

Boletín epidemiológico semanal de Extremadura.

Año 2016. Semana 42.

Edita: Dirección General de Salud Pública.
Servicio Extremeño de Salud.
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.
Junta de Extremadura.

Elabora. Subdirección de Epidemiología.

Depósito legal: BA-000615-2016.

Contenido:

- Situación de la tuberculosis en Extremadura (parte I).
- Situación de las EDO en la semana del informe, en Extremadura y por Áreas de Salud.

Situación de la tuberculosis en Extremadura (parte I).

Amelia Fuentes Sánchez, Carmen Serrano Martín, Beatriz Caleyá Olivas, Alejandro Mateo Cotera, Julián-Mauro Ramos Aceitero.

Introducción.

La tuberculosis (TB) incluye un amplio rango de enfermedades causadas por especies del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, bacterias aerobias inmóviles y no esporuladas, sin flagelos ni cápsula, que se caracterizan por ser ácido-alcohol resistentes debido al alto contenido en lípidos de alto peso molecular en la pared celular. Las especies incluidas en el complejo *M. tuberculosis* son: *M. tuberculosis*, *M. africanum*, "*M. canettii*", *M. bovis*, *M. microti*, *M. caprae* y *M. pinnipedii*. Las tres primeras producen enfermedad en el ser humano, mientras que el resto se han aislado en animales, aunque pueden transmitirse y producir enfermedad en humanos. En nuestro medio, *M. tuberculosis* es el agente etiológico más habitual, si bien no se pueden descartar las especies *M. africanum* y "*M. canettii*" ligadas a la inmigración, así como la *M. bovis* y *M. caprae*, relacionadas con el ámbito ganadero y a la inmigración procedente de países endémicos de TB bovina o caprina, siendo el resto de las especies de aparición excepcional.

El reservorio fundamental de *M. tuberculosis* es el ser humano infectado. En áreas donde la TB bovina o caprina es común, el ganado también puede ser reservorio, así como los tejones, cerdos y otros mamíferos; y en raras ocasiones los primates.

El mecanismo de transmisión más habitual es la vía aérea por gotas de pequeño tamaño (1 a 5 μ de diámetro). La TB bovina o caprina puede

transmitirse por vía digestiva si se consumen leche o productos lácteos sin pasteurizar, aunque también es posible su transmisión por vía aérea a granjeros y personas que manipulan animales. También puede transmitirse por contacto directo a través de mucosas y de piel no intacta, pero este mecanismo es extremadamente raro. Salvo por las situaciones esporádicas en las que hay una fístula con secreción, la tuberculosis extrapulmonar (con excepción de la laríngea) no es transmisible.

Las personas que padecen lesiones activas en el parénquima pulmonar o mucosas respiratorias en comunicación con las vías aéreas pueden eliminar bacilos en suspensión en gotas de 1 a 5 μ , con todas las maniobras respiratorias, especialmente al toser o estornudar, que al ser inhalados por personas susceptibles llegan a los alvéolos pulmonares donde son fagocitados por los macrófagos, causando una nueva infección.

Todo paciente en el que se aislen bacilos tuberculosos en una muestra respiratoria se considera a efectos prácticos potencialmente infeccioso. Los casos de TB extrapulmonar no se consideran infecciosos, aunque siempre deben examinarse para excluir enfermedad pulmonar concomitante

El periodo de infecciosidad se considera que empieza tres meses antes del diagnóstico en los casos pulmonares bacilíferos, y un mes antes en

los casos pulmonares positivos al cultivo con baciloscopia negativa. En general se admite que para pacientes con tuberculosis pulmonar sensible a fármacos, han de transcurrir dos semanas de tratamiento para que dejen de ser considerados potencialmente infecciosos.

Desde el momento de la infección hasta que aparece una lesión primaria demostrable o una reacción tuberculínica significativa pueden transcurrir de dos a 12 semanas. En el 90% de los infectados la respuesta inmunitaria que se desencadena es suficiente para evitar el desarrollo de enfermedad clínica; los bacilos permanecen en estado latente en pequeños focos, y la única prueba de que el sujeto está infectado es la presencia de una reacción tuberculínica (PT) positiva. En el otro 10% la infección progresa a enfermedad y se producen manifestaciones clínicas.

El riesgo de progresión a enfermedad es máximo los dos primeros años tras la infección y suele realizarse dentro de los 5 años siguientes a la infección en la mitad de estos casos, mientras que la mitad restante desarrolla enfermedad en un periodo posterior de su vida. Los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedad entre los infectados son la diabetes, la silicosis, las terapias

inmunosupresoras, (trasplantados, personas que reciben terapia con anti-TNF) la insuficiencia renal crónica, las neoplasias (sobre todo de cabeza y cuello), enfermedades hematológicas (leucemias y linfomas), la malnutrición (pérdida de peso >10% del peso corporal), el alcoholismo, la adicción a drogas por vía parenteral (sobre todo en personas en precaria situación económica, social y/o sanitaria), gastrectomizados, bypass yeyuno-ileal y, sobre todo, la infección por VIH/SIDA que, actualmente, es el principal factor de riesgo conocido para el desarrollo de enfermedad tuberculosa entre los infectados.

Los grupos de población que nunca se han afectado por la TB parecen tener una mayor susceptibilidad a las infecciones nuevas y a la enfermedad. La reactivación de infecciones antiguas latentes causa una gran proporción de los casos de TB en los ancianos.

La enfermedad puede afectar a cualquier órgano, siendo la forma pulmonar más frecuente que la extrapulmonar (70 y 30% respectivamente). Los niños y las personas con inmunodeficiencias, tienen un mayor riesgo de contraer tuberculosis extrapulmonar, pero incluso en estos grupos más vulnerables, la forma pulmonar sigue siendo la más común en todo el mundo.

Vigilancia de la tuberculosis.

En España, la TB respiratoria es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) desde principios del Siglo XX. Hasta el año 1995 sólo era obligatoria la declaración numérica de casos de TB pulmonar; esta es una declaración por sospecha clínica; por lo que no era posible distinguir entre casos sospechosos o confirmados ni desglosar los datos por variables epidemiológicas básicas tales como edad o sexo. Tras la creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) en 1995, se añadió la meningitis tuberculosa y se estableció la declaración individualizada de los casos, y en el año 2004 se incluyó la vigilancia de todas las formas de tuberculosis, siguiendo las recomendaciones europeas, partir de entonces se dispone de información de tuberculosis de todas las localizaciones en tres categorías de declaración: tuberculosis respiratoria, meningitis tuberculosa, y otras tuberculosis.

Los nuevos protocolos de la RENAVE, aprobados en 2013 por el Consejo interterritorial, han

introducido nueva información en la declaración individualizada, respecto a pruebas de laboratorio, test de sensibilidad y factores de riesgo. Así, por Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, e Igualdad, se modificaron los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional, pasando a considerarse en única rúbrica la TB de cualquier localización, como EDO.

Esta modificación requiere un esfuerzo de adaptación por parte de los sistemas de vigilancia de las Comunidades Autónomas (CCAA), que se está realizando progresivamente. Concretamente en Extremadura la vigilancia de la TB en cualquiera de sus localizaciones se inició en 2015, lo que ha de tenerse en cuenta a la hora de comparar datos históricos.

Los objetivos de la vigilancia de la TB se centran en conocer la epidemiología de la enfermedad en nuestra comunidad y favorecer el uso eficiente de los recursos sociosanitarios mediante la identificación grupos en especial riesgo de

padecer tuberculosis; y contribuir al control de la enfermedad en nuestro medio mediante la identificación de la cadena de transmisión y el tratamiento preventivo de los contactos cuando sea necesario.

Definición de caso.

A efectos de vigilancia de la enfermedad, se considera caso de TB a la persona que presenta signos, síntomas o datos radiológicos compatibles con tuberculosis activa en cualquier localización; o a la que se ha prescrito por un médico un ciclo completo de terapia antituberculosa; o en la que se ha objetivado resultados anatomopatológicos en la necropsia compatibles con tuberculosis activa que habría requerido tratamiento antituberculoso.

Se considera que el caso está confirmado por laboratorio cuando se ha obtenido un cultivo de un microorganismo del complejo *Mycobacterium tuberculosis* (salvo la cepa vacunal o Bacilo de Calmette-Guérin [BCG]) en una muestra clínica; o se ha detectado ácido nucleico del complejo de *M. tuberculosis* en una muestra clínica junto con baciloscopia positiva por microscopia óptica convencional o fluorescente.

Material y método.

Los datos se han obtenidos de los casos notificados al Sistema EDO desde 1982 hasta 2015, ambos inclusive, en Extremadura y en España; y desde 1997 hasta 2015 para los datos por áreas de salud. Los datos de mortalidad y los de población se han obtenido del Instituto Nacional de Estadística (INE).

variado a lo largo del periodo estudiado, no se dispone de datos de algunas de ellas en ciertos años.

Se realiza un estudio descriptivo de diferentes variables recogidas en las encuestas epidemiológicas; si bien, dado que estas han

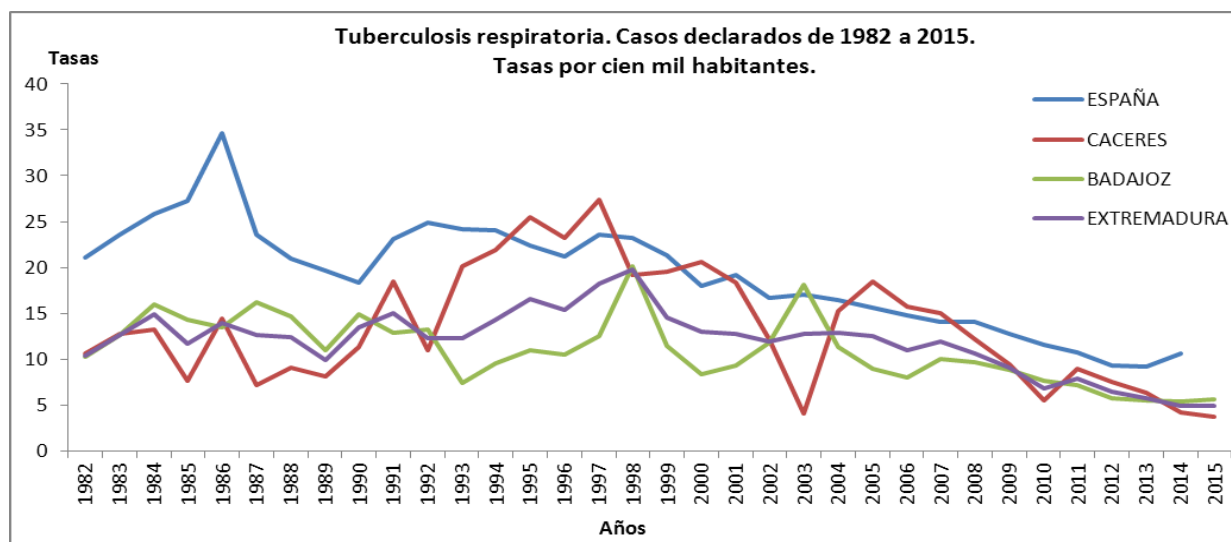
Se muestran distribuciones de frecuencia absolutas y relativas, y tasas de incidencia anual, calculadas como incidencia acumulada sobre población a principio de cada año (Padrón del INE de cada año) y expresadas en casos por cien mil habitantes, y razones de tasas tomando como tasa basal la de Extremadura.

Resultados (I).

1.- Tuberculosis respiratoria. Evolución histórica.

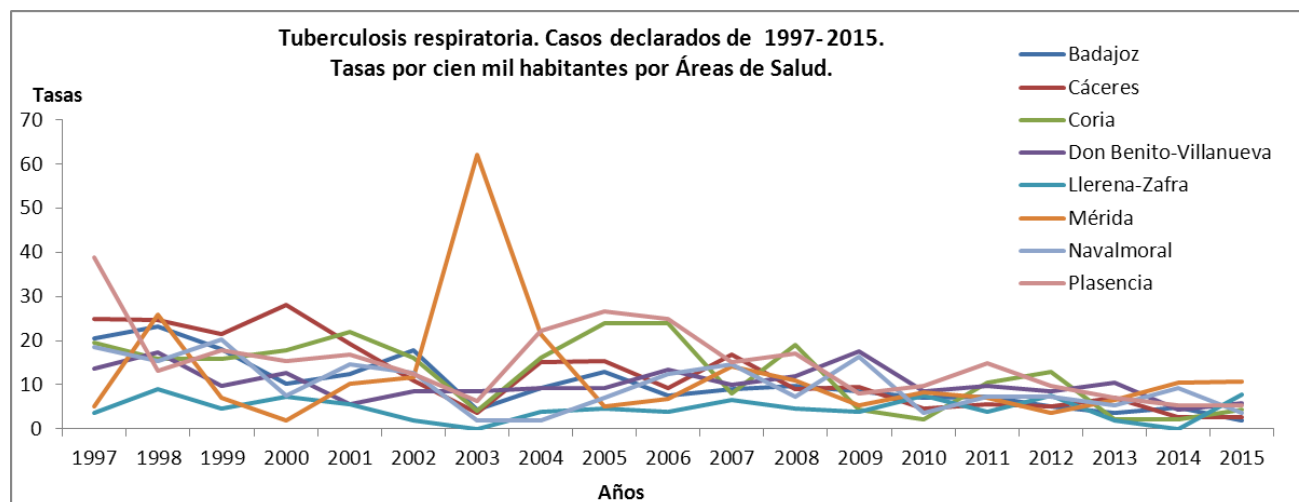
En Extremadura se aprecia una tendencia a la disminución de la incidencia declarada de TB respiratoria, desde 1982 hasta 2015, tras un incremento importante a finales del pasado siglo,

coincidiendo con la epidemia por infección VIH-Sida, llegando a alcanzar un máximo de 19,82 casos por cien mil habitantes en 1998, bajando hasta 4,99 casos por cien mil en 2015.



En Extremadura se aprecia una tendencia a la disminución de la incidencia declarada de TB respiratoria, desde 1982 hasta 2015, tras un incremento importante a finales del pasado siglo,

coincidiendo con la epidemia por infección VIH-Sida, llegando a alcanzar un máximo de 19,82 casos por cien mil habitantes en 1998, bajando hasta 4,99 casos por cien mil en 2015.



Tuberculosis respiratoria. Incidencia declarada por áreas de salud.
Incidencia acumulada anual. Casos por cien mil habitantes.

Año	Extremadura	Badajoz	Cáceres	Coria	Don Benito-Villanueva	Llerena-Zafra	Mérida	Navalmoral	Plasencia
1997	18,22	20,55	24,94	19,47	13,62	3,58	5,16	18,59	38,86
1998	19,82	23,19	24,69	15,85	17,28	9,05	25,95	15,45	13,27
1999	14,53	17,95	21,42	15,89	9,73	4,54	7,13	20,15	17,77
2000	13,00	10,17	28,11	17,86	12,59	7,35	1,94	7,42	15,29
2001	12,76	12,42	19,34	21,87	5,61	5,53	10,31	14,63	16,84
2002	11,93	17,84	10,89	16,18	8,42	1,85	11,64	12,80	12,36
2003	12,76	4,25	3,60	4,14	8,48	0,00	62,16	1,81	6,22
2004	12,83	9,23	15,02	16,17	9,22	3,84	21,40	1,79	22,14
2005	12,55	12,86	15,47	23,88	9,20	4,68	5,04	7,15	26,67
2006	10,95	7,55	9,24	24,03	13,45	3,75	6,85	12,51	24,98
2007	11,93	8,97	16,91	8,08	9,86	6,56	14,17	14,58	15,19
2008	10,57	9,62	9,07	18,94	11,93	4,68	10,86	7,32	16,98
2009	9,07	8,44	9,56	4,23	17,55	3,75	5,38	16,45	7,97
2010	6,86	6,92	4,52	2,12	8,40	7,51	8,32	3,64	9,66
2011	7,84	7,26	5,53	10,59	9,80	3,77	7,09	7,22	14,94
2012	6,41	5,07	5,03	12,82	8,40	7,57	3,53	7,25	9,74
2013	5,80	3,62	7,10	2,16	10,56	1,91	6,45	5,45	7,15
2014	4,91	4,72	2,55	2,18	4,26	0,00	10,58	9,14	5,37
2015	4,94	1,82	2,56	4,39	5,71	7,71	10,65	3,68	5,39
Promedio del último quinquenio	5,98	4,50	4,55	6,43	7,75	4,19	7,66	6,55	8,52

En el último quinquenio se observa una incidencia relativamente baja en las áreas de Badajoz, Cáceres y, especialmente, Llerena-Zafra que presenta una razón de tasas de 0,70 con respecto al global de la Comunidad Autónoma;

frente a una incidencia relativamente elevada en el resto de áreas, especialmente en la de Plasencia que duplica la de Llerena-Zafra presentado una razón de tasas de 1,42 con respecto al global de Extremadura.

**Tuberculosis respiratoria. Incidencia declarada por áreas de salud.
Tasa media de la incidencia acumulada anual en el último quinquenio.
Razón de tasas de cada área sobre el global de Extremadura.**

Área	Extremadura	Badajoz	Cáceres	Coria	Don Benito-Villanueva	Llerena-Zafra	Mérida	Navalmoral	Plasencia
Tasa media	5,98	4,50	4,55	6,43	7,75	4,19	7,66	6,55	8,52
Razón de tasas ^(*)	1 ^(**)	0,75	0,76	1,07	1,30	0,70	1,28	1,10	1,42

Notas: (*) Razón de tasas = tasa en el área / tasa en Extremadura. Valores superiores a 1 indican mayor incidencia en el área considerada en comparación con el global de Extremadura y viceversa.

(**) Tasa de Extremadura = tasa basal.

En números absolutos, la media de casos notificados en Extremadura anualmente entre los años 2000 y 2009 fue de 128, habiéndose reducido a la mitad, 66 casos, en los últimos cinco años.

Por áreas se aprecia un descenso similar en todas ellas, siendo de destacar la bajada en el número de casos declarados en las áreas de Badajoz y de Cáceres.

**Tuberculosis respiratoria. Casos declarados por áreas de salud.
Números absolutos.**

Año	Extremadura	Badajoz	Cáceres	Coria	Don Benito-Villanueva	Llerena-Zafra	Mérida	Navalmoral	Plasencia
1997	195	50	48	10	20	4	8	10	45
1998	212	59	47	8	25	10	40	8	15
1999	156	46	41	8	14	5	11	11	20
2000	139	26	54	9	18	8	3	4	17
2001	137	32	37	11	8	6	16	8	19
2002	128	46	21	8	12	2	18	7	14
2003	137	11	7	2	12	0	97	1	7
2004	138	24	29	8	13	4	34	1	25
2005	136	34	30	12	13	5	8	4	30
2006	119	20	18	12	19	4	11	7	28
2007	130	24	33	4	14	7	23	8	17
2008	116	26	18	9	17	5	18	4	19
2009	100	23	19	2	25	4	9	9	9
2010	76	19	9	1	12	8	14	2	11
2011	87	20	11	5	14	4	12	4	17
2012	71	14	10	6	12	8	6	4	11
2013	64	10	14	1	15	2	11	3	8
2014	54	13	5	1	6	0	18	5	6
2015	54	5	5	2	8	8	18	2	6
Promedio del último quinquenio	66	12	9	3	11	4	13	4	10

(Continúa en el próximo número del Boletín)

Sistema EDO. Situación en la semana 42 de 2016.

Se presentan los datos de las EDO de las que se ha notificado algún caso a lo largo del año en curso o del anterior, a efectos de comparación de ambos años; no se incluyen las EDO de las que no se han notificado casos en ambos años, ni las de

especial vigilancia, gripe e infección VIH-Sida que tiene su gestión de datos e informe específicos. Del resto de EDO que no aparecen reflejadas no se ha notificado ningún caso.

Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, en Extremadura.						
Enfermedad	Casos declarados en la semana		Casos acumulados hasta la semana		Índice epidémico	
	2015	2016	2015	2016	Semanal	Acumulado
EDO de alta incidencia (más de 10 casos/año el último año natural)						
Varicela	15	9	1813	569	0,64	0,30
Campilobacteriosis	10	2	231	227	0,20	0,99
Salmonelosis (no F. Tif. y Paratifoidea)	11	7	212	285	0,64	1,15
Chlamydia trachomatis	14	1	54	70	0,00	1,13
Sífilis (excluye sífilis congénita)	4	1	50	44	0,50	0,99
Tuberculosis (de cualquier localización)	1	2	42	69	2,00	1,14
Tos ferina	0	0	46	32	nc	5,82
Giardiasis	0	1	34	32	nc	0,97
Infección Gonocócica	0	0	15	37	nc	2,24
Herpes zoster	2	20	20	177	2,00	1,26
Parotiditis	0	0	13	51	nc	1,21
Enfermedad Neumocócica Invasora	0	0	13	32	nc	1,42
Hepatitis C	0	0	13	23	nc	1,84
Criptosporidiosis	0	0	9	2	nc	0,36
Hepatitis A	0	0	7	19	nc	1,23
EDO de incidencia media (entre 6 y 10 casos/año el último año natural)						
Legionelosis	0	0	7	20	nc	2,00
Yersiniosis	0	0	8	12	nc	1,20
Listeriosis	1	0	8	7	nc	nc
Hidatidosis	0	0	6	8	nc	1,45
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	6	1	nc	0,20
EDO de incidencia baja (entre 1 y 5 casos/año el último año natural)						
Infección por E. Coli.	0	0	0	2	nc	2
Leptospirosis	0	0	0	1	nc	2,00
Shigelosis	0	0	0	1	nc	nc
Brucelosis	0	0	1	2	nc	0,33
Enfermedad Meningocócica	0	0	1	4	nc	1,00
Enfermedad por virus Chikungunya	0	0	1	4	nc	1,60
Fiebre Q	0	0	1	2	nc	nc
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	1	1	nc	nc
Paludismo	0	0	2	5	nc	1,43
Carbunco	0	0	3	2	nc	nc
Enf. invasora por Haemophilus influenzae	0	0	3	3	nc	1,00
Hepatitis B	1	0	4	11	nc	1,05
Leishmaniasis	0	0	1	2	nc	1,00

Notas: - Casos notificados en la semana NO corregidos por retraso de notificación.

- El índice epidémico se calcula sobre la mediana de casos, del periodo, de los cinco años anteriores; en las enfermedades sin datos históricos, se ha calculado directamente sobre los datos del año anterior. Valores superiores a 1 indican incidencia superior a la esperada, y viceversa.

- nc: índice epidémico no calculable por ser el denominador "cero".

Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud (I).
Casos notificados en la semana del informe.
(No corregidos por retraso de notificación).

Enfermedad	BA	CC	CO	DB	LL	ME	NA	PL	Total C.A.
EDO de alta incidencia (más de 10 casos/año el último año natural).									
Varicela	0	0	0	0	0	0	0	9	9
Campilobacteriosis	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Salmonelosis (no F. Tif. y Paratifoidea)	2	1	0	0	1	0	0	3	7
Chlamydia trachomatis	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Sífilis (excluye sífilis congénita)	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Tuberculosis (de cualquier localización)	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Tos ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Giardiasis	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Infección Gonocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes zoster	0	1	0	0	0	0	0	1	20
Parotiditis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Neumocócica Invasora	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis C	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Criptosporidiosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EDO de incidencia media (entre 6 y 10 casos/año el último año natural)									
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yersiniosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Listeriosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hidatidosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EDO de incidencia baja (entre 1 y 5 casos/año el último año natural)									
Infección por E. Coli	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leptospirosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Shigelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Meningocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad por virus Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf. invasora por Haemophilus influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Listado de números de teléfonos y de fax de contacto, de las Direcciones de Salud de Área del SES:

Área	Badajoz	Cáceres	Coria	Don Benito	Mérida	Llerena	Navalmoral	Plasencia
Teléfono	924 215 250	927 004 203	927 149 227	924 382 850	924 382 435	924 029 292	927 538 252	927 428 368
Fax	924 215 218	927 004 292	927 149 221	924 802917	924 382 453	924 029 196	927 538 259	927 428 418

**Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud (II).
Casos acumulados, notificados en lo que va de año, hasta la semana del informe
(Corregidos por retraso de notificación).**

Enfermedad	BA	CC	CO	DB	LL	ME	NA	PL	Total C.A.
EDO de alta incidencia (más de 10 casos/año el último año natural).									
Varicela	43	38	57	17	18	352	3	41	569
Campilobacteriosis	52	40	2	2	40	73	1	17	227
Salmonelosis (no F. Tif. y Paratifoidea)	43	32	11	36	29	61	3	70	285
Chlamydia trachomatis	56	7	1	4	1	0	0	1	70
Sífilis (excluye sífilis congénita)	14	10	0	8	2	9	1	0	44
Tuberculosis (de cualquier localización)	24	13	2	5	3	9	2	11	69
Tos ferina	10	7	0	4	3	8	0	0	32
Giardiasis	7	2	2	6	8	4	0	3	32
Infección Gonocócica	8	15	1	0	2	9	1	1	37
Herpes zoster	18	90	7	8	6	22	10	16	177
Parotiditis	10	15	1	0	2	18	2	3	51
Enfermedad Neumocócica Invasora	9	2	0	2	1	3	0	15	32
Hepatitis C	6	4	0	4	5	2	0	2	23
Criptosporidiosis	0	1	0	0	1	0	0	0	2
Hepatitis A	5	0	0	0	0	11	2	1	19
EDO de incidencia media (entre 6 y 10 casos/año el último año natural)									
Legionelosis	4	13	0	0	0	1	1	1	20
Yersiniosis	0	6	1	2	0	3	0	0	12
Listeriosis	2	3	0	0	0	0	0	2	7
Hidatidosis	0	5	1	1	0	1	0	0	8
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	1	0	0	0	0	0	0	1
EDO de incidencia baja (entre 1 y 5 casos/año el último año natural)									
Infección por E. Coli	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Leptospirosis	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Shigelosis	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Brucelosis	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Enfermedad Meningocócica	1	0	0	0	0	1	0	2	4
Enfermedad por virus Chikungunya	1	1	0	2	0	0	0	0	4
Fiebre Q	1	0	1	0	0	0	0	0	2
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Paludismo	2	1	0	0	0	0	0	2	5
Carbunco	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Enf. invasora por Haemophilus influenzae	0	0	0	0	0	3	0	0	3
Hepatitis B	1	4	1	2	0	2	1	0	11
Leishmaniasis	0	1	0	0	1	0	0	0	0

Boletín Epidemiológico Semanal de Extremadura.

Depósito legal: BA-000615-2016.

Equipo de redacción: Julián-Mauro Ramos Aceitero, Amelia Fuentes Sánchez, Carmen Serrano Martín, Carmen Rojas Fernández, Beatriz Caleya Olivas. Apoyo administrativo: Estíbaliz Piñero Bautista. Apoyo informático: Cecilia Gordillo Romero.

Servicio Extremeño de Salud. Dirección General de Salud Pública. Subdirección de Epidemiología.

Avda. de las Américas, nº 2 – 06800 – Mérida (Badajoz).

Tel.: 924 38 21 73. Fax: 924 38 25 09. Correo-e: vigilancia.epidemiologica@salud-juntaex.es

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales