

SUMARIO

Balance de la temporada de gripe 2009-2010 en Navarra	1
Situación de las E.D.O. en Navarra. Semanas 1 a 13 de 2010	4

BALANCE DE LA TEMPORADA DE GRIPE 2009-2010 EN NAVARRA

La temporada 2009-2010 se ha caracterizado por la circulación de un nuevo virus de la gripe A(H1N1)v de origen porcino, que se extendió rápidamente durante el verano de 2009 y que ha sido el responsable de la onda gripal de esta temporada en todo el mundo. La presencia del nuevo virus se detectó por primera vez en Navarra en junio de 2009. Durante el verano mostró una capacidad de transmisión contenida. Con la llegada del otoño tomó fuerza, y entre octubre y noviembre generó la onda de gripe de esta temporada.

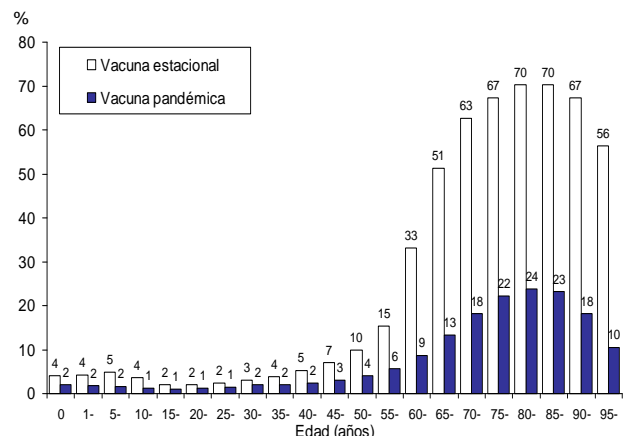
Campaña de vacunación

De forma excepcional, en 2009 se realizaron dos campañas de vacunación antigripal. La primera se desarrolló entre el 24 de septiembre y el 30 de octubre, y consistió en la administración de la vacuna de gripe trivalente estacional que había sido diseñada para esta temporada antes de que se detectase el nuevo virus. La segunda campaña vacunal tuvo lugar entre el 16 de noviembre y el 18 de diciembre y consistió en la administración de la vacuna monovalente dirigida específicamente frente al nuevo virus A(H1N1)v.

En la campaña de vacunación frente a la gripe estacional se distribuyeron 120.000 dosis de vacuna. Según las dosis registradas en la red pública de Atención Primaria, la cobertura en mayores de 65 años no institucionalizados fue del 63%, ligeramente superior a la del año anterior, y la cobertura en el conjunto de la población no institucionalizada alcanzó el 17%.

La vacuna pandémica se distribuyó según los criterios e indicaciones acordados en el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Estas indicaciones fueron más restrictivas que las de la vacuna estacional, centrándose en personas con factores de riesgo o enfermedades crónicas, y no incluía un criterio de edad como en la vacuna estacional. Debido a la presentación temprana de la gripe en esta temporada, la campaña de vacunación pandémica llegó cuando el virus llevaba varias semanas circulando extensamente en Navarra y muchas personas habían pasado la enfermedad. Resultado de todo ello el número de dosis de vacuna pandémica administradas fue de aproximadamente 40.000 y la cobertura en el conjunto de la población no institucionalizada alcanzó el 6% (Figura 1).

Figura 1. Cobertura vacunal en población no institucionalizada de Navarra en 2009-2010



Incidencia de síndromes gripales

Considerando el periodo pandémico, desde la semana 21 de 2009 hasta la 20 de 2010, se han contabilizado 24.005 casos de síndrome gripal notificados al sistema EDO de Navarra (tasa: 38 casos por mil habitantes). Esta tasa está dentro del rango de las cinco temporadas anteriores (17 a 42 casos por 1000), y la intensidad gripal puede considerarse media-alta.

En Navarra las primeras detecciones del nuevo virus A(H1N1)v se produjeron en junio de 2009 en personas que habían adquirido la infección en otras comunidades autónomas, y a mediados de julio se detectó un aumento claro de casos de transmisión autóctona. En la semana del 19 al 25 de julio se registró un pico en la incidencia que superó ligeramente el umbral epidémico, pero no llegó a los 100 casos semanales por 100.000 habitantes. En las semanas siguientes la incidencia de síndromes gripales fue remitiendo y se mantuvo por debajo del umbral epidémico hasta septiembre. En el conjunto de España no se detectó un pico equivalente en verano y la incidencia aumentó de forma suave y progresiva durante el verano.

A comienzos de octubre se reactivó la circulación de la gripe pandémica y se volvió a superar el umbral epidémico. Favorecido probablemente por la llegada del otoño y por el retorno de la población a las actividades habituales, la difusión del virus fue más rápida y eficaz, generando una onda gripal con niveles de incidencia similares a los que se alcanzan en otras temporadas. En la semana del 8 al 14 de noviembre se alcanzó el pico de la onda de gripe con 667 casos por 100.000 habitantes y a partir de la semana del 21 de diciembre se retornó a tasas por debajo del umbral epidémico (Figura 2).

En el patrón etéreo de los casos destacó, en comparación con otros años, un marcado predominio en niños. En el verano las mayores incidencias se detectaron en los niños de 5 a 14 años y en el grupo de 15 a 44 años. En onda de gripe del otoño las mayores tasas se registraron con gran diferencia en niños de 5 a 14 años, seguidos por los menores de 5 años. La incidencia acumulada de gripe en adultos disminuyó con la edad y las tasas fueron bastante bajas en mayores de 65 años (Figura 3).

En los casos de gripe notificados por los médicos centinela se registró la presencia de síntomas. En los casos confirmados en laboratorio de niños menores de 15 años los síntomas más frecuentes fueron la fiebre, el malestar general y la afectación de vías respiratorias altas. En adultos también destacó la tos como síntoma muy

frecuente. La disnea fue poco frecuente entre los casos diagnosticados en atención primaria (Tabla 1).

Figura 2. Incidencia semanal de síndromes gripales en la temporada 2009–2010 en Navarra y en España. Comparación con la temporada 2004–2005.

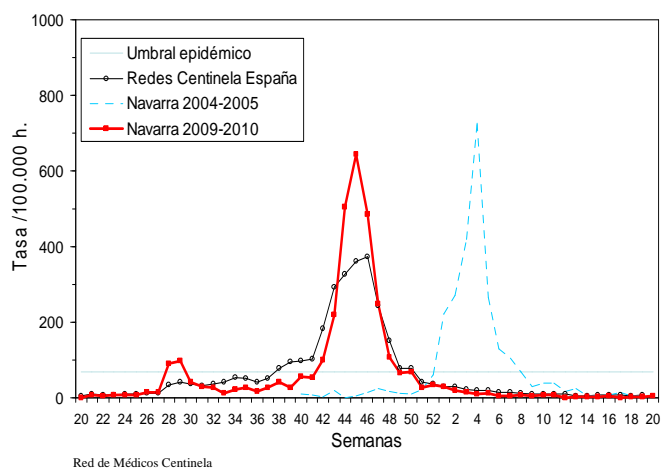


Figura 3. Incidencia acumulada de síndromes gripales en las temporadas 2008–2009 y 2009–2010 por grupos de edad

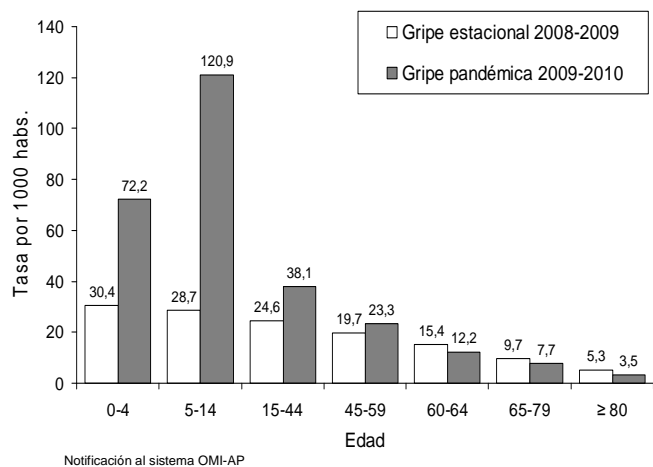


Tabla 1. Síntomas en los casos confirmados de gripe A(H1N1)v

Síntomas	Niños (<15 años)		Adultos (≥15 años)	
	Nº	%	Nº	%
Comienzo súbito	72	89	212	79
Fiebre	81	100	266	99
Escalofríos	65	80	210	78
Malestar general	75	93	263	98
Cefalea	68	84	227	85
Artralgia/mialgias	55	68	231	86
Tos	57	70	246	92
Dolor de garganta	64	79	196	73
Disnea	4	5	23	9
Afectación de vías altas	73	90	238	89
Total	81	100	268	100

En general se observó un menor número ligeramente menor de síntomas entre los casos de gripe detectados durante el verano que en los detectados durante el otoño (Tabla 2). Entre las explicaciones de esta diferencia pueden estar la influencia de la meteorología en las manifestaciones de la gripe y el que en verano, por la alarma social, se hubiese producido la consulta de pacientes al médico con cuadros clínicos que habitualmente no son motivo de consulta.

Tabla 2. Síntomas en la población de 15 años y más con diagnóstico confirmado de gripe A(H1N1)v, según la época del año

Síntomas	Verano		Otoño	
	Nº	%	Nº	%
Nº de síntomas, mediana	8		9	
Comienzo súbito	64	60	148	91
Fiebre	104	98	162	100
Escalofríos	71	67	139	86
Malestar general	103	97	160	99
Cefalea	88	83	139	86
Artralgia/mialgias	86	81	145	90
Tos	95	90	151	93
Dolor de garganta	82	77	114	70
Disnea	11	10	12	7
Afectación de vías altas	100	94	138	85
Total	106	100	162	100

Vigilancia virológica de la gripe

Durante el periodo entre temporadas (desde la semana 20 a la 39) se tomaron 330 frotis nasofaríngeos en la red de médicos centinelas, de los cuales 107 (32,4%) resultaron positivos a gripe A(H1N1)v. Desde la semana 40 se tomaron otros 562 frotis de los cuales 233 (41,5%) resultaron positivos a gripe A(H1N1)v. La red centinela detectó circulación de gripe A(H1N1)v de forma prácticamente ininterrumpida desde la semana 23 de 2009 hasta la semana 2 de 2010, y desde entonces hasta la semana 20 no volvió a detectar la presencia de virus de la gripe en Navarra. Hubo dos momentos en los que el porcentaje de frotis que se confirmaban positivos a gripe A(H1N1)v superó el 50%, y estos fueron en las semanas 28 a 29 y las semanas 43 a 48 de 2009 (Figura 4 y Tabla 3).

Hasta el momento se han caracterizado en el laboratorio de referencia del Centro Nacional de Microbiología 30 cepas de gripe aisladas en Navarra durante el periodo pandémico. Todas ellas han sido idénticas a la cepa A/California/07/2009(H1N1) que es la responsable de la pandemia en todos los países. Coincidiendo con lo descrito en otros lugares, estas cepas de gripe pandémica presentaron resistencia a la amantadina. Además, una de las cepas aisladas fue también resistente a oseltamivir.

En algunas de las muestras negativas a virus de la gripe procedentes de pacientes con síndrome gripal se analizó la presencia de otros virus respiratorios, encontrándose presencia de virus parainfluenza en distintos momentos de la temporada, que fue mayor en septiembre y octubre. El virus respiratorio sincitial se detectó principalmente en niños entre los meses de noviembre y febrero (Figura 5). En los meses de verano se detectó esporádicamente presencia de enterovirus, adenovirus y metapneumovirus.

En la Figura 6 se presenta una estimación de la incidencia de síndromes gripales según el agente etiológico. Podemos observar que la circulación del virus de la gripe A(H1N1) ocasionó dos ondas gripales bastante bien definidas, una en verano y otra mayor en otoño. Estas estimaciones parecen indicar que el resultado negativo en el frotis nasofaríngeo no excluye totalmente el diagnóstico de gripe, especialmente si no se han identificado otros virus y si existe circulación gripal apreciable.

Figura 4. Número de identificaciones de virus de la gripe por semanas y porcentaje de frotis positivos en pacientes de la red de médicos centinela

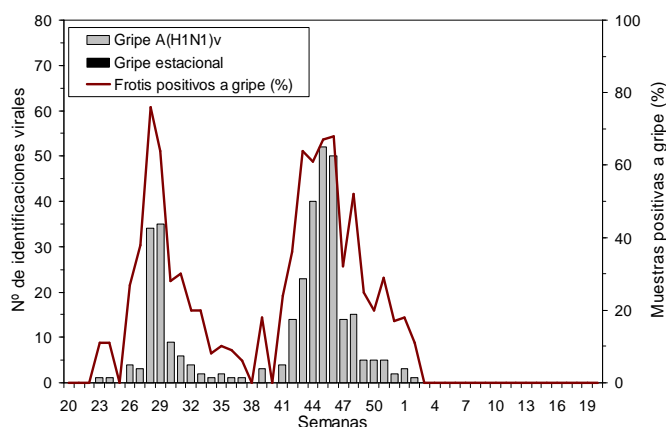


Figura 5. Número de detecciones semanales de gripe y de virus respiratorio sincitial. Pacientes de la red centinela y de hospitales, 2009-2010

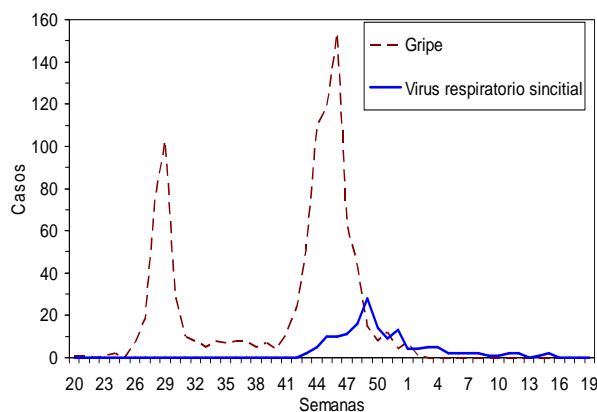


Tabla 3. Incidencia semanal de síndromes gripales, actividad de los médicos centinela y vigilancia virológica

Semana	Navarra Tasa por 100.000	Red centinela de la gripe en Navarra					Muestras no centinela*	Otros virus**	España Tasa por 100.000
		Tasa por 100.000	Casos	Frotis proce- sados	Gripe A (H1N1)v	Gripe estacional			
21	3,10	8,29	9	7	--	--	gripe B	Metaneumovirus	9,27
22	3,10	4,61	5	2	--	--	--	Metaneumovirus	8,34
23	2,12	8,29	9	9	1 (11%)	--	--	Parainfluenza	6,44
24	2,12	8,29	9	9	1 (11%)	--	A(H1N1)v	Adenovirus	10,74
25	3,26	7,37	8	8	0	--	A(H1N1)v	--	9,21
26	4,07	15,66	17	15	4 (27%)	--	A(H1N1)v	Enterovirus	11,63
27	6,84	15,66	17	8	3 (38%)	--	A(H1N1)v	Enterovirus	11,46
28	54,09	90,27	98	45	34 (77%)	--	A(H1N1)v	Parainfluenza	33,75
29	92,36	96,72	105	55	35 (64%)	--	A(H1N1)v	Parainfluenza	41,84
30	72,33	41,45	45	32	9 (28%)	--	A(H1N1)v	Parainfluenza	36,04
31	54,41	29,48	32	20	6 (30%)	--	A(H1N1)v	Adenovirus	32,89
32	47,73	27,63	29	20	4 (20%)	--	A(H1N1)v	Parainfluenza	37,67
33	33,89	12,90	14	10	2 (20%)	--	A(H1N1)v	Adenovirus	41,17
34	34,21	21,19	23	13	1 (8%)	--	A(H1N1)v	Adenovirus	53,61
35	40,89	26,71	29	20	2 (10%)	--	A(H1N1)v	Parainfluenza	51,75
36	47,57	16,58	18	11	1 (9%)	--	A(H1N1)v	Parainfluenza	41,97
37	61,09	26,71	29	16	1 (6%)	--	A(H1N1)v	Parainfluenza	52,35
38	76,24	40,53	44	22	0	--	A(H1N1)v	Parainfluenza	77,88
39	76,73	26,71	29	17	3 (18%)	--	A(H1N1)v	Parainfluenza	94,72
40	69,07	34,24	38	25	0	--	A(H1N1)v	Parainfluenza	98,65
41	54,57	30,63	34	17	4 (24%)	--	A(H1N1)v	Parainfluenza	101,22
42	102,63	64,88	72	39	14 (36%)	--	A(H1N1)v	VRS, Parainfluenza	182,45
43	254,79	216,26	240	36	23 (64%)	--	A(H1N1)v	VRS, Parainfluenza	292,94
44	556,17	499,20	554	66	40 (61%)	--	A(H1N1)v	VRS	327,92
45	676,07	643,37	714	78	52 (67%)	--	A(H1N1)v	VRS, adenovirus	359,85
46	605,21	483,88	537	74	50 (68%)	--	A(H1N1)v	VRS	371,68
47	321,09	252,30	280	44	14 (32%)	--	A(H1N1)v	VRS, adenovirus	243,71
48	144,99	107,63	121	29	15 (52%)	--	A(H1N1)v	VRS, adenovirus	151,42
49	86,89	66,71	75	20	5 (25%)	--	A(H1N1)v	VRS, adenovirus	77,72
50	69,38	67,60	76	25	5 (20%)	--	A(H1N1)v	VRS	78,55
51	32,44	25,80	29	17	5 (29%)	--	A(H1N1)v	VRS	40,80
52	34,05	34,69	39	12	2 (17%)	--	A(H1N1)v	VRS, parainfluenza	37,50
1	28,27	29,35	33	17	3 (18%)	--	A(H1N1)v	VRS	29,80
2	28,75	18,68	21	9	1 (11%)	--	--	VRS, parainfluenza	29,92
3	14,94	15,12	17	6	0	--	--	VRS, parainfluenza	21,60
4	13,17	9,78	11	6	0	--	--	VRS	18,41
5	12,53	12,45	14	8	0	--	--	VRS	18,96
6	8,51	5,34	6	2	0	--	--	VRS	15,74
7	10,76	4,45	5	4	0	--	--	VRS	14,51
8	10,76	8,01	9	7	0	--	--	VRS	11,32
9	5,46	5,34	6	3	0	--	--	VRS, parainfluenza	10,33
10	8,03	6,23	7	5	0	--	--	VRS	10,01
11	4,18	6,23	7	1	0	--	--	VRS	10,94
12	5,30	0,89	1	0	0	--	--	VRS	8,60
13	3,21	1,78	2	1	0	--	--	---	5,25
14	3,37	1,78	2	1	0	--	--	VRS	5,24
15	4,50	3,56	4	2	0	--	--	VRS	8,01
16	3,85	4,45	5	2	0	--	--	---	6,21
17	2,73	0,89	1	1	0	--	--	---	7,25
18	4,82	2,67	3	2	0	--	--	---	5,83
19	4,18	2,67	3	1	0	--	--	---	6,53
20	1,89	4,45	5	3	0	--	--	---	6,29

Las tasas de Navarra están calculadas incluyendo todos los casos notificados en la red pública de Atención Primaria. La red de médicos centinela cubre 110.978 personas (18% de la población) y realiza vigilancia virológica sobre una muestra sistemática de casos de síndrome gripal.

*Muestras de pacientes atendidos en hospitales.

**Muestras de pacientes de la red centinela y de hospitales.

Efectividad vacunal

La vacuna específica frente a la gripe pandémica demostró una alta efectividad, ya que la incidencia de síndromes gripales fue mucho menor en vacunados que en no vacunados en todos los grupos de edad (Figura 7). Entre las personas que habían recibido la vacuna pandémica solo se produjeron casos de gripe confirmados en los siete primeros días, cuando todavía no había transcurrido el periodo mínimo para una respuesta vacunal eficaz; por tanto, se concluye que no se ha detectado ningún fallo vacunal confirmado de la vacuna pandémica en Navarra.

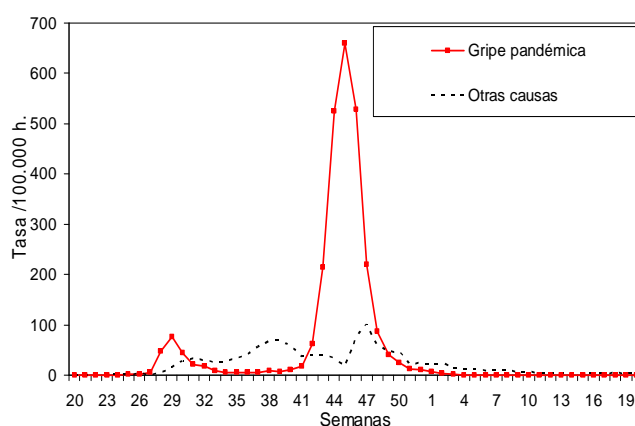
La vacuna de la gripe estacional no se ha mostrado efectiva en la reducción de la incidencia de gripe pandémica, ya que las personas vacunadas frente a la gripe estacional no tuvieron una incidencia menor de síndromes gripales que las no vacunadas. No obstante, algunos resultados observados en Navarra parecen indicar que la vacunación frente a la gripe estacional podría haber contribuido a la baja mortalidad por gripe pandémica en personas mayores.

Vigilancia de casos graves

La vigilancia de la gripe se complementa con la detección de casos graves en los hospitales. Durante el periodo de circulación de la gripe pandémica se detectaron 224 casos confirmados de gripe A(H1N1)v en personas que requirieron ingreso hospitalario. Esto supone una tasa de hospitalización de 9 por cada 1000 casos diagnosticados. De ellos 18 (8%) requirieron ingreso en UCI/URCE y 4 casos fallecieron. Por tanto, la letalidad ascendió al 17 por 100.000 casos y al 22% de los casos ingresados en UCI/URCE. Sin embargo, no podemos descartar que la gripe pandémica haya podido tener un impacto mayor en la mortalidad debido a los fallecimientos ocurridos fuera del medio sanitario o en pacientes crónicos en los que los síntomas gripales pudieron pasar desapercibidos entre la patología de base.

Los casos hospitalizados se distribuyeron en el tiempo durante el periodo en el que la red centinela detectó circulación del virus de la gripe, y los momentos con mayor número de hospitalizaciones coincidieron con los de máxima incidencia de síndromes gripales. No obstante, cabe destacar que también se produjeron varios casos graves entre las dos ondas de gripe, cuando la incidencia de síndromes gripales se mantenía en niveles muy bajos (Figura 8).

Figura 6. Incidencia estimada de síndromes gripales según agente etiológico, 2009–2010.



Estimaciones obtenidas a partir de la notificación al sistema OMI-AP y la proporción de confirmaciones en laboratorio. Se aplica una sensibilidad de la prueba de un 67%.

Figura 7. Incidencia de síndromes gripales durante el periodo con disponibilidad de la vacuna pandémica (semanas 48 de 2009 a 3 de 2010) en vacunados y no vacunados frente a la gripe A(H1N1)v.

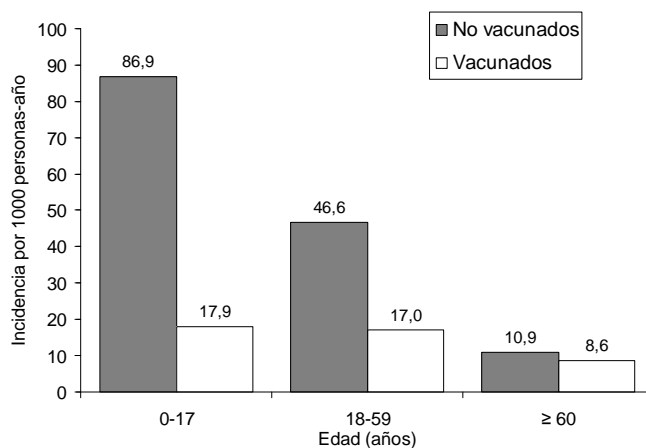
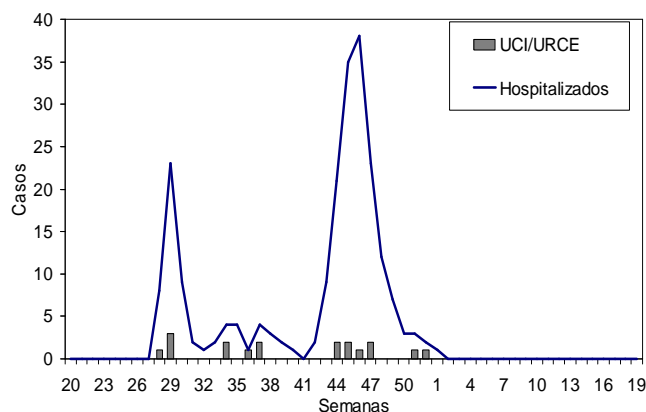


Figura 8. Hospitalizaciones e ingresos en UCI/URCE por semanas de pacientes con confirmación de gripe A(H1N1)v. 2009–2010.



El 25% de los ingresos fueron en niños menores de 5 años, el 13% tenían ente 5 y 14 años, el 29% tenían entre 15 y 44 años, el 21% entre 45 y 64 años y el 12%, 65 años o más (Figura 9) . El 35% de los ingresados tenían alguna enfermedad crónica de base, el 8% eran pacientes asmáticos, el 3% mujeres embarazadas, 1% tenían obesidad mórbida, 1% ingresaron por algún tipo de problemática social y el 52% restante no refirieron patología de base ni otras circunstancias de riesgo. Un tercio de estos casos eran niños menores de 5 años.

Los casos que requirieron ingreso en UCI/URCE tenían entre 15 y 81 años. Ocho tenían alguna patología crónica previa, una era una mujer embarazada, dos tenían antecedente de asma y los 7 restantes no tenían ninguna patología ni factor de riesgo previo.

Durante la temporada 2009–2010 se realizó una búsqueda de casos graves relacionados con la gripe mucho más intensiva que la que se realizaba en años precedentes, lo que impide la comparación de la situación descrita con otras temporadas de gripe estacional.

Vigilancia Centinela de Gripe en España

En España la incidencia de gripe comenzó un ascenso suave y mantenido durante el verano, y se superó el umbral epidémico entre las semanas 38 y 50 de 2010. El pico se produjo en la semana 46 con 374 casos por 100.000 habitantes y la onda epidémica duró 13 semanas, algo más de lo habitual (Figura 2). La onda epidémica se puede catalogar de media–alta en comparación con la de otros años. A diferencia de lo descrito en Navarra, solo se produjo una onda de gripe durante el otoño. En verano hubo niveles algo elevados de incidencia, pero en ningún momento superaron el umbral epidémico (Figura 2).

Durante este periodo ha circulado mayoritariamente la gripe A(H1N1)v, pero también se han detectado de forma esporádica casos de gripe A(H3N2) y de gripe B.

Todas las identificaciones virales realizadas en el Centro Nacional de Microbiología, laboratorio de referencia de gripe, se han correspondido con cepas incluidas en las vacunas. El 98,6% de las identificaciones han correspondido a la cepa pandémica A/California/07/2009(nH1N1), y el resto de las caracterizaciones se repartieron entre las cepas A/Brisbane/10/2007(H3N3), A/Brisbane/59/2007(H1N1) y B/Brisbane/60/08 (Figura 10). Estas tres últimas cepas eran las que estaban incluidas en la vacuna estacional.

Figura 9. Distribución etárea de los casos de gripe en distintas situaciones.

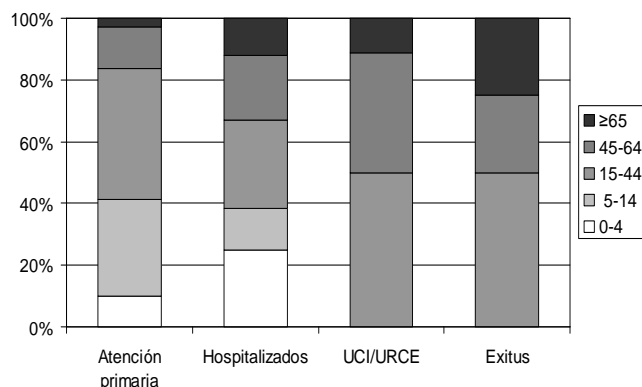
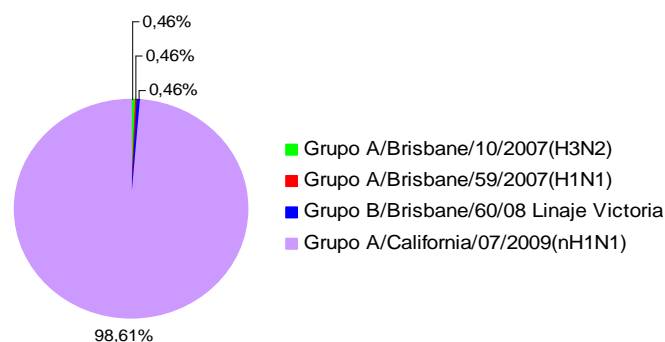


Figura 10. Caracterizaciones virales realizadas en el Centro Nacional de Microbiología durante la temporada 2009–2010



Recomendaciones de la OMS para la composición de la vacuna antigripal en 2010–2011

Basándose en toda la información virológica acumulada, la Organización Mundial de la Salud ha publicado las recomendaciones para la composición de la vacuna antigripal en la temporada 2010–2011 en el hemisferio norte. Según estas recomendaciones la nueva vacuna estacional incluirá la cepa pandémica A/H1N1 en su composición. Las cepas elegidas son:

- A/California/07/2009 (H1N1)
- A/Perth/16/2009 (H3N2)
- B/Brisbane/60/2008

Conclusiones y recomendaciones para próximas temporadas

La temporada 2009–2010 ha estado marcada por la declaración por parte de la Organización Mundial de la Salud de la alerta pandémica por la gripe A(H1N1)v. Ante el carácter imprevisible tuvo esta situación, la vigilancia epidemiológica

jugó un papel fundamental para ir desvelando los cambios que se iban produciendo. La vigilancia epidemiológica basada en redes de médicos centinelas y en laboratorios, al disponer de información de referencia en temporadas anteriores, proporcionó información fiable, oportuna, comparable y apenas afectada por la alarma social que se generó en algunos momentos.

En esta temporada se introdujo un protocolo de actuación ante casos graves de gripe que incluye la confirmación de casos sospechosos, el aislamiento y el tratamiento antiviral en los pacientes graves o con riesgo de complicaciones. La declaración de casos graves de gripe ha demostrado ser un buen complemento a la vigilancia de la gripe en atención primaria que conviene mante-

ner y sistematizar en próximas temporadas y con vistas a la posible llegada de nuevas alertas de salud pública debidas a agentes de transmisión respiratoria (gripe aviar, SARS, etc.).

En resumen, la experiencia pasada nos lleva a concluir que la vigilancia de la gripe debe comprender:

- Notificación de casos clínicos:
 - o Atención primaria (EDO y centinelas).
 - o Hospitales
- Notificación del resultado de las determinaciones de gripe en los laboratorios:
 - o Pacientes de la red centinela de atención primaria.
 - o Pacientes atendidos en hospitales.

* * * * *

Red de Médicos Centinelas de Navarra

- C.S. Altsasu/Alsasua: H. Selles;
- C.S. Irurtzun: M Moreno, MA. Senosiain;
- C.S. San Jorge: MT Virto, J Ulibarri, J Agreda, C Bernués, J. Zubicoa, M. Zabalza;
- C.S. Rochapea: M Sota;
- C.S. Chantrea: F Cortes;
- C.S. Barañain I: F Pérez Afonso;
- C.S. Barañain II: J Gamboa;
- C.S. Sangüesa: JJ Longás; CJ Gurbindo;
- C.S. Azpilagaña: C Cherrez;
- C.S. Ermitagaña: MA Roncal, O Lecea, P Pérez Pascual, E Álvarez, J Sola, S Revuelta, EM Da Costa, A. Puig, U Navarro, J Berraondo, JM Vizcay, C Maurer;
- C.S. Il Ensanche: B Flamarique, P Uhalte, FJ Orozco, MJ Esparza, A Martínez Díaz, MM Del Burgo, J De Prado, K Ayerdi, JJ Arana, MA Rodríguez González, A Arza, ML Pérez Del Valle, P González Lorente;
- C.S. Tafalla: MJ Guruchaga, J Díez Espino
- C.S. Villava/Atarrabia: A Brugos, S Buil, JC Cenoz, B Iñigo, C Fernández Alfaro, B Cano, B Azagra,
- C.S. Zizur: MA Pous
- C.S. San Juan: A Gulina, L Fanlo, E Arina, ML Garces, P Aldaz, IA Urtasun, MJ Vigata, MS Indurain, I Arceiz, B Churio, N Goñi, ME Ursua, E Ridruejo, I Ruiz Puertas;
- C.S. Tudela Oeste: MJ Guillorme, MP León, M D Artajo, JO Guiu, C Bolea, J Guillen, M Orte;
- C.S. Valtierra: SE Juan Belloc;
- C.S. Corella: JA Heras;
- C.S. Buñuel: M Doiz;
- C.S. Estella: J Palau, FJ Escribano, I Abad, A Prado;
- C.S. Viana: A Roig;
- Residencia Amma-Argaray: J Baleztena;
- Casa Misericordia: F Cía.

Sistema de enfermedades de notificación obligatoria

En el que participan todos los médicos de Atención Primaria y Especializada de Navarra.

Sistema de notificación de casos graves de gripe

Dirección y Servicios de Urgencias, Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas, Neumología, Cuidados Intensivos, URCE, Medicina Preventiva y Microbiología de los centros hospitalarios de Navarra: Hospital Virgen del Camino, Hospital de Navarra, Clínica Universidad de Navarra, Hospital Reina Sofía, Hospital García Orcoyen, Clínica San Miguel, Hospital San Juan de Dios y Clínica Ubarmin.

Laboratorios

- Hospital Virgen del Camino: V. Martínez Artola, E. Salcedo.
- Clínica Universidad de Navarra: M Fernández Alonso, G Reina.
- Hospital de Navarra: C Fernández.
- Hospital García Orcoyen: A Petit.
- Hospital Reina Sofía: A I Álvaro.
- Laboratorio Centro San Martín: A Mazón.

Coordinación

- Dirección de Atención Primaria: J Morán, F Elía, A Salaberri, J Apezteguia.
- Instituto de Salud Pública: J Castilla, M García Cenoz, M Arriazu, F Irisarri, A Zabala, E Garde, A Barricarte.

**CASOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA.
NAVARRA, SEMANAS 1 A 13. PERIODO 2005-2010**

ENFERMEDADES	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Enfermedades de Transmisión Alimentaria						
Botulismo	-	-	-	-	-	-
Cólera	-	-	-	-	-	-
Disentería Bacilar	1	-	1	4	0	1
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	-	2	-	-	-	-
Toxoinfección Alimentaria	19	31	23	15	7	15
Listeriosis*	-	-	-	-	-	1
Triquinosis	-	-	-	1	-	-
Enfermedades de Transmisión Respiratoria						
Enfermedad Meningocócica	5	4	9	10	8	8
Enf. Neumocócica invasiva*	-	-	-	27	22	21
Enf. Invasiva <i>H influenzae</i> tipo b*	-	-	-	2	0	0
Gripe	19.973	8.521	8.719	17.577	4.778	958
Legionelosis	2	1	4	7	4	3
Tuberculosis Respiratoria	13	18	18	16	14	7
Otras Tuberculosis	5	1	-	3	2	2
Varicela	1.223	943	461	396	226	123
Enfermedades de Transmisión sexual						
Infección Gonocócica	6	8	7	11	10	9
Sífilis	5	2	4	1	5	6
Enfermedades Prevenibles por Inmunización						
Difteria	-	-	-	-	-	-
Parotiditis	16	10	1.211	61	16	15
Poliomielitis	-	-	-	-	-	-
Rubéola	-	1	-	-	1	0
Sarampión	-	-	-	-	-	-
Tétanos	-	-	-	-	-	-
Tos ferina	3	2	-	-	1	1
Hepatitis Víricas						
Hepatitis A	6	3	9	2	12	4
Hepatitis B	2	4	1	-	1	5
Otras Hepatitis	1	4	2	1	0	0
Zoonosis						
Brucelosis	1	-	-	-	1	0
Hidatidosis	1	3	2	2	2	1
Leishmaniasis	-	-	-	-	-	1
Rabia	-	-	-	-	-	-
Carbunco	-	-	-	-	-	-
Tularemia	-	-	-	-	-	-
Fiebre Q*	-	-	-	1	1	3
Enfermedades Importadas						
Fiebre Amarilla	-	-	-	-	-	-
Fiebres hemorrágicas virales*	-	-	-	-	-	1
Paludismo	3	2	2	3	0	0
Peste	-	-	-	-	-	-
Tifus Exantemático	-	-	-	-	-	-

*Enfermedades incorporadas a la vigilancia en 2008, por lo que no se dispone de datos de años anteriores.