

SUMARIO

Profilaxis de la enfermedad meningocócica	1
Cáncer de pulmón en las mujeres de Navarra	6
Situación de las E.D.O. en Navarra. Semanas 27 a 39 de 2007	7

PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

La enfermedad meningocócica está producida por *Neisseria meningitidis* y presenta dos formas clínicas, la meningitis y la sepsis, que a veces se superponen. Es una enfermedad grave, con comienzo repentino y gran afectación del estado general. En ocasiones presenta un curso fulminante, con elevada letalidad aún cuando se instaura rápidamente el tratamiento antibiótico. Todo ello, sumado al riesgo aumentado de que se produzcan casos secundarios entre los contactos íntimos de un caso, genera gran temor y alarma social en la población.

La existencia de un tratamiento preventivo que reduce el riesgo de casos secundarios en los contactos hace necesario establecer unas pautas de actuación claras ante la aparición de casos de esta enfermedad.

AGENTE CAUSAL

Neisseria meningitidis (meningococo) es un diplococo gram negativo capsulado del que existen 13 serogrupos, que se diferencian por el polisacárido capsular. En nuestro medio la mayoría de los casos son producidos por los serogrupos B y C. Frente al serogrupo C existen vacunas eficaces que se encuentran incluidas en el calendario sistemático de vacunaciones infantiles desde 2000. No ocurre lo mismo con el serogrupo B, ya que los intentos de desarrollar una vacuna frente a su cápsula no han tenido éxito.

Su reservorio es la nasofaringe humana, no habiéndose aislado nunca en el medio exterior. Se transmite únicamente de persona a persona por contacto directo, a través de gotitas de Plügge y de secreciones de vía nasal o faríngea. En la mayoría de los casos, las personas portan el meningococo en la nasofaringe como una simple colonización, sin ninguna significación clínica. El período de incubación de la enfermedad puede variar de 2-10 días, pero generalmente es de 3-4 días.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La enfermedad invasiva por meningococo se puede presentar como meningitis o como meningococemia. La meningitis suele tener un comienzo brusco con fiebre, cefalea intensa, náuseas, vómitos, rigidez de nuca y, eventualmente, petequias. La meningococemia comienza bruscamente con fiebre, escalofríos, malestar, postración, y puede progresar rápidamente a púrpura fulminante, shock y muerte.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Aislamiento de *Neisseria meningitidis* en un sitio normalmente estéril: sangre, líquido cefalorraquídeo (LCR), etc.
- Presencia de ADN de meningococo en sitios normalmente estériles o en el aspirado de petequias.
- Presencia de antígeno de meningococo en sangre, LCR u orina.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Sospechoso/Probable: Manifestaciones clínicas compatibles con enfermedad meningocócica y presencia de alguna prueba analítica de presunción (diplococos gram-negativos intracelulares en LCR u otras pruebas bioquímicas).

Confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y al menos una de las pruebas del apartado que incluye los criterios de diagnóstico de laboratorio.

ESTADO DE PORTADOR

La tasa de portadores asintomáticos de meningococo es muy variable, y suele situarse entre el 5 y el 10% de la población.

El 92% de personas que portan el meningococo en su nasofaringe desarrolla anticuerpos contra la cepa portada, y el 80% contra, al menos, otra cepa por inmunidad cruzada. De esta forma, cepas poco virulentas ayudan a la inmunización frente a las cepas más virulentas de otros serogrupos.

Hasta los 6 meses el niño está habitualmente protegido por los anticuerpos maternos.

La mayoría de adultos poseen anticuerpos frente a las cepas más frecuentes. El número de sujetos no protegidos es máximo a la edad de 1 a 3 años, explicando la mayor frecuencia de casos a esta edad.

Debido a que, generalmente, 7 días son suficientes para desarrollar un nivel satisfactorio de anticuerpos protectores, el factor de riesgo de desarrollar una infección sistémica no es el estado de portador, sino **la adquisición reciente de dicho estado**. Por ello es muy importante actuar con rapidez al establecer las medidas preventivas.

El porcentaje de portadores aumenta en el medio familiar donde se ha producido un caso. En el medio escolar no aumenta significativamente la tasa de portadores, salvo en el aula del caso.

MEDIDAS PREVENTIVAS

1. Aislamiento y notificación urgente

Toda **sospecha** de enfermedad meningocócica deberá ser **ingresada de urgencia en un centro hospitalario**, y se

realizará **declaración individualizada urgente** de acuerdo al siguiente protocolo:

- Días laborales de 8:00 a 15:00 horas. Se notificará el caso sospechoso a la Sección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles del Instituto de Salud Pública (☎ 848 42 14 77, ☎ 848 42 36 46, ☎ 848 42 34 67, FAX: 848 423474). En los hospitales se notificará también al Servicio de Medicina Preventiva, en cuyo caso será éste quien notifique a Salud Pública.
- Laborales fuera de la jornada laboral (de 15:00 a 8:00 horas del día siguiente), sábados, domingos y festivos. Se realizará la notificación del caso sospechoso a través del teléfono 112, quien a su vez contactará con la Sección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles del Instituto de Salud Pública (☎ ext. 51502).

2. Relación de contactos

Mediante entrevista al caso o a los familiares se establecerá la relación de personas que cumplen criterios de posibles contactos. Se considerarán **CONTACTOS**:

- a. Todas las personas que convivan con el caso índice.
- b. Todas las que hayan pernoctado en la misma habitación del caso los 10 días previos a su hospitalización.
- c. Las personas que hayan tenido contacto directo con las secreciones nasofaríngeas del enfermo los 10 días precedentes a su hospitalización
- d. Personas que hayan realizado maniobras de resucitación boca a boca, o contacto no protegido durante intubación endotraqueal en los 10 días anteriores al comienzo de la enfermedad.
- e. En guarderías y centros de preescolar (hasta 5 años de edad): todos los niños y personal del centro. En principio, no se considerarán contactos a los compañeros de autobús, recreos o actividades limitadas en el tiempo.
- f. En centros de Primaria y Enseñanza media:
Si aparece 1 caso se consideran contactos las personas que han tenido contacto frecuente con el enfermo, o como máximo, los compañeros y profesores del aula.
Si aparecen 2 casos en el mismo centro, todos los alumnos de las aulas donde proceden los casos.

Si aparecen 3 o más casos en el plazo de un mes, en al menos dos aulas, se considerarán como contactos todos los alumnos y personal del centro.

Se valorarán posibles contactos derivados de actividades sociales, recreativas y deportivas, si se ha producido una exposición mínima de 6 horas semanales en lugares cerrados y poco ventilados.

Los trabajadores sanitarios que participan en la atención del caso no se consideran contactos salvo que cumplan alguno de los criterios anteriores.

3. Información y quimioprofilaxis

Los contactos que cumplan los criterios anteriores han de ser informados personalmente por un profesional sanitario de esta situación, de las medidas preventivas recomendadas, de la profilaxis antibiótica, sus contraindicaciones y posibles efectos secundarios.

La quimioprofilaxis de los contactos ha de iniciarse lo antes posible con el objetivo de:

a) prevenir el desarrollo de la enfermedad en los contactos

b) eliminar el eventual estado de portador en los contactos y romper la cadena de transmisión de una cepa virulenta.

Los contactos de casos tienen un riesgo mayor de enfermar que otros miembros de la población; riesgo que se mantiene alto en los primeros siete días después de la aparición del caso, y declina rápidamente en días posteriores. Mediante la quimioprofilaxis precoz se reduce el exceso de riesgo de enfermedad y se elimina su posible estado de portador. Por ello, todos los **contactos estrechos de casos** deben recibir **quimioprofilaxis**.

Del mismo modo, los casos que durante su ingreso no hubieran recibido un tratamiento de la enfermedad eficaz para erradicar el meningococo de la faringe (cefalosporinas de tercera generación o ciprofloxacino), deberán **tomar quimioprofilaxis** antes de salir del hospital, para evitar que queden como portadores.

Existen tres fármacos como alternativa para la quimioprofilaxis: la rifampicina, la ceftriaxona y el ciprofloxacino.

a) Rifampicina

Posología

- Adultos: 10 mg/kg, hasta un máximo de 600 mg, cada 12 horas durante 2 días.
- Niños de 1 mes a 12 años: 10 mg/kg, hasta un máximo de 600 mg, cada 12 horas durante 2 días.
- Niños menores de 1 mes: 5 mg/kg/peso cada 12 horas durante 2 días.

Contraindicaciones

- Embarazadas
- Insuficiencia hepática grave
- Porfiria
- Hipersensibilidad demostrada a las rifampicinas

Precauciones: La rifampicina puede causar una coloración rojiza orina, esputo, lágrimas y heces. Igualmente puede provocar coloración de las lentes de contacto blandas. Disminuye el efecto de los anticonceptivos orales.

b) Ceftriaxona

Posología

- Adultos: 250 mg IM en dosis única.
- Niños menores de 15 años: 125 mg IM en dosis única.

Contraindicaciones: Personas con hipersensibilidad a las cefalosporinas. Debe utilizarse con precaución en personas con historia de hipersensibilidad a penicilinas

Precauciones: En pacientes con una historia de enfermedad gastrointestinal, particularmente colitis; también hay que utilizar con precaución en pacientes con enfermedad preexistente de páncreas, hígado, tracto y vesícula biliar y en insuficiencia renal grave (diálisis).

Puede ser utilizado en el embarazo.

c) Ciprofloxacino

Posología

- Adultos: 500 mg. En 1 sola dosis oral.

Contraindicaciones

- Embarazo.
- Personas con una historia de hipersensibilidad al medicamento u otras quinolonas.
- Debido a que causa artropatía en animales inmaduros, no debe utilizarse en niños o adolescentes menores de 18 años.

2. Vacunación

Existe vacuna frente al meningococo C pero no frente al meningococo B. La vacuna contra el meningococo C se incluyó en el calendario de vacunaciones de Navarra en 2000, y se ha ofertado a toda la población nacida a partir del 1 de enero de 1988.

Si se confirma el meningococo C como causa de la enfermedad, todos los contactos no vacunados deberán recibir, además de la quimioprofilaxis, una dosis de vacuna antimeningocócica C.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Médicos de atención primaria

- Notificación de los casos ante sospecha y derivación al hospital.
- Colaborar con la Sección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles en la información a los contactos y en la administración de quimioprofilaxis.

Médico responsable del caso en el hospital

- Aplicar las medidas de aislamiento del caso.
- Procurar obtener muestras biológicas para la confirmación del diagnóstico (líquido cefalorraquídeo, sangre).
- Notificación **urgente ante sospecha** a la Sección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles del Instituto de Salud Pública y al Servicio de Medicina Preventiva (si esta se produce en horario laboral).
- Ayudar a establecer la relación de contactos y administrar quimioprofilaxis a

los que los convivientes que acompañan al paciente, en coordinación con los profesionales de medicina preventiva y de salud pública.

- Profilaxis antibiótica al caso antes del alta (para erradicar el estado de portador), en el supuesto que no hubiera sido tratado con antibióticos que tengan esta acción (cefalosporinas de tercera generación o ciprofloxacino).

Servicio de Medicina Preventiva

- Notificación urgente los casos ante sospecha, dentro de la jornada laboral, a la Sección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles del Instituto de Salud Pública.
- Colaborar con el médico declarante en encuestar al paciente o familiares y establecer la relación de contactos.
- Notificar la relación de contactos, las actividades realizadas y las tareas pendientes a la Sección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles.
- Informar y facilitar quimioprofilaxis a todos los contactos familiares del caso, en coordinación con el médico responsable y con Salud Pública.

Sección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles, Instituto de Salud Pública

- Supervisar la aplicación del protocolo.
- Completar la información y profilaxis de los contactos familiares.
- Informar y facilitar quimioprofilaxis a todos los contactos del caso no familiares. Para ello podrá recabar la colaboración de los médicos de atención primaria.

* * * * *

EL CÁNCER DE PULMÓN EN LAS MUJERES DE NAVARRA. Incidencia, mortalidad y supervivencia en los últimos 20 años

Un reciente artículo sobre la evolución de las causas de muerte en Navarra¹, señala el incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres. También las tasas de incidencia publicadas por el Registro de Cáncer de Navarra muestran el incremento de este tipo de cáncer². Presentamos en este trabajo los cambios en la incidencia desde 1983 hasta 2002 y en la mortalidad desde

1986 hasta 2005, junto con datos referidos al pronóstico de esta enfermedad.

Metodología

Los datos de mortalidad se obtuvieron de los Boletines Estadísticos de Defunción de las mujeres residentes fallecidas en Navarra o en otras Comunidades Autónomas (CCAA). Los

datos de incidencia de cáncer proceden del registro de cáncer e incluyen los casos de cáncer de pulmón incidentes en residentes en Navarra diagnosticados en Navarra y en otras CCAA que también disponen de registros de cáncer. Se han utilizado los códigos 162 de la CIE-9³ para los años 1986-1998 y los códigos C33 y C34 de la CIE-10⁴ para los años 1999-2005. Estos códigos corresponden a los tumores malignos de la traquea, los bronquios y el pulmón. Como denominadores se han utilizado las poblaciones estimadas por el Instituto de Estadística de Navarra⁵.

Para comparar las tasas de mortalidad entre los diferentes periodos se han calculado las tasas ajustadas a la población estándar europea, para la población total y para 3 subgrupos de edad (menores de 60 años, 60-84 y de 85 años y más). Otra forma de analizar la mortalidad prematura ha sido a través del cálculo de la tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) entre 1-70 años ajustada a la población europea. Para comparar las tasas de incidencia entre los diferentes periodos (1983-87 y 1998-2002) y con las publicadas por otros registros de cáncer se presentan las tasas ajustadas a la población estándar mundial. El pronóstico de la enfermedad se ha estimado mediante la supervivencia relativa a los 5 años, definida como la razón entre la supervivencia observada en los pacientes con cáncer de pulmón y la esperada en la población general de la misma edad y sexo siguiendo la metodología empleada por EUROCCARE (Survival of Cancer Patients in Europe)⁶.

Incidencia

El número de casos nuevos de cáncer de pulmón diagnosticados en mujeres en Navarra fue de 16 por año en el periodo 1983-1987 y de 33 por año en el periodo 1998-2002, lo que corresponde a una tasa de 3,7 por 100.000 para el primer periodo y de 6,9 para el último periodo, que supone un incremento de un 86% (tabla 1). Las cifras absolutas de cáncer de pulmón han aumentado en todos los grupos de edad, en cambio las tasas en las mayores de 85 años han disminuido un 27%. El gran aumento de población en esta franja de edad, que en los últimos años ha pasado de 3.400 mujeres a 8.300, explica el aumento del número de casos mientras que la tasa disminuye (tabla 2).

Por el contrario, las tasas de incidencia de cáncer de pulmón del periodo 1998-2002 han aumentado un 143% en el grupo de me-

nores de 60 años y un 38% en el grupo de 60-84 años respecto al periodo 1983-1987.

Mortalidad

El número anual de muertes por cáncer de pulmón en mujeres de Navarra ha pasado de 16 casos en el periodo 1986-1990 a 34 muertes en el periodo 2001-2005. En la tabla 1 se observa la evolución de las tasas ajustadas de mortalidad y de la tasa de APVP. La tasa de mortalidad global del quinquenio 2001-2005 es un 85% más alta que la del quinquenio 1986-1990.

Las tasas de APVP han tenido un aumento todavía mayor entre ambos periodos, cifrándose en un 244%.

En la tabla 2 se muestran las tendencias de la mortalidad en 3 grupos de edad: las tasas aumentan en las menores de 60 años y en el grupo de 60-85 años, mientras que entre las mayores de 85 años desciende en el último periodo. Los mayores incrementos se producen entre las menores de 60 años, cuyas tasas se han triplicado entre el periodo 1986-1990 y el 2001-2005.

Tabla 1. Mortalidad e incidencia por cáncer de pulmón en las mujeres de Navarra, y tasas de años potenciales de vida perdidos (APVP)

MORTALIDAD			
	Muertes anuales	Tasa ajustadas*	Tasa ajustada de APVP*
1986-1990	16	4,8	35,46
1991-1995	17	4,5	44,41
1996-2000	26	6,7	73,18
2001-2005	34	8,9	122,13
INCIDENCIA			
	Casos anuales	Tasas ajustadas**	
1983-1987	16	3,7	
1988-1992	18	3,2	
1993-1997	22	4,4	
1998-2002	33	6,9	

* Tasas ajustadas a la población europea

** Tasas ajustadas a la población mundial

Supervivencia

Las mujeres navarras diagnosticadas de cáncer de pulmón durante el periodo 1995-1999 presentaron una supervivencia relativa del 15,6% a los 5 años. La edad es una variable

importante para el pronóstico de la enfermedad, al aumentar la misma, la supervivencia por este cáncer disminuye. Este último periodo ha presentado el mejor indicador respecto a los periodos anteriores a 1995 donde la supervivencia se situaba entre el 8% para el periodo 1985-1989 y el 12% para el periodo 1990-1994.

Comentarios

Hasta los años 1990, Navarra, se había caracterizado por presentar tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón extremadamente bajas entre las mujeres. Este patrón se ha modificado desde mediados de los 90, observándose incrementos de las tasas que

afectan fundamentalmente a las mujeres jóvenes y adultas menores de 85 años. Las mujeres muy mayores no siguen la misma tendencia. Si nos comparamos con los datos que publica Globocan 2002⁷, la tasa de incidencia en Navarra fue de 6,9 por 100.000, situándose por encima de la estimada en España (5,4), pero muy por debajo de la estimada para el conjunto de los 25 países de la Unión Europea (13,3) ó a la registrada en los Estados Unidos (36,1 por 100.000). En nuestra región se observa un incremento de muertes por esta causa en las mujeres, circunstancia también descrita por Levi F y col⁸ para España, que junto con Francia son los países europeos donde se ha observado un incremento mayor en las últimas décadas.

Tabla 2. Defunciones y número de casos incidentes de cáncer de pulmón en las mujeres y tasas de mortalidad e incidencia. Navarra.

Edad en años	MORTALIDAD							
	1986 -1990		1991-1995		1996 -2000		2001-2005	
	Defunciones	Tasas*	Defunciones	Tasas*	Defunciones	Tasas*	Defunciones	Tasas*
0-59	15	1,60	19	1,98	35	3,45	65	5,59
60-84	56	24,85	51	19,34	68	26,06	86	32,06
≥ 85	10	12,17	14	12,56	27	17,97	17	9,18

	INCIDENCIA							
	1983 -1987		1988 -1992		1993 -1997		1998 -2002	
	Casos	Tasas**	Casos	Tasas**	Casos	Tasas**	Casos	Tasas**
0-59	22	1,68	13	0,97	37	2,80	61	4,08
60-84	50	18,03	68	21,09	59	17,04	87	29,11
≥ 85	10	59,57	7	29,99	13	41,49	18	43,49

* Tasas ajustadas a la población europea

** Tasas ajustadas a la población mundial

Además del incremento de las tasas, hay que considerar que el cáncer de pulmón con frecuencia se diagnostica en estadios avanzados por lo que la efectividad del tratamiento es menor y que sólo un 20% de los casos puede ser intervenido quirúrgicamente⁹, lo que finalmente conduce a que sólo un 15% de las mujeres sobrevivan al cabo de los 5 años, porcentaje muy similar al registrado a nivel europeo por el estudio EURO CARE⁶.

Este tumor, junto a los tumores malignos de pleura, páncreas, hígado y esófago son las localizaciones que presentan las más bajas supervivencias relativas a los 5 años, situándose en rangos por debajo de 20%⁶.

Considerando las limitadas posibilidades de sospecha diagnóstica, diagnóstico precoz y

tratamiento exitoso de este cáncer, los esfuerzos dirigidos a disminuir el hábito tabáquico sobre todo entre las mujeres adultas, jóvenes y adolescentes, son la manera más eficaz para que las muertes por cáncer de pulmón disminuyan en el futuro. Para ello las intervenciones deben de ir desde la información dirigida especialmente a las mujeres hasta el desarrollo de legislación al respecto.

Bibliografía

- 1.- Moreno-Iribas C, Floristan Y, Egües N. Tendencias recientes de las principales causas de muerte en Navarra. 1995-2004. An Sist Sanit Navarra 2006; 29, 399-414.
- 2.- Ardanaz E, Moreno-Iribas C, Pérez de Rada ME, Ezponza C, Floristan Y, Navaridas N, et al. Incidencia y Mortalidad por cáncer en Navarra, 1998-2002. Evolución

en los últimos 30 años. An Sist Sanit Navarra 2007; 30, 245-70

3- Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Ministerio de sanidad y consumo. Instituto Nacional de Salud. 1988

4- Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Revisión Organización Panamericana de la Salud. OMS. 1995

5- Instituto de Estadística de Navarra. Población de Navarra calculada a 1 de julio por grupos quinquenales de edad. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/estadistica/agregados/poblacion>.

6.- Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Lasota M, Coebergh HW, et al. Survival for eight major cancers and

all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EURO CARE-4 study. Lancet Oncol 2007;8:773-83.

7.- Ferlay J, Parkin DM. GLOBOCAN 2002 Versión 1.0 IARC 2005

8.- Levi F, Bosetti C, Fernandez E, Hill C, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Trends in lung cancer among young European women: the rising epidemic in France and Spain. Int J Cancer 2007; 121: 462-5

9.-Sanchez Hernández I, Izquierdo Alonso JL Almonacid Sánchez C. Situación Epidemiológica y pronóstica del cáncer de pulmón en nuestro medio. Arch Bronconeumol. 2006;42:594-9

* * * * *

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (E.D.O.) EN NAVARRA. SEMANAS 27 A 39 DE 2007.

En la tabla I se presentan los porcentajes de notificación de E.D.O. por zonas básicas de salud, áreas sanitarias y especialidad de los declarantes. Estos porcentajes están calculados con las notificaciones recibidas hasta

finales de octubre, por lo que todavía pueden experimentar mejora. La tabla II muestra las enfermedades notificadas en las semanas 27 a 39 de los últimos 6 años en Navarra.

Tabla I
PORCENTAJE DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. SEMANAS 27 A 39 DE 2007

ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN	ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN	ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN
01-Altsasu/Alsasua	15,4	06-Elizondo	15,3	44-Peralta	16,2
34-Allo	1,54	24-Ermitagaña	86,9	27-Puente la Reina	47,4
35-Ancín-Améscoa	35,9	32-Estella	0,7	64-Ansoain	100
10-Aoiz	100	02-Etxarri-Aranatz	36,9	17-Rochapea	93,2
41-Artajona	25,0	11-Huarte/Uharte	76,1	30-Salazar	0
09-Auritz/Burguete	100	20-II Ensanche	100	39-San Adrián	83,1
61-Azpilagaña	92,3	03-Irurtzun	0	16-San Jorge	83,2
26-Barañain	91,8	31-Isaba	0	23-San Juan	100
14-Berriozar	90	22-Iturrama	93,4	29-Sangüesa	81,8
51-Buñuel	23,1	04-Leitza	100	40-Tafalla	100
13-Burlada	93,5	05-Lesaka	100	46-Tudela Este	68,3
42-Carcastillo	86,2	38-Lodosa	71	45-Tudela Oeste	63,5
50-Cascante	80,2	36-Los Arcos	67,3	08-Ultzama	100
19-Casco Viejo	48,5	63-Mendillorri	68,1	47-Valtierra	79,3
49-Cintruénigo	100	21-Milagrosa	68,4	37-Viana	0
48-Corella	83,5	28-Noain	54,8	33-Villatuerta	46,1
18-Chantrea	100	43-Olite	87,5	12-Villava/Atarrabia	90,4
07-Donostia/Santesteban	76,9	15-Orcoyen	100	25-Zizur-Echavacoiz	7,1
AREA PAMPLONA	73,6	AREA ESTELLA	38,8	AREA TUDELA	73,4
MEDICINA FAMILIA	69,9	PEDIATRÍA	65,5	TOTAL	68,6

Tabla II
CASOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA.
NAVARRA, SEMANAS 27 A 39. PERIODO 2002-2007

ENFERMEDADES	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Enfermedades de Transmisión Alimentaria						
Botulismo	-	-	-	-	-	-
Cólera	-	-	-	-	-	1
Disentería Bacilar	2	4	5	35	6	1
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	-	1	-	-	-	-
Toxoinfección Alimentaria	198	148	146	115	62	61
Listeriosis*	-	-	-	-	-	2
Triquinosis	-	-	-	-	-	-
Enfermedades de Transmisión Respiratoria						
Enfermedad Meningocócica	5	2	3	2	4	5
Enf. neumocócica invasiva*	-	-	-	-	-	17
E. Invasiva H influenzae tipo b*	-	-	-	-	-	1
Gripe	332	591	338	176	74	83
Legionelosis	25	10	9	7	8	6
Tuberculosis Respiratoria	18	18	13	13	14	13
Otras Tuberculosis	3	2	5	4	7	3
Varicela	561	344	263	371	293	462
Enfermedades de Transmisión sexual						
Infección Gonocócica	3	12	10	5	7	27
Sífilis	4	5	5	1	4	2
Enfermedades Prevenibles por Inmunización						
Difteria	-	-	-	-	-	-
Parotiditis	7	6	12	2	100	210
Poliomielitis	-	-	-	-	-	-
Rubéola	-	-	-	-	1	-
Sarampión	-	-	-	-	-	-
Tétanos	-	1	-	-	-	-
Tos ferina	1	3	1	3	5	6
Hepatitis Víricas						
Hepatitis A	1	3	1	4	-	2
Hepatitis B	1	3	1	1	3	3
Otras Hepatitis	2	7	-	2	3	1
Zoonosis						
Brucelosis	1	1	-	-	-	-
Hidatidosis	1	-	-	-	3	-
Leishmaniasis	-	1	-	-	-	-
Rabia	-	-	-	-	-	-
Carbunco	1	-	-	-	-	-
Tularemia	-	-	-	-	-	-
Enfermedades Importadas						
Fiebre Amarilla	-	-	-	-	-	-
Fiebres hemorrágicas virales*	-	-	-	-	-	3
Paludismo	7	2	2	1	5	4
Peste	-	-	-	-	-	-
Tifus Exantemático	-	-	-	-	-	-

*Enfermedades vigiladas desde 2007