



LAS INFECCIONES EN SORIA HISTORIOGRAFÍA MÉDICO SANITARIA EN EL SIGLO XX y XXI.- (IV)

INTRODUCCIÓN

La SÍFILIS es una infección o proceso de transmisión sexual cuya incidencia no ha sobrepasado en los últimos años más de 8-10 casos en Soria, y en general han sido los hombres los portadores de anticuerpos antitreponémicos.

La BRUCELOSIS es un proceso que ha disminuido sus tasas de incidencia aunque en años como 1997 se diagnosticaran 46 casos nuevos (39 H y 7 M) de los que el 80,4% estaba en contacto directo con animales. Esta zoonosis sigue presentando tasas que condicionan se siga realizando una educación sanitaria y medicina preventiva a la hora de elaborar y consumir alimentos.

Aunque en práctica regresión y teórica extinción, la HIDATIDOSIS ha seguido provocando casos nuevos en décadas recientes. Así en 1997 se diagnosticaron 11 casos en hombres y 10 en mujeres, frente a los 15 de 1996 y además en localizaciones atípicas: muscular, osteomuscular y vertebral. Fue precisamente el Dr. Calvo Melendro quien describió hace ahora 90 años el primer caso de hidatidosis cardíaca.

En cuanto a las HEPATITIS VIRALES son procesos infecciosos con tendencia estable, aunque progresiva. En 1997 se diagnosticaron en Soria 1 caso de VHA, 4 de VHB aguda, 14 (2 Mujeres) de VHB crónica y 91 de VHC (23 Mujeres).

Periodo	Nº H	Nº M	TBI H	TBI M	TAMI H	TAMI M	TAEI H	TAEI M
2000 2004	47	43	20,6	18,9	12,6	13,7	17,9	18,4
2005 2009	39	42	17,1	18,5	10,6	13,6	14,8	16,9
	TRICHOMONAS		CLAMYDIA		NEISSERIA		UREAPLASMA	
1990	19		7		2		2	
1994	23		1		0		3	
1997	11		6		1		2	
2000	10*							
2009	9*							

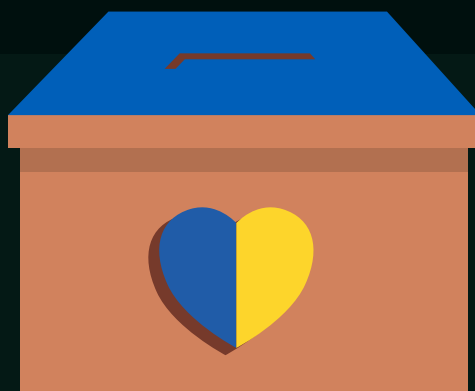


FIESTAS POPULARES EN LA PROVINCIA DE SORIA 1890-2019



Historiografía médico-aurina. Álbum de tradiciones

Dr. Juan Manuel RUIZ LISO



Donación para
UCRANIA
en las oficinas de
Caja Rural
Libro 15 €uros



Enfermedades infecciosas y parasitarias TAMM HTAMM M		
Total ESPAÑA	16	14
Andalucía	17	14
Aragón	14	13
Asturias	14	13
Baleares	17	12
Canarias	18	19
Cantabria	21	16
Castilla y León	16	16
Castilla- Mancha	15	16
Cataluña	15	14
Valencia	17	15
Extremadura	18	14
Galicia	17	11
Madrid	13	12
Murcia	14	16
Navarra	12	9
País Vasco	15	13
Rioja	8	9
Ceuta	53	35
Melilla	33	33

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

Es significativo observar la reducción de infecciones vaginales en los estudios citológicos de los últimos años en los screenings/ revisiones, femeninos anuales(*). A pesar del incremento de las displasias severas, sin embargo, no van ligadas a estos procesos y si, con mayor frecuencia al VPH (Papiloma Virus).

SIDA: VIH

En esta provincia la mortalidad por este proceso es mínima y no significativa, dado además el hecho de que la mayoría de los pacientes eran residentes temporales que regresaban a morir a sus lugares de origen. Así tan solo ha fallecido un paciente VIH (+) en el año 2008 (varón) y ninguna mujer. En el 2000 como ejemplo inmediato anterior, 2 hombres (0 mujeres).

ABREVIATURAS

H/M: razón intersexos hombre/mujer

M/I: razón tasas mortalidad/tasas de incidencia

I/M: razón tasas incidencia /tasas mortalidad

TB: tasa bruta ($\times 10^5$ h.)

TBI/TBM: incidencia/mortalidad

TAM: Tasa ajustada a la población estándar mundial ($\times 10^5$ h.)

TAE: Tasa ajustada a la población estándar europea ($\times 10^5$ h.)

TAMI: tasa ajustada incidencia a población mundial estándar ($\times 10^5$ h.)

TAMM: tasa ajustada mortalidad a población mundial estándar ($\times 10^5$ h.)

TAEI: tasa ajustada incidencia a población europea estándar ($\times 10^5$ h.)

TAEM: tasa ajustada mortalidad a población europea estándar ($\times 10^5$ h.)

RR: Riesgo Relativo

MORTALIDAD 2008 ESPAÑA x 100.000 habitantes Tasa Bruta Mortalidad Hom/Muj	TBM H	TBM M
001-008 I.Enfermedades infecciosas y parasitarias (1)	17,9	15,9
001 Enfermedades infecciosas intestinales	0,8	1,3
002 Tuberculosis y sus efectos tardíos	1	0,5
003 Enfermedad meningocócica	0,1	0,1
004 Septicemia	8,5	9,6
005 Hepatitis vírica	1,9	2
006 SIDA	4,2	1,1
007 VIH+ (portador, evidencias de laboratorio del VIH,...)	0,01	0
008 Resto de enfermedades infecciosas y parasitarias y sus efectos tardíos	1,4	1,2



TBM SIDA x 100.000 habitantes	1991	2000	2008
TOTAL ESPAÑA	11,7	7,1	2,6
Andalucía	6,9	5,8	2
Aragón	8,6	5,7	3,4
Asturias	7,1	5,8	0,8
Baleares	14,8	13,1	5,8
Canarias	5,7	6,5	2
Cantabria	9,1	3,8	2
Castilla y León	5,3	6,4	1,2
Castilla-La Mancha	4,6	2,4	1,3
Cataluña	1,8	8,4	2,7
Valencia	10,5	5,1	2,5
Extremadura	3,4	3	0,7
Galicia	9	5,5	2,9
Madrid	23,4	12,4	3,8
Murcia	6,2	6,5	4
Navarra	9,6	4,4	3,2
País Vasco	17,5	9,7	3,2
Rioja	12,1	8,2	3,6
Ceuta		8,4	2,8
Melilla		6,1	3



BOLETIN EPIDEMIOLÓGICO DE CASTILLA Y LEÓN

Nuevas infecciones por VIH 2011-2018

El número de casos notificados desde el año 2009 es de 1.253 nuevos casos de infección por VIH. En el año 2011 se notificaron un total de 172, tasa de incidencia de 6,72 por 100.000 habitantes; en 2012 se notificaron 139, con una tasa de incidencia de 5,46; en 2013 se han notificado 131 con una tasa de incidencia de 5,20; en 2014 se han notificado 116 con un tasa de incidencia por cien mil habitantes de 4,65; en 2015 se han notificado 92 con un tasa de incidencia de 3,71; en 2016 se han notificado 93 con un tasa de incidencia de 3,79; en 2017 se han notificado 92 con una tasa de incidencia de 3,78 y en 2018, 110 casos con una tasa de 4,56. Salamanca con 34 (9,63/100.000) en 2011, Valladolid con 42 (7,86/ 100.000) en 2012, de nuevo Valladolid con 41 (7,70/100.000) en 2013 y en 2014 con 29 (5,49/100.000), Soria con 5 (5,45/100.000) en 2015 y en 2016 con 6 (6,61/100.000), Burgos con 22 (6,15/100.000) en 2017 y de nuevo Soria con 8 (9,03/100.000) en 2018 son las provincias que presentan mayor tasa de incidencia. La distribución provincial puede verse en la tabla.



Tabla 1. Nuevos casos de infecciones por VIH Castilla y León. Distribución provincial. Tasa por 100.000 habitantes.

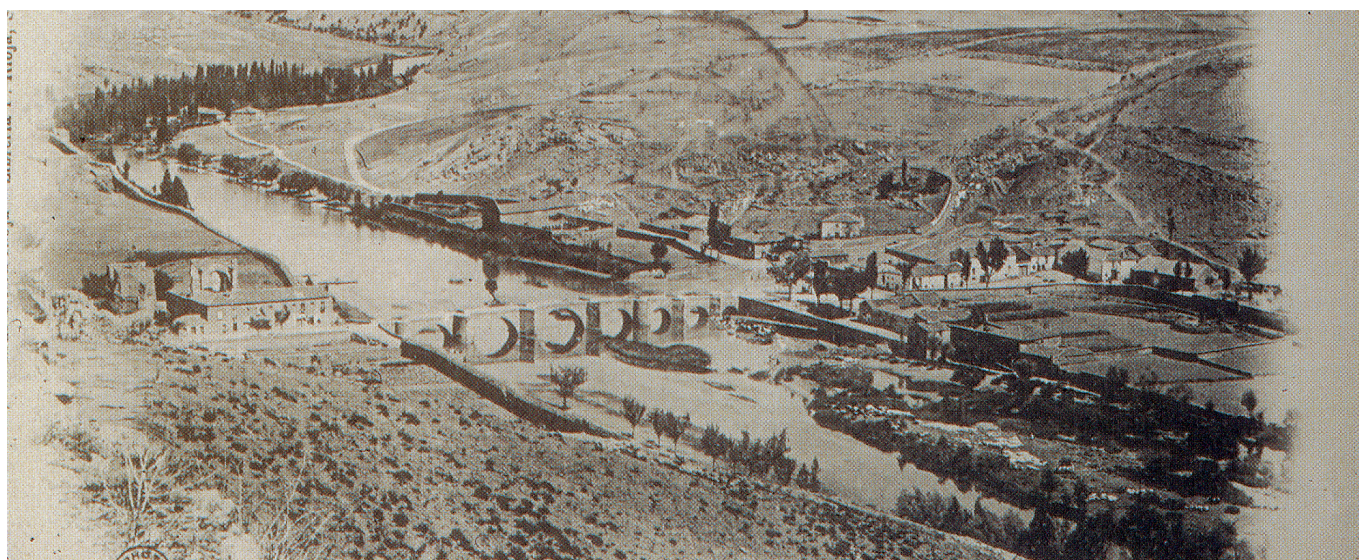
Provincia	Año 2011		Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016		Año 2017		Año 2018	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Ávila	4	2,32	9	5,26	5	2,96	4	2,39	4	2,41	7	4,28	2	1,24	8	5,05
Burgos	31	8,25	20	5,33	22	5,93	20	5,48	14	3,86	11	3,06	22	6,15	23	6,44
León	22	4,42	24	4,85	17	3,47	18	3,71	16	3,33	19	4,00	14	2,98	12	2,59
Palencia	13	7,57	5	2,93	10	5,92	9	5,38	6	3,62	2	1,22	5	3,07	5	3,09
Salamanca	34	9,63	20	5,71	21	6,08	18	5,23	16	4,68	15	4,43	15	4,46	19	5,73
Segovia	5	3,05	11	6,72	2	1,24	4	2,51	3	1,90	2	1,28	5	3,22	2	1,30
Soria	5	5,25	3	3,17	6	6,43	5	5,40	5	5,45	6	6,61	3	3,33	8	9,03
Valladolid	49	9,16	42	7,86	41	7,70	29	5,49	26	4,93	25	4,76	23	4,40	29	5,58
Zamora	9	4,65	5	2,61	7	3,72	9	4,83	2	1,09	6	3,31	3	1,68	4	2,29
Castilla y León	172	6,72	139	5,46	131	5,20	116	4,65	92	3,71	93	3,79	92	3,78	110	4,56

Cifras de población, a 1 de enero de 2018. (Fuente: Consejería de Sanidad con datos del INE).

El 82,52% de las nuevas infecciones son hombres y 17,48% mujeres

DS: Desviación Standar

La media de edad es de 38,70 (DS±11,5) años y la moda es de 33. El grupo de edad con más casos es el de 30 a 39 años (33,68%) seguido del grupo de 40 a 49 años de edad (45,10%). La evolución de la edad a lo largo de estos ocho años puede verse más adelante. Podemos ver un descenso de los nuevos casos de VIH en mayores de 40 años, y un importante incremento en los menores de esa edad. La edad media de los nuevos infectados según la categoría de transmisión es para los heterosexuales de 41,24 años (DS±11,01), en los PID (personas que se inyectan drogas) es de 40,25 años (DS±8,59) y entre los hombres que tienen relaciones con hombres (HSH) es de 34,78 años (DS±9,73). Destacamos, la tendencia a disminuir la edad media, y la moda de la edad de los nuevos diagnósticos de VIH a lo largo de estos ocho años.



CONCLUSIONES

- Durante el año 2018, se ha producido incremento en el número de nuevas infecciones por VIH en Castilla y León.
- Se infectan más hombres que mujeres.

En 2018 la mayor tasa aparece en hombres de 30 a 34 años seguidos de los de 20 a 24.

- En 2018, se ha producido un descenso en los mayores de 40 a 49 años. Pasando del 24% en 2011 a 14,55 en el 2018. • Más del 23,06 % de las nuevas infecciones son menores de 29 años.
- La edad media ha descendido, pasando de 37,88 años en 2011 a 35,77 años en 2018.
- La moda en 2018 ha sido de 21 para los heterosexuales y 23 para los HSH, indicando que el 50% de las nuevas infecciones tienen menos de 21 o 23 años según su comportamiento de riesgo.
- En la actualidad el VIH se transmite fundamentalmente por vía sexual en 2018 el 85,45%. En los hombres las relaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres es superior a las relaciones heterosexuales. Más de la mitad de nuevos diagnósticos de 2018 el comportamiento de riesgo es por relaciones sexuales entre HSH. • Se evidencia un retraso diagnóstico de la infección por VIH, a pesar de que la prueba del VIH es gratuita. El 45,41% de los nuevos diagnósticos ya tenían una inmunodepresión moderada-grave (linfocitos CD4). HSM. Homosexuales hombres.

SALMONELOSIS, BOTULISMO Y BRUCELOSIS

Al igual que en el anterior apartado, hoy podemos presumir de que en los últimos años y especialmente en los veranos, las toxiinfecciones alimentarias han desaparecido de nuestros centros de salud y servicios de urgencias. El control sanitario de los alimentos y las políticas de salud y seguridad alimentaria unida a grandes campañas de educación para la salud lo han hecho posible. Es fundamental insistir en la educación para la salud en los centros escolares, laborales y sociales. Si observamos las tablas de mortalidad de principios de siglo, comprenderemos el gran avance que sanitariamente hemos conseguido, en patologías como la Fiebre tifoidea, la Fiebre de Malta y el mismo botulismo -conservas-. La utilización obligatoria de mayonesas industriales y de otros productos de temporalidad controlada han hecho posible que prácticamente se hayan erradicado, aunque nunca debe bajarse la guardia.



SALMONELOSIS

Situación epidemiológica

Trece CCAA, Ceuta y Melilla notificaron un total de 10.154 casos de salmonelosis en 2016. Se notificó el serotipo en 3.325 casos (32,7%). En los casos en los que se conoce el serotipo, el 58,7% de ellos fueron Salmonella Typhimurium (1.953), el 33,4% S. Enteritidis (1.110), el 3,8% S. Typhimurium Monofásica (126). El siguiente serotipo en frecuencia fue S. Newport con 0,75% de los casos (28).

Distribución temporal

Se utilizó la información de 42 laboratorios que notificaron al SIM de manera constante en los últimos seis años para evaluar la tendencia. En 2016 el número de casos declarados por esos 42 laboratorios fue de 3.937 casos y aumentó con respecto al 2015 (3.664 casos).

La tendencia fue desigual en función del serotipo estudiado. Se observó un ascenso del número de casos de S. Typhimurium desde 2011 y un aumento de los casos de S. Enteritidis con respecto al año pasado en el que se había producido un marcado descenso.

Características de los casos

Se dispone de información sobre sexo en 10.123 casos (99,7%), siendo el 51,1% de los casos (5.172) hombres. La edad se conoce para 10.132 casos (99,8%). El 30% (3.072) eran menores de 5 años y el 16,1% (1.634) mayores de 65.



BRUCELOSIS SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Distribución temporal y geográfica

El número de casos de brucelosis declarados en 2016 fue de 48, tres de ellos fueron casos importados que no se han tenido cuenta en el análisis. De los 45 casos, 37 fueron casos confirmados y ocho probables y la tasa fue de 0,10 casos por 100.000 habitantes. La tasa de incidencia viene descendiendo de forma constante desde los años 90, situándose en los últimos años por debajo 0,40 casos por 100.000.

Vigilancia de Brucelosis, 2010-2016

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Sólo 11 CCAA han declarado casos. Las CCAA del centro y sur peninsular son las que presentaron tasas más altas, mientras que las CCAA de la cornisa cantábrica y litoral mediterráneo se mantuvieron con tasas bajas.

Informe anual. Año 2016 por vectores

Vigilancia de Brucelosis. España, 2016. Incidencia por Comunidades Autónomas

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

La incidencia más alta se registró en Aragón con cuatro casos y tasa de 0,30 por 100.000 habitantes, seguida de Castilla La Mancha (5 casos, tasa 0,24), Andalucía (17 casos, tasa 0,20), Extremadura (2 casos, tasa 0,18), Castilla y León (3 casos, tasa 0,12) y Comunidad Valenciana (5 casos, tasa 0,10). Con incidencia inferior a la tasa global están Cataluña (2 casos, tasa 0,03), Galicia (1 caso, tasa 0,04), Canarias (1 caso, tasa 0,05) Madrid (3 casos, tasa 0,05) y País vasco (1 caso, tasa 0,09). El resto de comunidades no declararon ningún caso. Se notificó una defunción en una mujer de 85 años.





Características de los casos

El 60% (27) de los casos fueron hombres. La incidencia en hombres fue superior a la de mujeres (0,12 vs 0,08) especialmente a partir de los 24 años de edad. Las tasas más elevadas correspondieron al grupo de 85 y más años para los hombres (0,43 por 100.000) y en el grupo de 15-19 años para las mujeres (0,19 por 100.000).

En dos de los casos confirmados se notificó un alimento como el factor de exposición previo a la enfermedad y en tres casos más el antecedente de riesgo fue contacto con animales enfermos.

Año 2016. Zoonosis 90

La brucelosis es una enfermedad de carácter ocupacional que afecta a personas que trabajan con animales. Las especies más frecuentes que producen enfermedad en España son *B. melitensis*, que afecta al ganado ovino y caprino, y *B. abortus*, que afecta al ganado vacuno. Las vías más frecuentes de transmisión al hombre son la infección por vía aérea y alimentaria.

En España es una enfermedad en vías de control y sujeta a programas de erradicación en animales. Debido al éxito de estos programas, la incidencia en humanos ha descendido drásticamente. No obstante, esporádicamente se producen brotes en trabajadores de mataderos que sacrifican animales procedentes de las campañas de saneamiento, y con menos frecuencia, casos o brotes familiares por el consumo de leche o productos lácteos sin control sanitario elaborado con leche de animales enfermos. En 2016 no se notificó ningún brote de esta enfermedad.



HIDATIDOSIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2016 se declararon 111 casos de hidatidosis en España (tasa de 0,24 casos/100.000 habitantes). También se declaró un caso importado de Italia. La incidencia fue inferior a la notificada para 2015 (154 casos, tasa de 0,33). En el periodo de 2010 a 2016 las tasas oscilaron entre 0,35 casos por 100.000 en 2013 y 2014 y 0,24 en 2011. La incidencia siempre ha sido superior en los hombres, excepto en los años 2010 y 2011 y 2015 donde se igualó. Todos los casos notificados fueron confirmados.

En 2016 10 CCAA declararon casos. Las que presentaron tasas más altas fueron Navarra (12 casos, tasa de 1,88 por 100.000), Castilla y León (28 casos, tasa de 1,14), Aragón (7 casos, tasa de 0,53 por 100.000) y Castilla La Mancha (10 casos, tasa 0,49).

Características de los casos

La incidencia fue superior en hombres (68 casos, tasa 0,30) que en mujeres (43 casos, tasa 0,18). Al grupo de edad de 65 a 74 años correspondieron las tasas más elevadas, especialmente para hombres (21 casos, tasa 1,09). No hubo casos en menores de 15 años de edad

Discusión

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria producida por cestodos del Género *Echinococcus*, principalmente *E. granulosus*. En España el principal ciclo de transmisión es un ciclo doméstico entre ganado ovino, perro y hombre. Por esta razón es más frecuente en regiones con alta producción ganadera.

En los años 80 se pusieron en marcha programas de control y erradicación de hidatidosis en diferentes CCAA. Estos programas se basaban fundamentalmente en:

-Desparasitación y control de perros, control de vísceras en mataderos y de cadáveres en el campo e información a los profesionales y al público en general. Los programas produjeron buenos resultados en cuanto al descenso de la incidencia en los animales y en humanos.



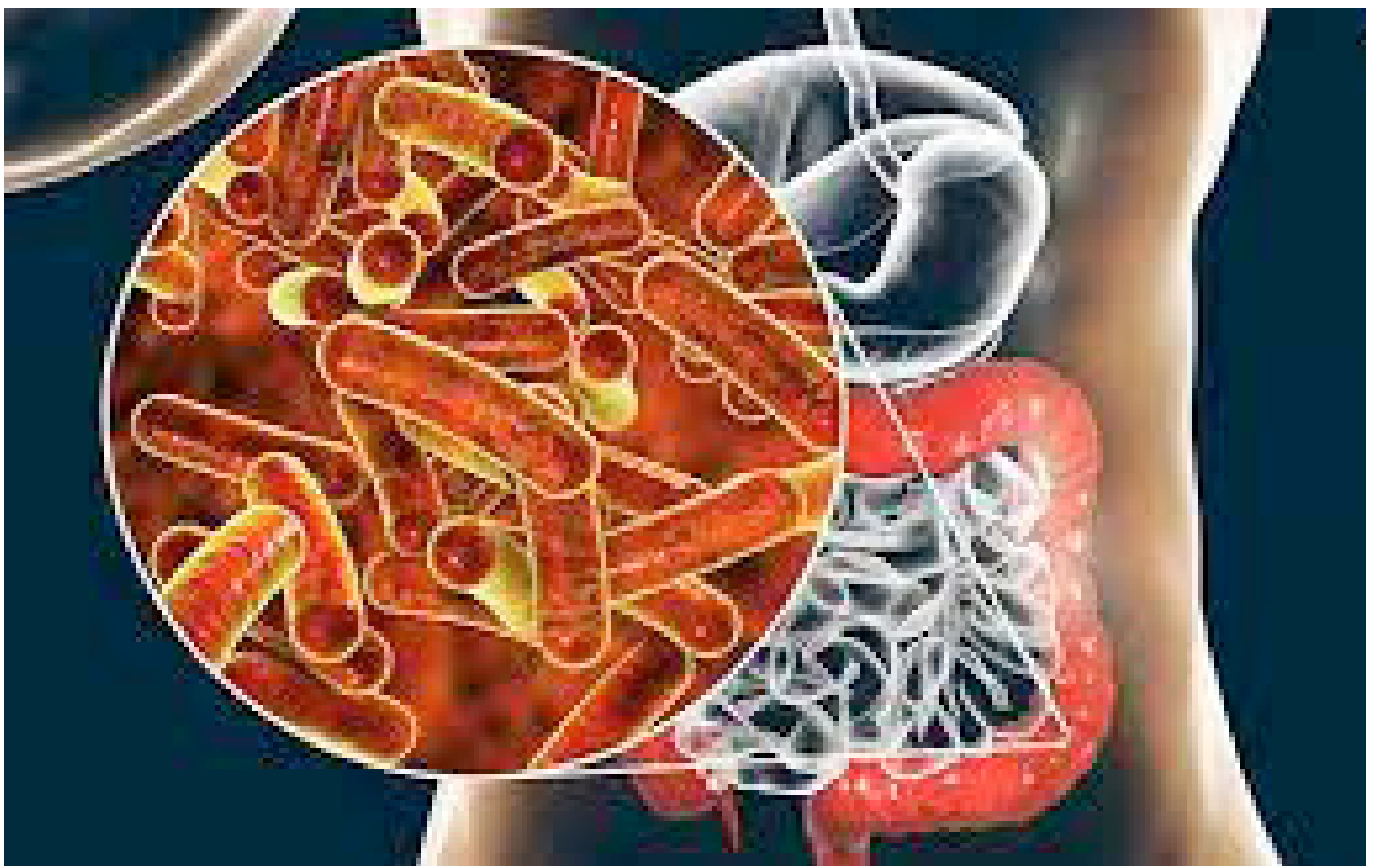
SHIGELOSIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2016 se notificaron 309 casos de shigelosis, de los que 16 casos fueron importados. La incidencia fue de 0,63 casos por 100.000 habitantes.

Melilla fue la ciudad autónoma que notificó una mayor incidencia de shigelosis en 2016 (9,5 casos por 100.000 habitantes), le siguieron Ceuta, Castilla La Mancha y País Vasco con 2,4; 1,8 y 1,8 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Asturias, Cantabria y La Rioja no notificaron ningún caso.



TRIQUINOSIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2016 se notificaron 14 casos de triquinosis, 12 de ellos confirmados (85,14%) y 2 probables (14,72%), lo que supuso una tasa de incidencia para ese año de 0,03 casos por 100.000 habitantes.



Características de los casos

Todos los casos de triquinosis se dieron en personas en los grupos de edad entre 15 y 84 años. Ocho casos fueron hombres. Requirieron ingreso hospitalario tres casos.

De los 14 casos, 13 corresponden a dos brotes ocurridos en Andalucía. En el primer brote se notificaron 9 casos confirmados (6 hombres y 3 mujeres) y se aisló *Trichinella* spp en restos de carne cruda de jabalí procedente de una montería. En el segundo brote hubo 4 afectados (2 hombres y 2 mujeres) se confirmaron sólo dos de los casos. Todos consumieron carne de jabalí procedente de una montería.

CARBUNCO

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2016 se declararon 4 casos de carbunco. Sólo uno de ellos se confirmó; los otros tres fueron casos probables. Desde el año 2010 se han notificado un total de 43 casos de carbunco a la RENAVE. La mayoría de los casos se clasifican como probables de acuerdo a la clínica y al antecedente epidemiológico de exposición y no se llegan a confirmar.

Las CCAA que declararon casos en 2016 fueron Extremadura (3 casos) y Aragón (1 caso).
Vigilancia de Carbunco. España, 2016

Casos notificados por Comunidades Autónomas

Características de los casos

Los 4 casos declarados en 2016 fueron hombres. Un caso tenía 32 años, dos casos 49 y el cuarto 72 años. Los tres casos probables presentaron una forma clínica cutánea y todos tenían, entre los antecedentes epidemiológicos, contacto con ganado o trabajos en el campo. El caso confirmado presentó una clínica de meningitis con buena evolución. De la investigación epidemiológica se concluyó que la exposición de mayor riesgo pudo ser realizar trabajos de albañilería y desescombro de un edificio que pudo albergar ganado con anterioridad.

Discusión

El número de casos de esta enfermedad ha descendido drásticamente en España en los últimos años. La forma más frecuente es el carbunco cutáneo que afecta principalmente a hombres adultos (agricultores, ganaderos, matarifes y trabajadores de la industria de la piel y el pelo). Se presenta en forma de casos esporádicos. No se notificaron brotes en 2016.

La prevención del carbunco en las personas está unida al control de su distribución entre los animales. Desde la introducción en los años 70 de la vacuna en los herbívoros, se ha reducido drásticamente el número de casos humanos.



PAROTIDITIS

Conocida vulgarmente como Paperas.

Situación epidemiológica Distribución temporal y geográfica

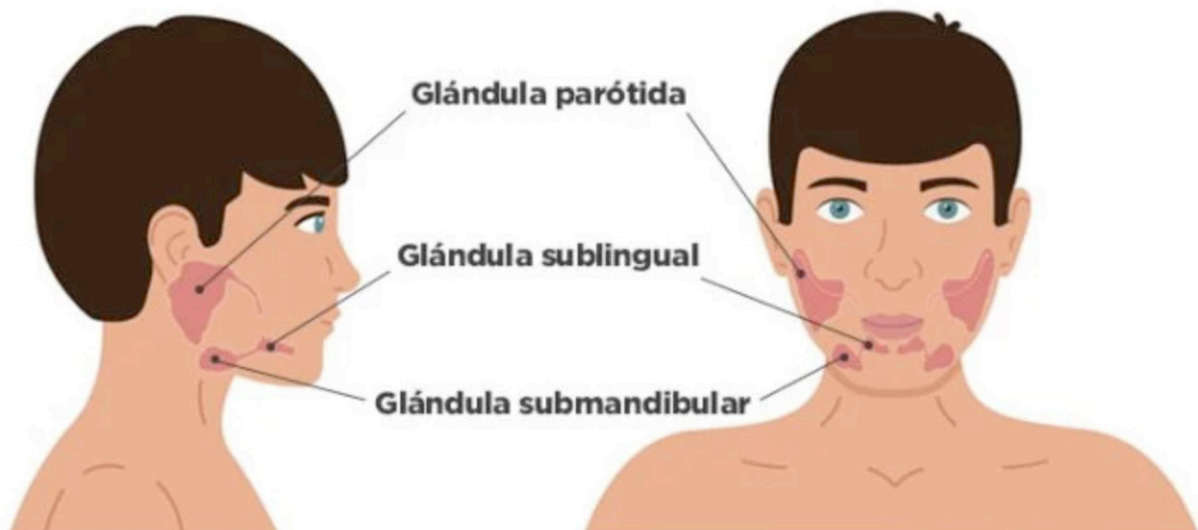
La parotiditis es una enfermedad epidémica que se presenta en ondas cíclicas cada 4-5 años. La introducción de la vacuna triple vírica en el calendario de vacunación infantil a principio de los años ochenta redujo drásticamente la incidencia de la enfermedad. A mediados de la década de los 90 la parotiditis recuperó su presentación cíclica y desde entonces se han producido 4 ondas epidémicas (1994-1997, 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2014). En 2015 se inició la 5ª onda epidémica, que en 2016 se encontraba en fase ascendente (5.038 casos) con una incidencia de 10,8 casos por 100.000 h., un 27% más que 2015.

Son enfermedades prevenibles por la vacunación.

Por comunidades autónomas la incidencia de parotiditis en 2016 presentó un rango amplio. Las tasas más altas se notificaron en Castilla y León (18,2 casos por 100.000 hab.), Galicia (16,0 casos por 100.000 hab.), Baleares y Cataluña (14,6 casos por 100.000 hab.). En el otro extremo las incidencias más bajas se registraron en Andalucía (2,7 por 100.000 hab.) y Murcia (3,4 por 100.000 hab.). En Melilla no se notificaron casos y en Ceuta solo se notificó un caso de parotiditis.

Características de los casos: La parotiditis fue más frecuente entre hombres que entre mujeres; en 2016 el 55,5% de las parotiditis se produjeron en hombres. Esta diferencia es más acentuada en los menores de 1 año (4,8 casos por 100.000 hab. en niños y 1,5 casos por 100.000 hab. en niñas) y 1-4 años (40,7 casos por 100.000 hab. en niños y 28,4 casos por 100.000 hab. en niñas). La parotiditis es una enfermedad que sigue apareciendo periódicamente en zonas del mundo con programas de vacunación bien establecidos y muchos

GLÁNDULAS SALIVALES



casos se diagnostican en personas que han recibido dos dosis de vacuna. La efectividad vacunal del componente parotiditis de la vacuna triple vírica es menor que la efectividad de los componentes frente a sarampión y rubeola. Por ello, las altas coberturas de vacunación no impiden la circulación del virus en la población ni la aparición de casos, aunque sí reducen la gravedad y las complicaciones clínicas asociadas a la infección por el virus de la parotiditis.

SARAMPIÓN

Situación epidemiológica Distribución temporal y geográfica

En España la vacuna triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) se introdujo en el calendario de vacunación infantil en 1981; gracias a las altas coberturas alcanzadas y a la incorporación de una segunda dosis de vacuna en 1996 se consiguió reducir drásticamente los casos de sarampión. En el año 2001 España se sumó al objetivo europeo de eliminación del sarampión y se estableció el Plan de Eliminación del Sarampión en todo el territorio nacional. Entre 1999 y 2009 la incidencia de sarampión se mantuvo en niveles de eliminación, por debajo de 1 caso por 100.000 habitantes y año. Entre 2010 y 2013 (pico máximo en 2011: 7,11 casos por 100.000 habitantes), el sarampión registró una onda epidémica, similar a la registrada en toda la Unión Europea. Después el sarampión ha vuelto a los niveles de eliminación con incidencia por debajo de un caso al año por millón de habitantes (35 casos; 0,08 casos por 100.000 habitantes en 2016).

Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Vigilancia de Sarampión, 1986-2016. Fuente: Plan nacional de eliminación de Sarampión y Rubéola En 2016, diez comunidades notificaron sospechas de sarampión, aunque solo en seis se confirmaron casos: Andalucía (2), Baleares (7), Cataluña (8), Madrid (10), Navarra (1) y la Comunidad Valenciana (7) . De los 35 casos confirmados de sarampión, 23 (65,7%) se produjeron en el contexto de brote. Se notificaron 3 brotes: uno en Alicante-Madrid (15 casos), uno en las Islas Baleares (3) y otro en Barcelona (5). En dos brotes el origen fue importado (Reino Unido e Italia) y en los restantes el origen fue relacionado con la importación porque el primer caso se infectó en España, pero con un virus importado. En los tres brotes estuvo implicado el ámbito hospitalario, aunque la difusión también fue familiar y comunitaria. Uno de los brotes tuvo lugar en una familia que no había vacunado a los niños (3 y 7 años).

Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Año 2016. Enfermedades prevenibles por la vacunación. Características de los casos En 2016 se notificaron 11 casos importados y 24 casos relacionados con la importación, es decir que se produjeron por transmisión a partir de un caso importado. El 54,3% de los casos de sarampión fueron hombres. El grupo de edad más afectado el de menores de 1 año (1,96 casos por 100.000 hab.) seguido del grupo de 1-4 años (0,28 casos por 100.000 hab.); el sarampión también se dio en adultos jóvenes, sobre todo entre los 20 y 45 años de edad (0,05/ casos por 100.000 hab.), nacidos en su mayoría en la década de 1970 y 1980.

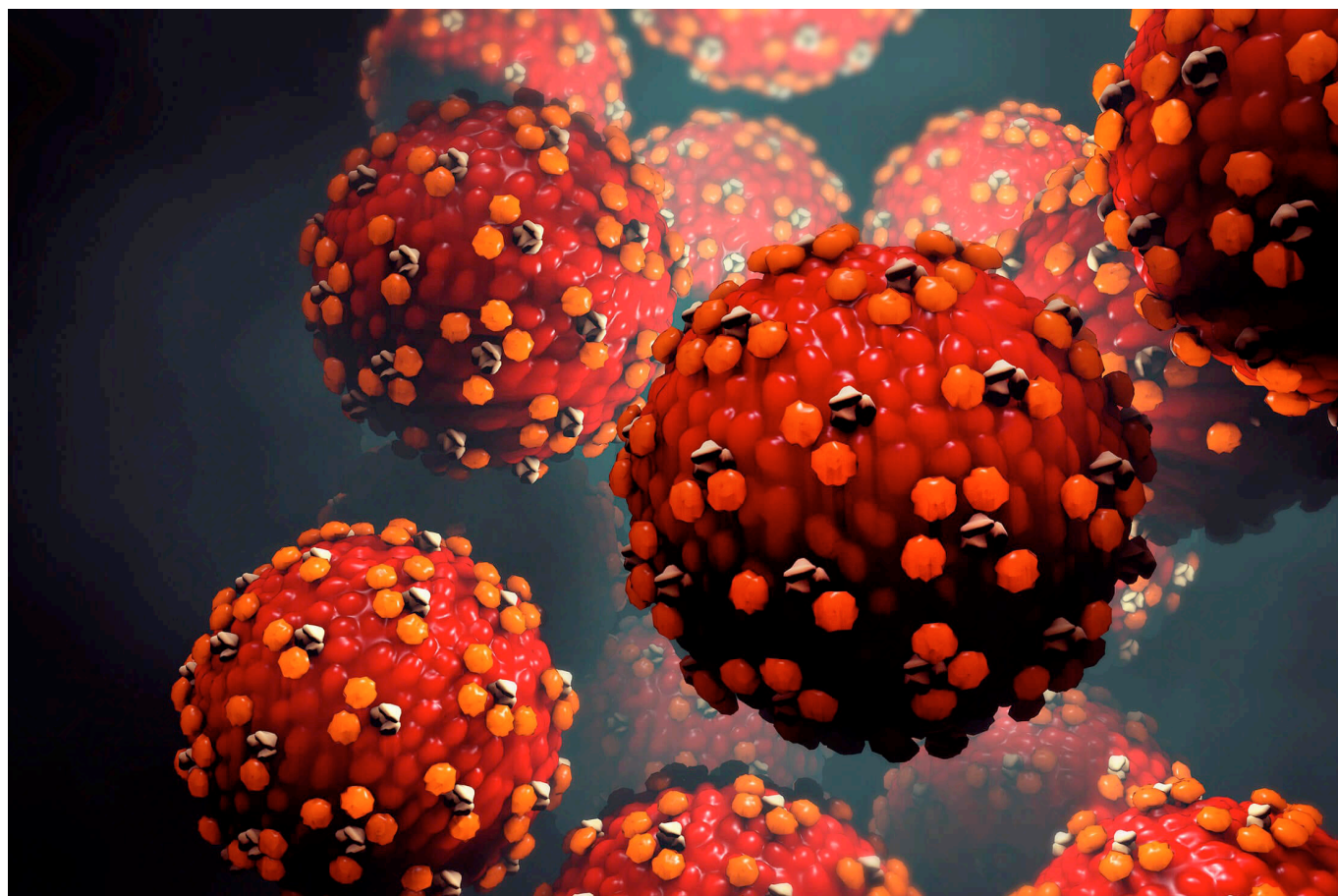


De los casos con información sobre antecedente de vacunación frente al sarampión, el 74,3% no estaba vacunado y el 14,3% había recibido solo una dosis. El 37,1% de los casos se hospitalizaron y el 14,0% cursó con complicaciones, fundamentalmente diarrea.

Discusión

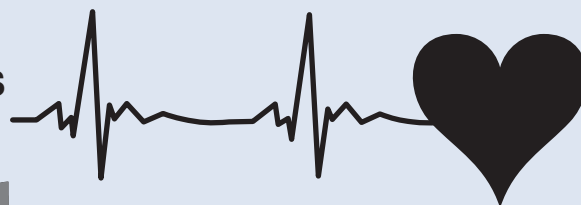
Tras la onda epidémica de 2010-2012, el sarampión ha vuelto al contexto de eliminación: se producen importaciones del virus que generan brotes de pequeño tamaño por falta de individuos susceptibles; se contagian del sarampión las cohortes esperadas: niños que todavía no han recibido la primera dosis de vacuna y adultos jóvenes -nacidos en la década de 1970 y 1980. Son las denominadas "cohortes históricamente susceptibles" nacidos antes y después del año de inclusión de la vacuna en calendario, ya que en ellas muchos individuos ni se vacunaron ni padecieron la enfermedad. Son grupos potencialmente susceptibles al sarampión y podrán contagiarse siempre que el virus circule en el territorio.

En 2017 la OMS declaró a España "libre de sarampión endémico". En adelante, el reto es preservar íntegra la inmunidad de la población frente al sarampión, manteniendo coberturas de vacunación >95% con dos dosis de vacuna triple vírica en la infancia. Reforzar la coordinación entre la vigilancia epidemiológica y de laboratorio ayudará a controlar en nuestro territorio las importaciones de sarampión que lleguen desde zonas donde hay circulación del virus (Centro Nacional de Epidemiología. Plan Nacional de Eliminación del Sarampión y de la Rubeola. Informe anual 2016. Madrid. Junio de 2017).



SORIA CARDIOPROTEGIDA

LOCALIZACIÓN DE DESFIBRILADORES CAJEROS AUTOMÁTICOS y DESAs en CAJA RURAL



24 HORAS

OFICINAS DE Caja rural de Soria

- Diputación, 1
- Avda. Mariano Vicén 39
- Camaretas
- Francisco de Agreda, 2
- Avda. Valladolid, 7
- Plaza de Mariano Granados nº 2.

POLICÍA LOCAL. Obispo Agustín, 1

POLICIA NACIONAL
Comisaría Nicolás Rabal 9

CUARTEL DE LA GUARDIA CIVIL
Eduardo Saavedra 2

PALACIO CONDES DE GÓMARA
AUDIENCIA PROVINCIAL



- Centro de Salud **Soria Norte**
- Centro de Salud Soria Sur. **La Milagrosa**
- Hospital de La **Virgen del Mirón:**
Entrada al hall
- Hospital de **Santa Bárbara.**
Urgencias y Pasillo Rx. Planta baja

CENTROS MÉDICOS

- **PAMA.** Ronda Eloy Sanz Villa 2
- **ASISA.** Pasaje Mariano Vicén
- **MC Mutual.** Venerable Palafox, 2 bajo
- **Mutua Universal.** Avda Duques De Soria 1

JORNADA LABORAL SIN FESTIVOS

- **Delegación Territorial**
Junta de Castilla y León. Linajes 1
- **Centro radiológico Saiz-Santana**
Manuel Blasco 6 Bajo

DESAs en:

1.- Todos los Centros de Salud

2.- Consultorios:

Duruelo de la Sierra
Golmayo (Las Camaretas)
Hontoria del Pinar
Langa De Duero
Medinaceli
Navaleno
Osma
Tardelcuende
Vinuesa



El resto de los 108 DESAs de Soria se pueden localizar en Soria Corazón

- Ayuntamiento de **Soria (4):** Policía Local (2: Comisaría Local y Móvil en Coche Patrulla) Bomberos (Camión anti-incendios) y Pol. de la Juventud
- Ayuntamiento de **Duruelo de la Sierra.**
- Ayuntamiento de **Covalada**
- Ayuntamiento de **Ágreda**
- Ayuntamiento de **Cueva de Agreda**
- Ayuntamiento de **Valdemaluque**
- Ayuntamiento de **Alconaba**
- Ayuntamiento de **Fuentecantos**
- Ayuntamiento de **Almazán**
- Ayuntamiento de **San Leonardo de Yagüe.**
- Ayuntamiento de **Fuentearmegil**
- Ayuntamiento de **Retortillo**
- Ayuntamiento de **Arcos de Jalón**
- Ayuntamiento de **Almarza**
- Ayuntamiento de **Narros**
- Ayuntamiento de **Medinaceli**
- Ayuntamiento de **Montejo de Tiermes**
- Ayuntamiento de **Santa María De Huerta**
- Ayuntamiento de **El Royo**
- Ayuntamiento de **Villar del Río**
- Ayuntamiento de **Salduero**
- Ayuntamiento de **Quintanas de Gormaz**
- Ayuntamiento de **Pedrajas**
- Ayuntamiento de **Arenillas**
- Ayuntamiento de **Borobia**
- Ayuntamiento de **Los Rábanos**
- Ayuntamiento de **Navalcaballo**
- Ayuntamiento de **Tardajos**

EDITA: Fundación Científica Caja Rural de Soria. Ejemplar gratuito. D.L. SO-1/2012.

Puede consultar esta y otras publicaciones de la FCCR en la web: www.fundacioncajarural.net

