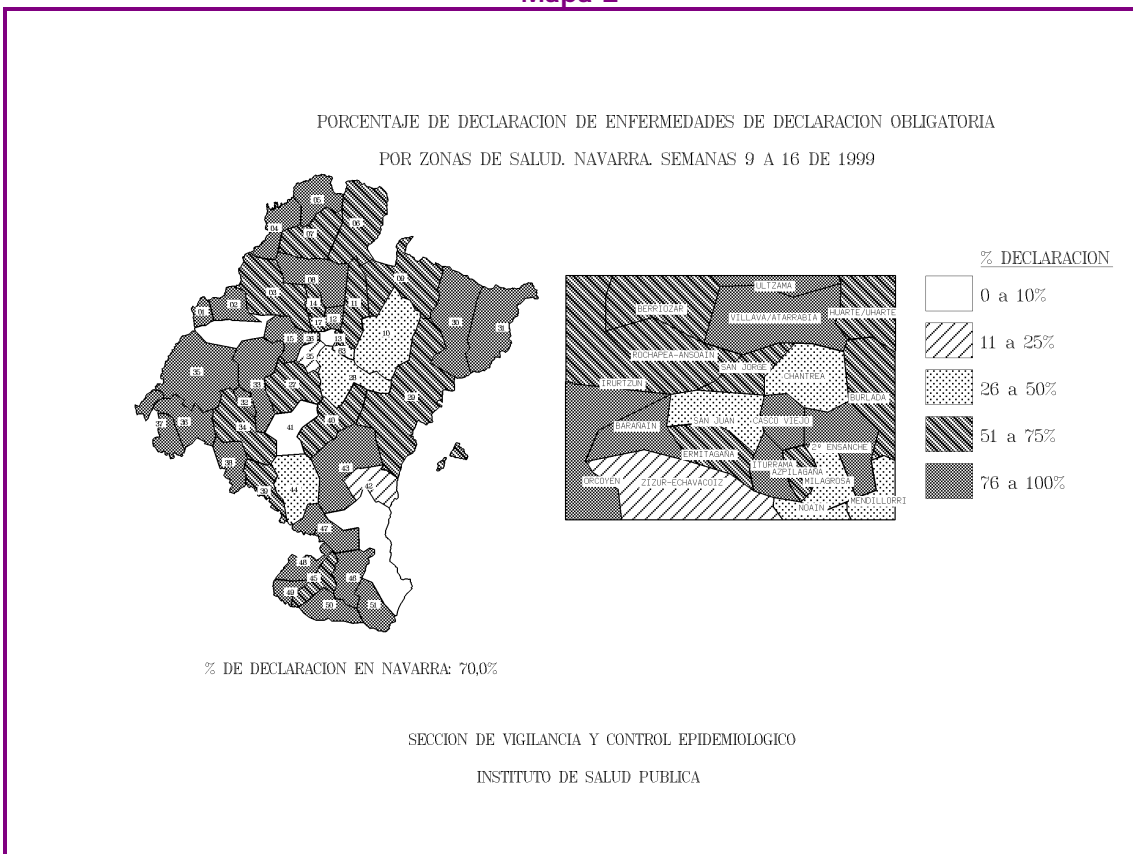


Tabla 2

CASOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. NAVARRA, SEMANAS 9 A 16 DE 1998 Y 1999

ENFERMEDADES	1998	1999
Enfermedades de transmisión alimentaria		
Botulismo.....	0	0
Cólera.....	0	0
Disentería.....	2	0
F. tifoidea y paratifoidea.....	1	0
Toxinfección Alimentaria.....	67	53
Triquinosis.....	0	0
Enfermedades de transmisión respiratoria		
Enfermedad meningocócica.....	2	4
Gripe.....	4.635	4.911
Legionelosis.....	0	2
Meningitis tuberculosa.....	0	0
Tuberculosis respiratoria.....	8	18
Otras Tuberculosis.....	3	5
Varicela.....	622	507
Enfermedades de transmisión sexual		
Infección gonocócica.....	5	2
Sífilis.....	0	1
Enfermedades prevenibles por inmunización		
Difteria.....	0	0
Parotiditis.....	2	5
Poliomielitis.....	0	0
Rubéola.....	3	1
Sarampión.....	0	0
Tétanos.....	0	0
Tos Ferina.....	2	1
Hepatitis Víricas		
Hepatitis A.....	1	6
Hepatitis B.....	0	3
Otras hepatitis víricas.....	1	2
Zoonosis		
Brucelosis.....	1	0
Hidatidosis.....	0	1
Leishmaniasis.....	0	1
Rabia.....	0	0
Enfermedades importadas		
Fiebre amarilla.....	0	0
Paludismo.....	0	1
Peste.....	0	0
Tifus exantemático.....	0	0
Enfermedades declaradas sistemas especiales		
Lepra.....	0	0
Rubéola congénita.....	0	0
Sífilis congénita.....	0	0
Tétanos neonatal.....	0	0
Otras Enfermedades		
Escarlatina.....	1	21
Teniasis.....	0	0
Carbunco.....	0	1

2.- LEGIONELOSIS

Con la introducción de la rúbrica de *Legionelosis* en el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Navarra en 1998, en ese año se declararon a dicho sistema 6 casos. En lo que llevamos del presente año (20 semanas), se llevan declarados otros 6 casos de *Legionelosis*, todos ellos bajo la forma clínica de neumonía. A continuación se presenta el protocolo de dicha enfermedad.

2.1.- INTRODUCCIÓN:

Enfermedad bacteriana aguda con dos manifestaciones clínico-epidemiológicas identificadas y diferentes, la forma neumónica conocida como enfermedad del legionario y la no neumónica o Fiebre de Pontiac. Producida por *Legionella pneumophila*, bacilo gram-negativo que requiere cisteína y otros nutrientes para su crecimiento in vitro. No presenta formas de resistencia (esporas) pero es capaz de sobrevivir en un amplio rango de temperatura, multiplicándose entre 20° C y 45° C, aunque la temperatura óptima de crecimiento es 35-37° C. Se conocen 40 especies de *Legionella* con 60 serogrupos y se continúan describiendo nuevas especies aún sin denominar. *Legionella pneumophila* comprende 15 serogrupos, siendo el serogrupo 1 el que aparece como patógeno principal al causar alrededor del 72% de las infecciones por *Legionella*.

El **reservorio** predominante de la bacteria es el agua, siendo capaz de sobrevivir en un variado rango de condiciones físico-químicas. Desde los reservorios naturales la bacteria pasa a colonizar los sistemas de abastecimiento de las ciudades y a través de la red de distribución se incorpora a las instalaciones de agua doméstica u otras instalaciones que requieren la utilización de agua para su funcionamiento (sistemas de climatización). La bacteria puede alcanzar otros puntos del sistema en los que exista un mecanismo productor de aerosoles (ducha, torres de refrigeración ...) que la dispersen contenida en gotas de agua.

El único modo de **transmisión** conocido es por vía aérea. Aunque es una enfermedad de baja incidencia puede presentarse en forma de casos esporádicos o de brotes con gran número de afectados y letalidad de hasta el 15%. La enfermedad del legionario tiene un **período de incubación** de 2 a 10 días (5 a 6

más frecuente) y la fiebre de Pontiac de 5 a 66 horas (mayor frecuencia de 24 a 48 horas).

Las tasas de ataque en brotes de enfermedad del legionario alcanzan el 30% y en brotes de fiebre de Pontiac el 95% de la población expuesta.

Antes de 1996, no se consideraba enfermedad de declaración obligatoria a nivel nacional.

2.2.- DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

-Enfermedad del legionario: Enfermedad respiratoria aguda con signos focales de neumonía, fiebre, cefalea y mialgias. Alrededor de un tercio de los casos desarrollan diarrea y vómitos y la mitad de ellos pueden presentar confusión mental y delirio.

-Fiebre de Pontiac: síndrome febril agudo autolimitado.

2.3.- CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

-Aislamiento de cualquier especie o serogrupo (SG) de *Legionella* a partir de secreciones respiratorias, tejido pulmonar o sangre.

-Seroconversión (aumento del título de anticuerpos en cuatro veces o más) hasta un título ≥ 128 , frente a *L. pneumophila* SG1 por inmunofluorescencia indirecta, en sueros tomados en la fase aguda y convaleciente de la enfermedad.

-Demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1, en orina por ELISA o RIA. (De acuerdo con la definición de caso contenida en el Memorandum de la O.M.S., las pruebas de detección de antígeno se consideran presuntivas, sin embargo el Grupo Europeo de infecciones por *Legionella* se está planteando su revisión, para que sean consideradas de certeza. También en EE.UU. el criterio ha sido cambiado en este sentido).

2.4.- CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso/Probable:

-Compatible con la definición clínica de caso y/o resultado positivo en alguna de las siguientes pruebas de laboratorio, que se consideran **presuntivas**:

-Título alto (>256) de Ac. frente a *L. pneumophila* SG1 en un suero tomado en la fase convaleciente.

-Seroconversión (aumento del título de anticuerpos en cuatro veces o más a partir de 128), frente a cualquier especie o serogrupo de *Legionella* distinto de *L. pneumophila* SG1, por inmunofluorescencia indirecta, en sueros tomados en la fase aguda y convaleciente de la enfermedad.

-Tinción directa de la bacteria en secreciones respiratorias o tejido pulmonar, por fluorescencia directa con anticuerpos mono o policlonales frente a cualquier especie o serogrupo de *Legionella*, incluido el SG1.

Confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

2.5.- MODO DE VIGILANCIA:

Toda sospecha de caso de legionelosis debe ser adecuadamente investigado y comunicado a las autoridades de salud correspondientes. Una vez identificado el caso se recogerá toda la información referente al mismo en la encuesta individualizada correspondiente (ver anexo). Hasta 1996, los únicos datos disponibles sobre esta enfermedad se basaban en la notificación microbiológica, pero por el Real Decreto 2210/1995 se incluye como enfermedad de declaración obligatoria a nivel nacional con datos epidemiológicos básicos y periodicidad semanal (se usará la encuesta individualizada comprendida en el Anexo B). Ello no excluye su declaración semanal de forma numérica.

En los momentos actuales, España forma parte del "European Working Group for Legionella Infectious (EWGLI)" y tiene obligación de notificar, desde el nivel nacional, los casos de legionelosis en residentes españoles con evidencia de haber contraído la enfermedad en viajes en el territorio europeo. Igualmente, se comunican a las CC.AA., para su investigación, los casos en viajeros extranjeros asociados a viajes en nuestro país.

Cuando se detecte un brote se procederá a su notificación urgente. Tras un período de 3 meses tras la finalización del brote, se remitirá un informe con datos complementarios como el que se expone en el Anexo.

2.6.- MÉTODOS DE CONTROL:

2.6.1.- MEDIDAS PREVENTIVAS:

Las medidas preventivas se basan en el buen funcionamiento de las instalaciones de agua

de los edificios; resulta fundamental el buen diseño, instalación y mantenimiento.

El agua fría se debe mantener por debajo de los 20° C instalando las conducciones alejadas de fuentes de calor, y el agua caliente nunca por debajo de 50° C. Para evitar la presencia de lodos y el acúmulo de materia orgánica, las instalaciones (tanto de agua fría como de agua caliente) deberán carecer de tramos ciegos o derivaciones innecesarias, por las que el agua no circula con facilidad. Además, los depósitos de agua, así como las torres de refrigeración, deberán ser limpiados periódicamente y clorados convenientemente para prevenir la multiplicación de microorganismos.

2.6.2.- CONTROL DEL PACIENTE, CONTACTOS Y DEL MEDIO:

La instauración de tratamiento específico a los pacientes a la mayor brevedad ha resultado muy importante para evitar casos mortales. Los pacientes deben ser encuestados sobre antecedentes de viajes, de hospitalización y de sometimiento a aerosolizaciones, para estudiar posibles fuentes de infección.

La existencia de un único caso supuestamente asociado con un edificio no justifica, en principio, la adopción de medidas especiales, salvo la vigilancia y búsqueda de casos adicionales. Cuando un único caso es asociado a un hospital (infección nosocomial), sí estará justificada la adopción de medidas.

2.6.3.- CONTROL DE BROTES EPIDÉMICOS:

Se debe investigar si ha existido una exposición común a todos los casos. Si la encuesta de los casos permite sospechar de una fuente de infección común, deberán tomarse muestras ambientales y realizar un estudio de laboratorio que permita investigar la presencia de *Legionella*. Las cepas de *Legionella* que se aislen de la supuesta fuente de infección deberán ser comparadas, mediante pruebas de caracterización en el laboratorio, con las aisladas de casos clínicos, para comprobar la relación epidemiológica entre las mismas.

Si la instalación sospechosa llega a ser confirmada como fuente de infección, se deberá proceder a su tratamiento mediante métodos químicos o térmicos, para eliminar la contaminación. Una vez realizado el tratamiento, se deben volver a realizar controles microbiológicos para demostrar que la instalación ha quedado libre de *Legionella*.

DATOS DE LABORATORIO

Muestra, Resultado y Fechas

-Aislamiento: No Sí _____
-Seroconversión: No Sí _____
(L. pneumophila SG1)
-Antígeno en orina: No Sí _____
(L. pneumophila SG1)
-Tinción directa: No Sí _____
-Título alto (>256) en suero único
(L. pneumophila SG1): No Sí _____
-Seroconversión: No Sí _____
(Otras sp y SG)

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

caso: Sospechoso/probable Confirmado
Esporádico Asociado a brote

Antecedentes: Fumador: No Sí
Enfermedad respiratoria crónica: No Sí

Antecedentes de hospitalizaciones (15 días antes): No Sí Fechas: _____
Antecedentes de viajes (15 días antes): No Sí Fechas: _____

En caso afirmativo citar lugares (hoteles y hospitales) y habitaciones donde estuvo:

¿Tenía aire acondicionado?: NO SI - ¿Lo conectó?: NO SI
¿Tenía calefacción?: NO SI - ¿La conectó?: NO SI Tipo: _____
¿Utilizó: BAÑO DUCHA ? - ¿Cuántas veces?: _____

Otros datos de interés:

DATOS DEL DECLARANTE

Fecha declaración del caso ____ / ____ / ____

Médico que declara el caso _____
Centro de Trabajo _____ Tfno _____
Municipio _____ Provincia _____

BIBLIOGRAFÍA:

- * CDC. Case definitions for Public Health Surveillance. MMWR 1990;39 (No.RR-13).
- * Définitions de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Programme Canadien de surveillance des maladies transmissibles.
- * Benenson AS. El control de las enfermedades transmissibles en el hombre. Organización Panamericana de la Salud. Decimoquinta edición. 1992.
- * Epidemiology, prevention and control of legionellosis: memorandum from a WHO meeting. Bull WHO 1990;68:155-64.
- * Marston BJ, Lipman H, Breiman RF. Surveillance for legionnaires' disease; risk factors for morbidity and mortality. Arch Intern Med 1994;154:2417-22.
- * Guidelines for collaborators in the new 1993 European surveillance system. PHLIS Communicable Disease Surveillance. Centre on behalf of European Working Group for legionella infections. 14th July 1992.
- * Plouffe JF, File TM, Breiman RF, et al. Reevaluation of the definition of Legionnaires' disease: use of urinary antigen assay. Clin Infect Dis 1995;20:1286-91.
- * Pelaz Antolín C. y Martín Bourgon C. Legionelosis. Datos de España, Diagnóstico de Laboratorio y Recomendaciones para su prevención y control en instalaciones de edificios. Instituto de Salud Carlos III. 1993.
- * Hookey JV, Saunders NA, Fry NK, Birtles RJ, Harrison TG. Phylogeny of *Legionellaceae* based on small-subunit ribosomal DNA sequences and proposal of *Legionella lytica* comb. nov. for *Legionella*-like amoebal pathogens. Intern J Syst Bact 1996;46:526-31.

*El Protocolo y la Encuesta sobre LEGIONELOSIS ha sido adaptado de: Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.