

EPIDEMIOLOGICO

DE CASTILLA Y LEÓN

ZOONOSIS NO ALIMENTARIAS EN CASTILLA Y LEÓN.

Año 2005

Elaborado por: Cristina Martín Marín
Servicio de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles
Dirección General de Salud Pública y Consumo

La OMS definió en 1959 el término **zoonosis** como "toda infección o enfermedad infecciosa que fuera transmisible, en condiciones naturales, desde animales vertebrados al hombre".

Actualmente se podrían definir como toda enfermedad de etiología bacteriana, viral o parasitaria, que se transmite al hombre de forma natural, a partir de los animales, que actúan como reservorios.

A efectos de este boletín epidemiológico, se consideran **zoonosis no alimentarias** las patologías transmitidas de un animal al hombre, con o sin vector, y para las cuales la transmisión no es estricta o esencialmente alimentaria. Sin embargo sí se incluyen las zoonosis que pueden resultar tanto de una con-

taminación a partir del propio animal como del consumo de derivados de origen animal (como la brucelosis).

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. La información obtenida de los casos notificados de estas enfermedades durante el año 2005 se presentan a continuación.

Brucelosis

Enfermedad que **se caracteriza por** aparición aguda e insidiosa de fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, anorexia, astenia, pér-



dida de peso, cefalea, artralgias, esplenomegalia y linfadenopatías.

El diagnóstico de laboratorio para la confirmación se realiza mediante:

- Aislamiento del agente causal de una muestra clínica, o
- Seroconversión (incremento cuádruple o mayor en título de anticuerpos. en dos muestras estudiadas en el mismo laboratorio y separadas por un intervalo de 15 días ó más) por técnica en tubo de aglutinación estándar (SAT) o técnicas equivalentes, o
- Detección de anticuerpos IgM por ELISA.

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 antecedentes de enfermedad sea anterior al año, para ser considerado caso, debe cumplir los criterios de caso confirmado.

En Castilla y León, durante el año 2005, se han declarado 48 casos de brucelosis, lo que supone una tasa de incidencia de 1,92 casos por 100.000 mil habitantes.

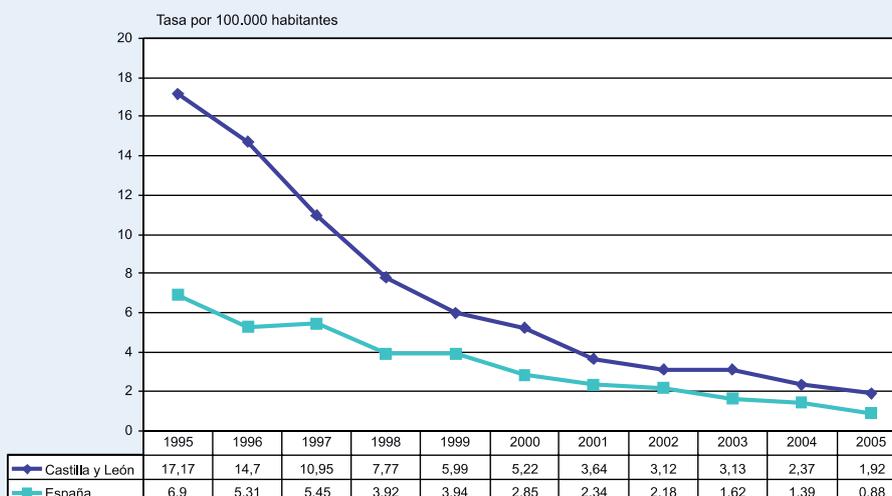
En la Figura 1 se puede observar como esta enfermedad continúa con su tendencia descendente de los últimos años, aunque la tasa de Castilla y León sigue siendo algo superior a la nacional (0,88).

En la Figura 2 aparece la distribución de los casos por provincias en los últimos cinco años. Las provincias de Segovia, Zamora y Soria son las que presentan las mayores tasas, con 6'45, 4'54 y 4'34 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Sin embargo, se puede observar cómo la tasa de brucelosis de Soria ha descendido considerablemente este último año con respecto a años anteriores

FIGURA 1

Vigilancia epidemiológica de brucelosis

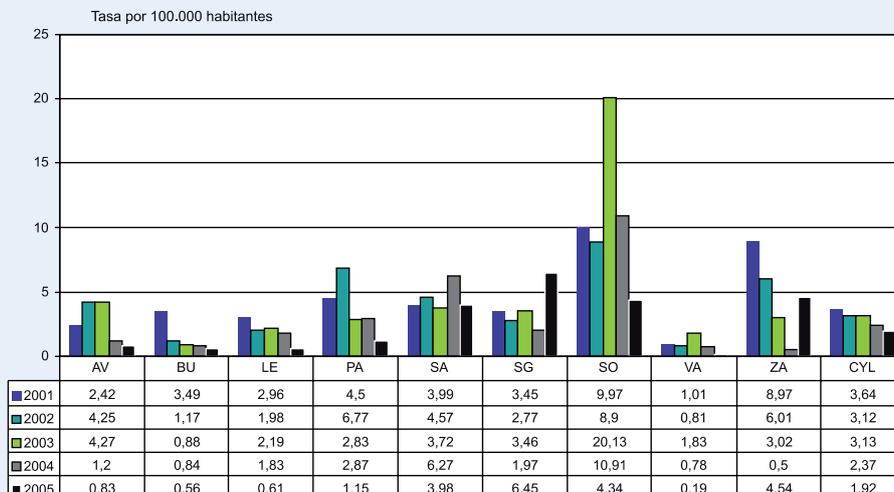
Evolución de la tasa de incidencia. Años 1995 a 2005



Fuente: **Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León**

FIGURA 2

Vigilancia epidemiológica de brucelosis
Tasa de incidencia por provincia. Años 2001 a 2005



Fuente: *Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León*

De los 48 casos declarados, consta la profesión en 38 de ellos (79%). Como se puede observar en la Figura 3, los casos de brucelosis se han producido en profesionales en contacto con tejidos o secreciones animales.

Tularemia

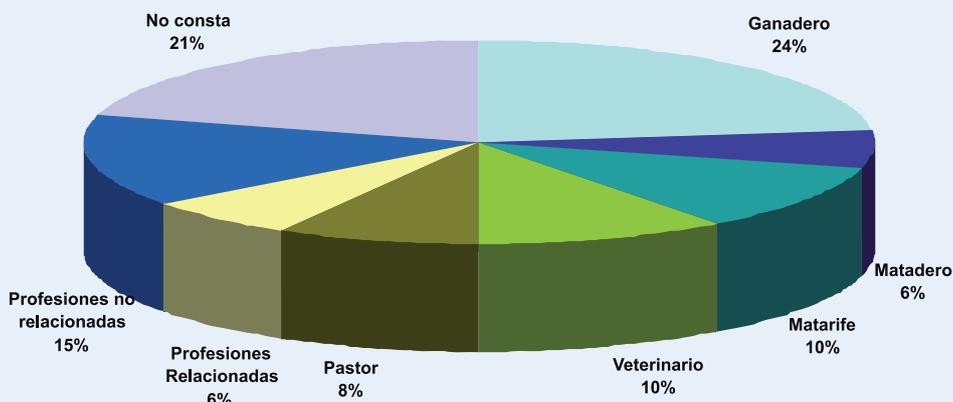
Enfermedad que **se caracteriza por** distintas formas clínicas: Úlceroglandular (úlceras cutáneas con linfadenopatía regional), Glandular (linfadenopatía regional sin úlcera), Ócu-

loglandular (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 tam-

FIGURA 3

Brucelosis
Profesionales de los casos notificados en el año 2005



Fuente: *Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León*

bién 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 2005, se han notificado 6 casos confirmados de tularemia humana, lo que representa una tasa de 0,28 casos por cada 100.000 habitantes (casos declarados en Avila, 1 en Palencia y 1 en Valladolid) relacionados con la manipulación de liebres

Hidatidosis

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

El diagnóstico de laboratorio para la confirmación se realiza mediante:

- Visualización directa del escólex del cestodo.
- Existen diversas pruebas serológicas para el diagnóstico de la hidatidosis, aunque hasta el momento no hay ninguna que sea determinante. Se recomienda la utilización combinada de una prueba de alta sensibilidad (por ejemplo hemaglutinación indirecta) con una de alta especificidad (por ejemplo aglutinación de partículas de látex) y confirmación mediante inmunoelectroforesis.

* Se puede hacer **diagnóstico morfológico** mediante ecografía y/o TAC del quiste.

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.

En Castilla y León, durante el año 2005, se han notificado 47 casos de hidatidosis, lo que supone una tasa de incidencia de 1.88 por 100.000 habitantes. Esta enfermedad ha experimentado una disminución con respecto a los tres años anteriores (Figura 4).

Las provincias con una mayor declaración de casos de hidatidosis han sido Palencia con 11 casos y Salamanca con 10 casos

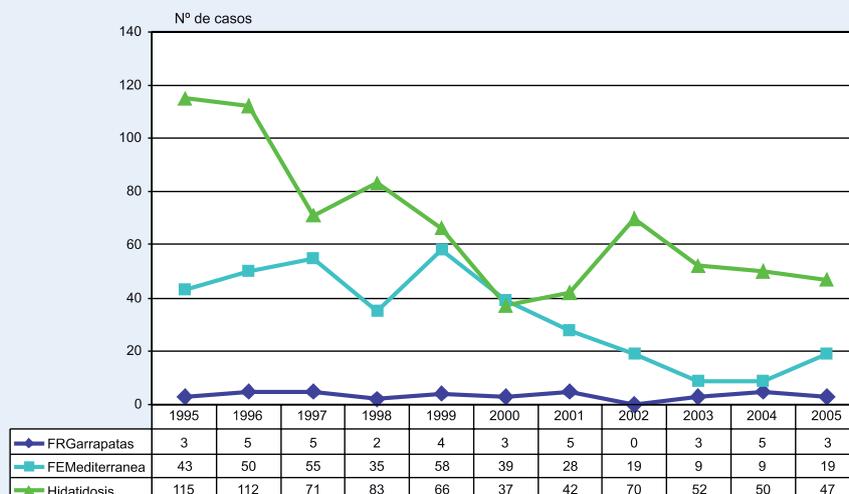
Fiebre Exantemática Mediterránea o Fiebre Botonosa

Enfermedad que **se caracteriza por** un comienzo brusco con fiebre y artromialgias y posterior aparición, entre el 3^{er} y el 5^o 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

FIGURA 4

Fiebre recurrente por garrapatas. Fiebre exantemática mediterránea. Hidatidosis

Evolución del número de casos. Años 1995 a 2005



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León

aureola roja, acompañada de linfadenopatía regional.

El diagnóstico de laboratorio para la confirmación se realiza mediante:

- Aislamiento del agente causal en cultivo celular, o
- Detección de rickettsias en tejidos cutáneos mediante inmunofluorescencia directa, o
- Seroconversión por inmunofluorescencia indirecta o fijación del complemento (o aumento de 4 veces el título de anticuerpos en dos muestras de suero del paciente extraídas en fase aguda y convaleciente).

Se sospecha esta enfermedad ante una clínica sugestiva, debiendo posteriormente confirmarlo mediante una prueba de laboratorio.

En Castilla y León, durante el año 2005 se declararon 19 casos (Figura 4). En cuanto a la distribución por provincias, se notificaron 5 casos en Zamora; 3 casos en Avila, Burgos y Palencia; 2 en Soria y 1 en León, Salamanca y Segovia. La tasa de incidencia fue 0,76 casos por 100.000 habitantes, mayor que la del año anterior.

Fiebre Recurrente por Garrapatas

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.

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 petequial.

El diagnóstico de laboratorio para la confirmación se realiza mediante:

- Demostración del agente causal en preparaciones de sangre fresca en campo oscuro, o en frotis de gota gruesa, o en extensiones de sangre.

- Inoculación intraperitoneal en ratones de laboratorio de sangre del paciente obtenida en el período febril.

Se sospecha esta enfermedad ante una clínica sugestiva, debiendo posteriormente confirmarlo mediante una prueba de laboratorio.

En Castilla y León, durante el año 2005 se declararon 3 casos de esta enfermedad (0,12 casos por 100.000 habitantes), siendo la incidencia similar a años precedentes (Figura 4).



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