

ZOONOSIS NO ALIMENTARIAS EN CASTILLA Y LEÓN

AÑO 2006

*Elaborado por: Marta Allúe Tango, Cristina Martín Marín
Servicio de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles
Dirección General de Salud Pública y Consumo*

La fuente de información utilizada para la vigilancia de las zoonosis en la Comunidad de Castilla y León es, fundamentalmente, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Declaración Obligatoria.

A nivel Nacional se produjo una modificación de la normativa de declaración de estas enfermedades de tal manera que, a partir del año 1996, sólo permanecen a nivel nacional la brucelosis, la triquinosis y la rabia. El resto de las enfermedades zoonóticas incluidas en el anterior sistema (Carbunco, Leishmaniosis, Hidatidosis, etc.) pasaron a ser consideradas como enfermedades endémicas de distribución regional, quedando su vigilancia a criterio de cada Comunidad Autónoma.

En Castilla y León, además de las consideradas obligatorias a nivel Nacional están

sujetas a vigilancia: la hidatidosis, leishmaniosis, leptospirosis, fiebre exantemática mediterránea, fiebre recurrente por garrapatas, fiebre recurrente por piojos y tularemia.

La incidencia de las zoonosis en esta comunidad ha experimentado un descenso en los últimos diez años, presentando tasas de enfermedad relativamente bajas, situándonos por debajo del nivel Nacional con excepción de la brucelosis e hidatidosis. Esta última es la que ha experimentado un mayor incremento durante el año 2006.

No se han notificado casos de carbunco, rabia ni leishmaniosis.

Brucelosis

Enfermedad bacteriana que se caracteriza por aparición aguda e insidiosa de fiebre,



escalofríos, sudoración nocturna, anorexia, astenia, pérdida de peso, cefalea, artralgias, esplenomegalia y linfadenopatías.

La enfermedad humana puede ser producida sólo por 4 de las 6 especies conocidas de *brucella* (*abortus*, *mellitensis*, *suis* y *canis*).

El reservorio en nuestro medio lo constituye el ganado ovino y caprino, siendo el modo de transmisión más frecuente el contacto con tejidos o sangre de animales infectados o también inhalación o la ingestión de leche cruda o productos lácteos no pasteurizados.

Se sospecha un caso de brucelosis si presenta la clínica descrita y está epidemiológicamente relacionado

- con la ingesta de alimento sospechoso
- o con contacto con animales infectados
- o asociado a un caso confirmado
- o con serología afirmativa (un único título de aglutinación ≥ 160 en una o más muestras de suero).

A efectos de vigilancia hemos de tener en cuenta las reinfecciones y las recidivas, muy frecuentes en esta enfermedad. Son imposibles de diferenciar, apareciendo en enfermos con enfermedad pasada y tras ser tratados con éxito.

- Si ha tenido enfermedad en el año anterior será tratado como caso cuando cumpla:

- Cultivo positivo, o

- Síntomas de infección activa en ausencia de otra enfermedad y serología de brucelosis aguda mediante aglutinación en tubo estándar (SAT) a títulos $\geq 1/160$.

- Cuando el antecedente de enfermedad sea anterior al año, para ser considerado caso, debe cumplir los criterios de caso confirmado.

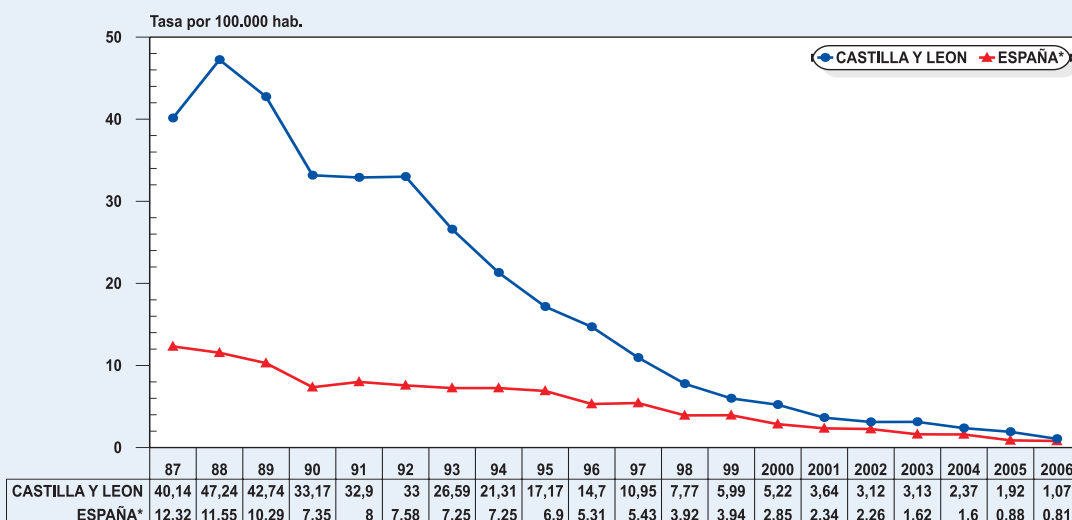
En el año 2006 se han comunicado a la **Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica** 321 casos de brucelosis (tasa de 0,81 por 100.000 habitantes), manteniéndose ligeramente por debajo de los 353 casos declarados en 2005 (tasa de 0,89 por 100.000 habitantes). La comunidad de Extremadura, con una tasa que multiplica por 7 la nacional (5,10 por 100.000 habitantes), y Andalucía con 136 casos (tasa de 1,84), junto con comunidades pertenecientes a la meseta de la península, son las zonas más afectadas, aunque en todas las regiones se ha producido un descenso.

La información individualizada de los 321 casos declarados al sistema de declaración obligatoria, indica que 196 casos han sido confirmados y 132 probables, y muestra un predominio de varones (razón de masculinidad = 3,79) en edades adultas. El 79,23% de los casos se sitúan entre 20 y 65 años, tanto en hombres como en mujeres.

FIGURA 1

Vigilancia de la brucelosis en Castilla y León.

1987-2006

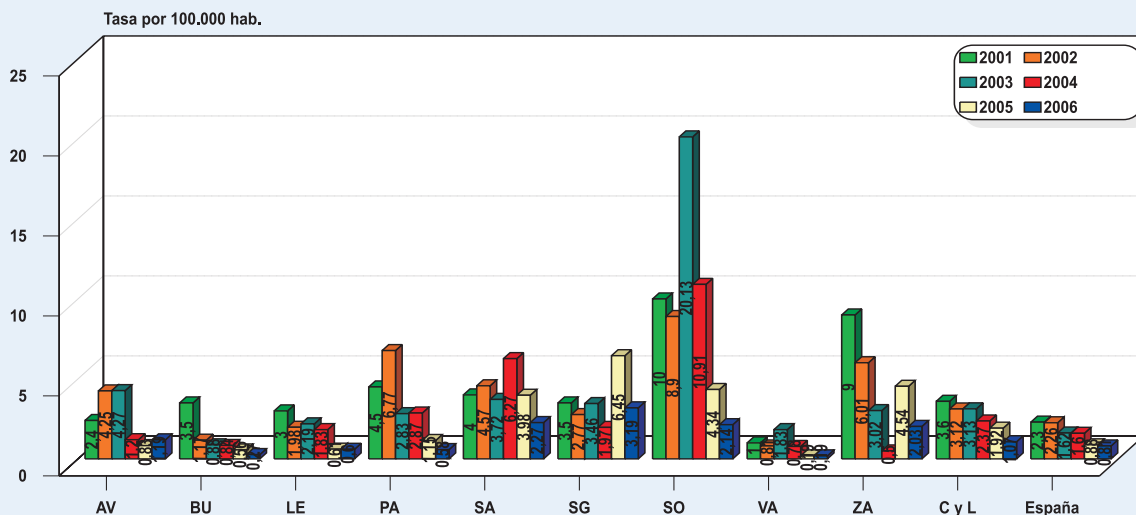


Fuente: Enfermedades de declaración obligatoria de Castilla y León

FIGURA 2

Vigilancia epidemiológica de brucelosis.

Tasa de incidencia



Fuente: Enfermedades de declaración obligatoria de Castilla y León

En Castilla y León, durante el año 2006, se han declarado 27 casos de brucelosis, lo que supone una tasa de incidencia de 1,07 casos por 100.000 mil habitantes.

En la **Figura 1** se puede observar cómo esta enfermedad continúa con su tendencia descendente de los últimos años, aunque la tasa de Castilla y León sigue siendo algo superior a la nacional (0,81).

En la **Figura 2** aparece la distribución de las tasas por provincias en los últimos

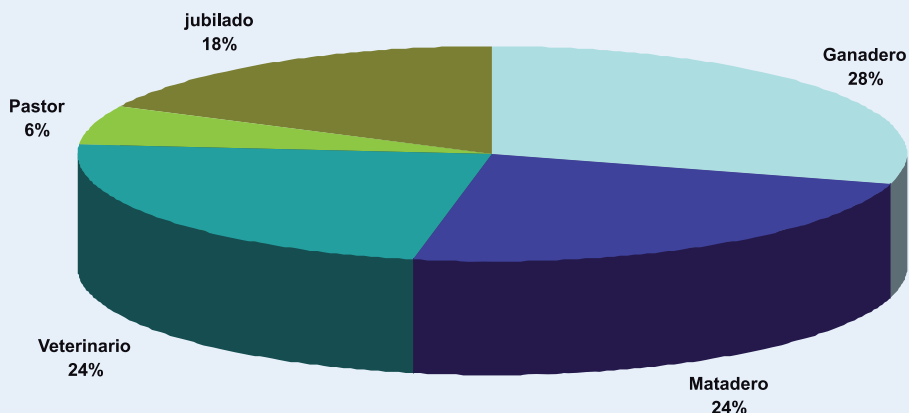
cinco años. Las provincias de Segovia, Salamanca y Soria son las que presentan las mayores tasas, con 3,19, 2,27 y 2,14 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Sin embargo, se puede observar cómo la tasa de brucelosis en Soria ha descendido considerablemente en los últimos años.

De los 27 casos declarados, consta la profesión en 17 de ellos (62,9%). Como se puede observar en **la Figura 3**, los casos de brucelosis se han producido en profesionales en contacto con tejidos o secreciones de animales.

FIGURA 3

Brucelosis.

Profesiones de los casos notificados en el año 2006



Hidatidosis

Enfermedad que se caracteriza por presencia de quiste/s en los distintos órganos y tejidos (los más frecuentemente afectados son el hígado y los pulmones).

Se sospecha un caso de Hidatidosis cuando la clínica es compatible y existe un diagnóstico morfológico y/o prueba serológica adecuada. Se confirma mediante la visualización directa del escólex del cestodo.

A efectos de notificación, se considerará caso nuevo a una persona con antecedentes de intervención quirúrgica por esta enfermedad cuando hayan pasado 10 ó más años de la intervención.

A efectos de vigilancia, esta enfermedad no es de declaración obligatoria en todas las comunidades autónomas por lo que no se dispone de datos nacionales.

Durante el 2006, entre las comunidades declarantes, se ha incrementado el número de casos notificados comunicándose 233 (tasa de 0,54 por 100.000 habitantes) frente a 151 en 2005. Las comunidades que mayor número de casos han comunicado han sido Castilla y León y Extremadura (63). Destacando las altas tasas de la comunidad de Extremadura (5,83 por 100.000 habitantes).

En Castilla y León, se han notificado 75 casos de hidatidosis, lo que supone una tasa de incidencia de 2,97 por 100.000 habitantes. Esta enfermedad ha experimentado

un incremento con respecto a los tres años anteriores (**Figura 4**).

Las provincias con una mayor declaración de casos de hidatidosis han sido Palencia con 19 casos y Salamanca con 14 casos. En la **Figura 5** se presentan las tasas provinciales, destacando Palencia con 10,97 casos por 100.000 habitantes y en segundo lugar Soria con 4,28.

Fiebre Exantemática Mediterránea o Fiebre Botonosa

Esta enfermedad, causada por la *Rickettsia conorii* y transmitida por la picadura de una garrapata infectada. Se caracteriza por un comienzo brusco con fiebre y artromialgias y posterior aparición, entre el 3.º y el 5º día, de una erupción máculo-papulosa no pruriginosa que generalmente afecta a palmas de las manos y plantas de los pies. A menudo aparece desde el inicio de la enfermedad una lesión primaria en la piel, en el lugar de la picadura de la garrapata, con aspecto de pequeña úlcera de unos 2 a 5 mm de diámetro con un centro oscuro y una aureola roja, acompañada de linfadenopatía regional.

La enfermedad es estacional, apareciendo el mayor número de casos en verano.

A efectos de notificación a nivel nacional, se considera una enfermedad endémica de ámbito regional desde 1996. Las zonas de

FIGURA 4

Vigilancia epidemiológica de la hidatidosis.
Evolución de la tasa de incidencia. 1987-2006

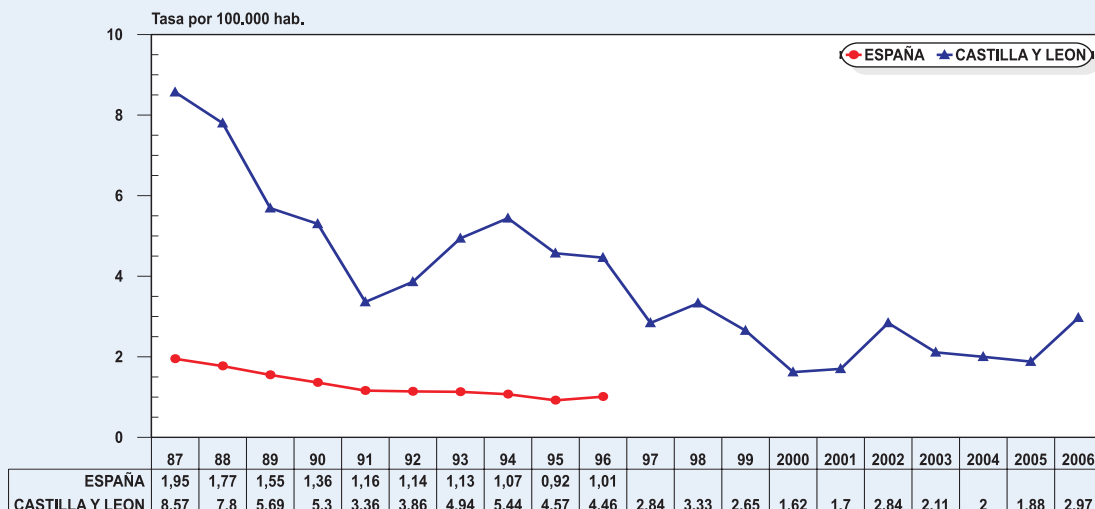
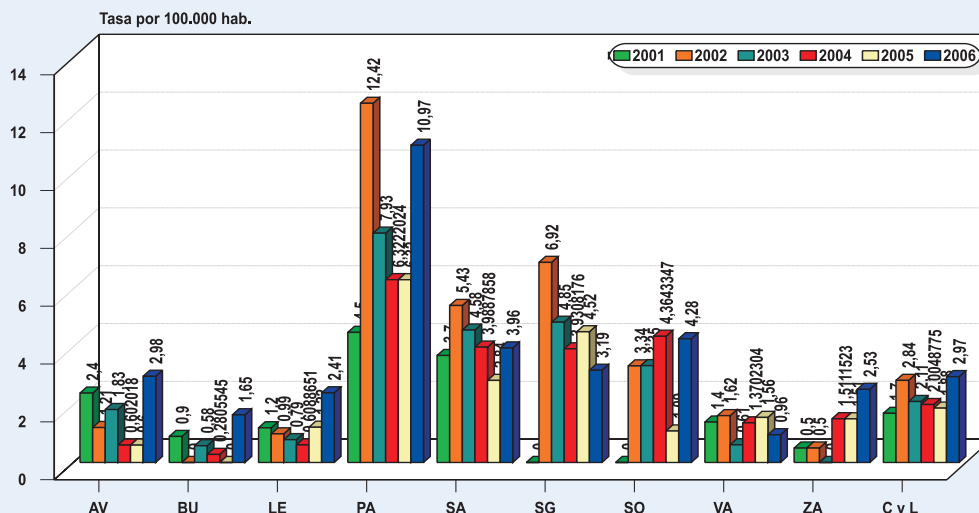


FIGURA 5

Vigilancia epidemiológica de hidatidosis.

Tasa de incidencia



Fuente: Enfermedades de declaración obligatoria de Castilla y León

mayor incidencia son Ceuta, Melilla, Castilla la Mancha, Extremadura y Andalucía.

incidencia global fue 0,55 casos por 100.000 habitantes. **Figura 7.**

Durante el 2006 los casos de Fiebre Exantemática Mediterránea han descendido respecto al año anterior (152 frente a 182 en 2005). Melilla y las Islas Baleares presentan las tasas más altas.

Fiebre Recurrente por Garrapatas

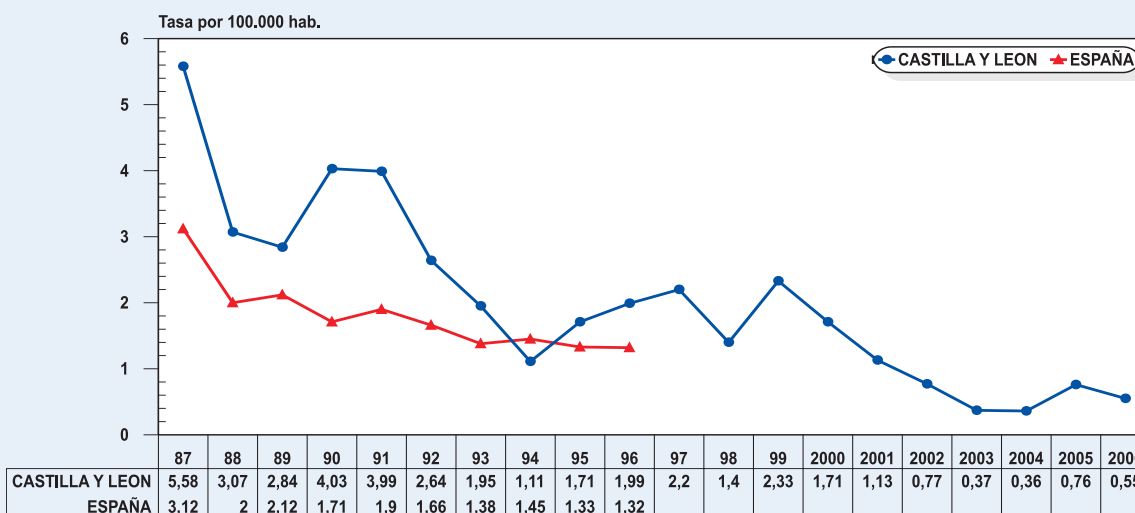
En Castilla y León, se declararon 14 casos que suponen una tasa de 0,55 por 100.000 habitantes (**Figura 6**). En cuanto a la distribución por provincias, se notificaron 5 casos en Soria; 3 en Salamanca y 2 casos en Ávila, Burgos y Zamora. La tasa de

Enfermedad sistémica **producida por** espiroquetas en la que alternan períodos febriles con lapsos afebriles. La fiebre recurrente transmitida por garrapatas o fiebre recurrente endémica está causada por innumerables especies de Borrelia según la zona y el vector. Sólo esta forma transmitida por garrapatas, se considera de declaración obligatoria.

FIGURA 6

Vigilancia epidemiológica de fiebre exantemática mediterránea.

Evolución de la tasa de incidencia. 1987-2006

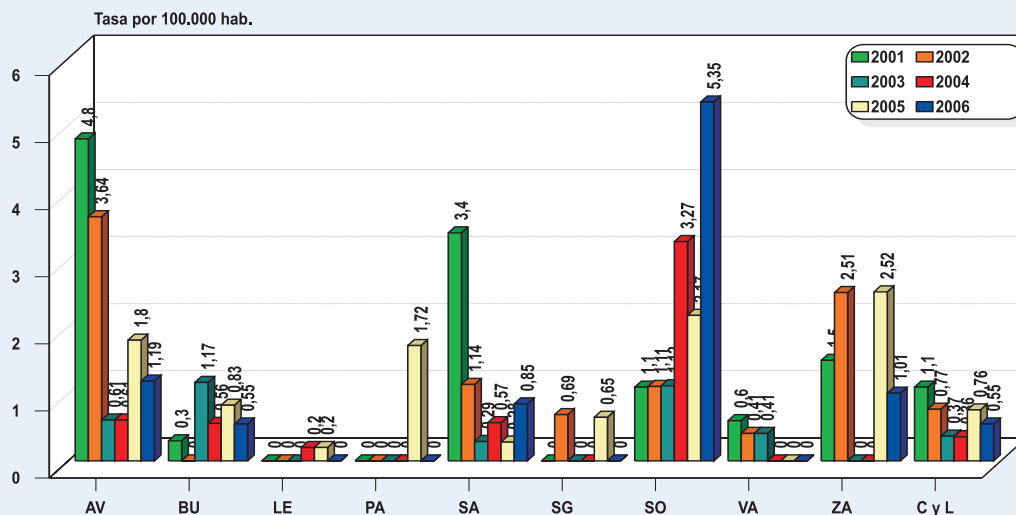


Fuente: Enfermedades de declaración obligatoria de Castilla y León

FIGURA 7

Vigilancia epidemiológica de fiebre exantemática mediterránea.

Tasa de incidencia



Fuente: Enfermedades de declaración obligatoria de Castilla y León

Los reservorios de esta enfermedad son los roedores salvajes y las propias garrapatas.

El hombre se infecta por picadura o por inoculación de una garrapata infectada (especies del género *Ornithodoros*), y tras un período de incubación de 5-15 días (por lo general 8 días) manifiesta los primeros síntomas de la enfermedad.

Esta enfermedad se caracteriza por la aparición de períodos febriles de duración de 2-9 días, con lapsos afebriles de 2-4 días. Puede acompañarse de un exantema petequeial.

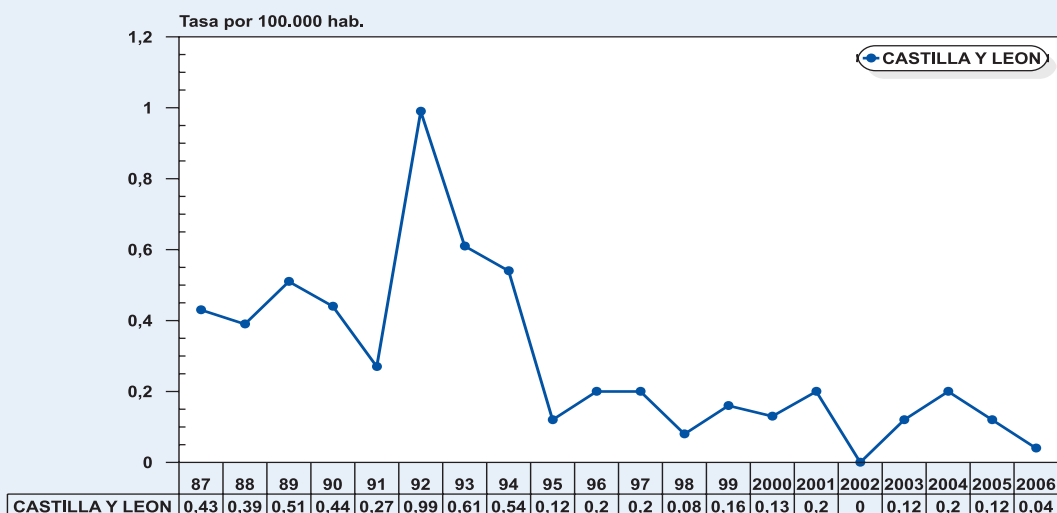
Se sospecha esta enfermedad ante una clínica sugestiva, debiendo posteriormente confirmarlo mediante una prueba de laboratorio (demostración del agente causal en preparaciones de sangre fresca en campo oscuro, o en frotis de gota gruesa, o en extensiones de sangre).

Durante el **2006** se han notificado a nivel nacional un total de 13 casos: Andalucía notificó 8 casos; le siguen Aragón con 2 casos, y Baleares, Extremadura y Castilla y León con 1 caso. No se dispone de datos globales nacionales ya que es una enfermedad endémica de ámbito regional desde 1996.

FIGURA 8

Vigilancia epidemiológica de fiebre recurrente por garrapatas.

Evolución de la tasa de incidencia. 1987-2006



Fuente: Enfermedades de declaración obligatoria de Castilla y León

El caso notificado en **Castilla y León** se ha producido en la provincia de Zamora obteniéndose una tasa global de 0,040 casos por 100.000 habitantes. **Figura 8.**

Tularemia

Enfermedad que se caracteriza por distintas formas clínicas: Úlceroglandular (úlceras cutáneas con linfadenopatía regional), Glandular (linfadenopatía regional sin úlcera), Óculoglandular (conjuntivitis con linfadenopatía preauricular), Orofaringea (estomatitis o faringitis o tonsilitis y linfadenopatía cervical), Intestinal (dolor abdominal, vómitos y diarrea), Neumónica (enfermedad pleuropulmonar primaria) y Tifoídica (enfermedad febril sin precoz localización de signos o síntomas).

La **vía de infección** es el contacto directo con el animal enfermo o muerto (principalmente liebres, conejos, ratas, otros roedores y, en menor medida, otros animales), fundamentalmente a través de la piel, pero también de la conjuntiva del ojo o las mucosas de boca y nariz. También puede transmitirse por picaduras (de insectos y garrapatas) y por ingestión de agua contaminada (por animales muertos, su orina o sus heces) o de carne cruda o poco cocida del animal enfermo. Nunca se transmite de persona a persona.

El diagnóstico clínico se apoya en la evidencia de antecedentes de mordedura

de garrapata, picadura de otros artrópodos, exposición a tejidos de un animal huésped de *Francisella tularensis* o exposición a agua potencialmente contaminada.

La **confirmación de laboratorio** se realiza mediante:

- Aislamiento de *F. tularensis* en una muestra clínica.
- Seroconversión.

Clasificación epidemiológica de casos:

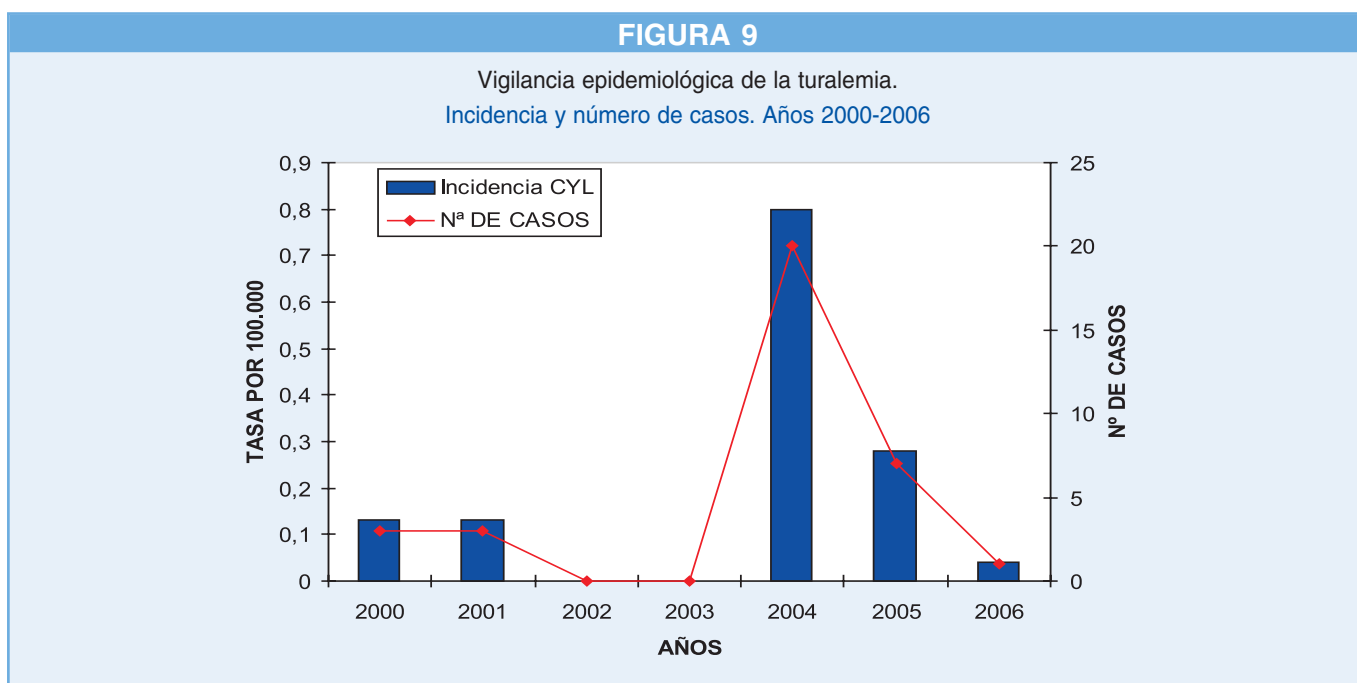
Caso Sospechoso: Clínicamente compatible y epidemiológicamente relacionado con los factores de riesgo descritos para la enfermedad.

Caso Probable: Compatible clínicamente y:

- Título(s) elevado(s) de anticuerpos séricos a antígeno de *F. tularensis* (sin documentación de seroconversión) en un paciente sin antecedentes de vacunación contra la tularemia, o
- Detección de *F. tularensis* por inmunofluorescencia en una muestra clínica.

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

En Castilla y León en el año 2006, se ha notificado un único caso de tularemia humana en la provincia de Salamanca, lo que supone una tasa de 0,04 casos por 100.000 habitantes. **Figura 9.**

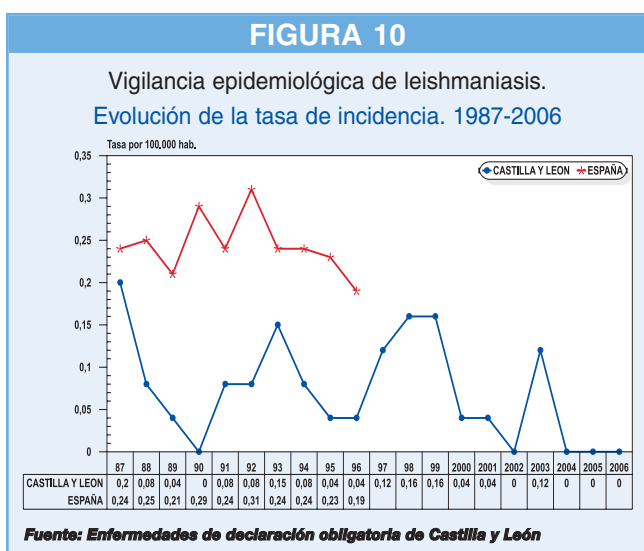


El último pico de incidencia observado se produjo en 2004 en la provincia de Zamora asociado a la manipulación de canchales.

Leishmaniasis

En el año 2006, en España se han notificado 123 casos de Leishmaniasis. Andalucía comunicó 43 casos, Baleares 35, seguidas por Madrid con 19 y Cataluña 15. En Castilla y León no se ha notificado ningún caso.

Figura 10.

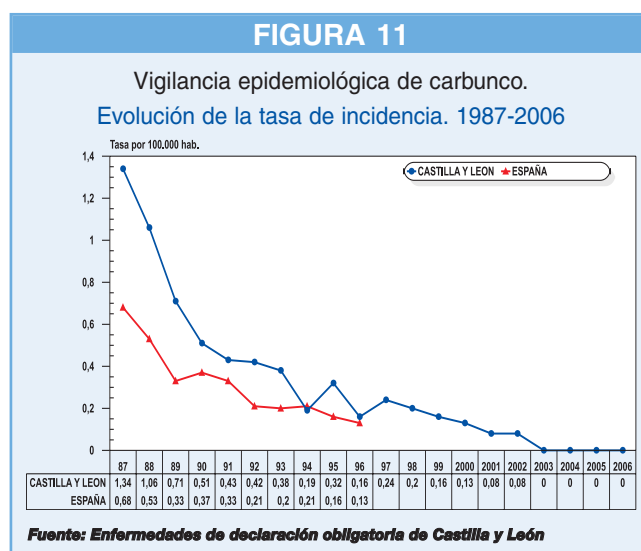


Carbunco

El **carbunco** está considerado como una zoonosis endémica de ámbito regional, por lo que solo es declarada por algunas comunidades.

A nivel estatal el número de casos comunicados ha aumentado de 10 en 2005 a 13 en 2006 y sigue siendo Aragón con 9 casos, la comunidad más afectada.

Seguida por Castilla-La Mancha (3) y Extremadura (1). En Castilla y León no se ha notificado ningún caso.



Sistema de alertas Epidemiológicas de Castilla y León

Alerta Epidemiológica

Fines de semana y festivos **24h**

Fuera del Horario Laboral (Tardes, noches, fines de semana y festivos)

Horario Laboral (Lunes a Viernes de 8 a 15 horas)

112 Castilla y León

TELÉFONOS SERVICIOS TERRITORIALES DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL			
Ávila	920355073	Palencia	979715400
Burgos	947280100	Salamanca	923296022
León	987296240	Segovia	921417174
		Soria	975236600
		Valladolid	983413760
		Zamora	980547400

Suscripciones: Envío gratuito, siempre que sea dirigido a profesionales sanitarios. Solicitudes: Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Sanidad. Paseo de Zorrilla nº 1. 47071 VALLADOLID.