



Castilla-La Mancha

Boletín Epidemiológico de Albacete

DICIEMBRE I 2019/ Vol. 30 / N° 378

salud pública



Las Salinas de Pinilla (Viveros, Albacete). Autor: Francisco Fernández Rosillo-Padilla

Comentarios Epidemiológicos p. 92
.....

**Estado y Distribución de las Enfermedades
de Declaración Obligatoria p. 97**

INFORME DEL MINISTERIO DE SANIDAD SOBRE LOS ASPECTOS ÉTICOS EN SITUACIONES DE PANDEMIA: EL SARS-COV-2 (y II)*

2. PRUEBAS DE INFECCIÓN POR EL VIRUS: DERECHO Y OBLIGACIÓN

En el caso del acceso a las pruebas diagnósticas sobre la infección por el virus nos encontramos con que dichas pruebas todavía no son suficientes.

En esta situación se encontrarían los profesionales sanitarios asistencialmente implicados con estos pacientes, otros profesionales y empleados que también puedan relacionarse con ellos (agentes de los diversos cuerpos de la policía estatal, autonómica y local y personal del ejército) o con ciudadanos de mayor riesgo (personal de residencias y otros centros de atención a mayores y dependientes, residencias de menores, internados en centros penitenciarios y similares) y los ciudadanos que han podido estar en contacto próximo con otras personas identificadas como portadoras de anticuerpos del virus (infectadas). No es fácil establecer una prioridad entre estos grupos mientras los dispositivos para las pruebas no sean suficientes, pero podría servir de modo indicativo el orden de estas personas acabado de exponer, quedando en el último puesto el resto de ciudadanos que desearan someterse a estas pruebas.

Yendo más allá, desde el momento en que la disponibilidad de estos materiales fuera abundante el derecho ciudadano a la protección de la salud podría transformarse en un deber derivado de la prevalencia de los intereses generales de protección de la salud pública, siempre dentro de los límites que marca la observancia del principio de proporcionalidad.

A la vista de un resultado positivo del test (y su confirmación en caso de duda), se entraría en la imposición de un aislamiento domiciliario o el ingreso en un centro sanitario u otro de seguridad, según corresponda.

3. PRIORIDADES EN LA ADMISIÓN Y TRATAMIENTO DE PACIENTES Y SOSPECHOSOS DE SER PORTADORES

El llamado deber de asistencia que incumbe a los profesionales en su actividad asistencial es una proyección del derecho constitucional (no

fundamental) a la protección de la salud (art. 43 CE) que tenemos todos los españoles y los ciudadanos extranjeros residentes en el territorio nacional (art. 1.2 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad). Sin embargo, dada la demanda masiva existente y la escasez de recursos para atenderla, aunque pueda ser transitoria, comporta una reducción del disfrute efectivo de ese derecho y plantea la priorización de los individuos potencialmente más expuestos al contagio o ya infectados.

En efecto, en una abrumadora emergencia de salud pública, muchos pacientes podrían requerir el uso de los aparatos de ventilación mecánica disponibles, pero en un desastre del tamaño de una pandemia como la del SARS-CoV-2 pueden no ser suficientes para satisfacer las necesidades existentes, tal vez incluso aunque se organicen centros asistenciales dotados de estas prestaciones. Y aunque se dispusiera de los ventiladores mecánicos necesarios, podría no estarlo – disponible- el personal capacitado para manejarlos y poder atender así a los enfermos más graves.

Por consiguiente, si la rápida expansión de una enfermedad produce el desbordamiento de algunos servicios hospitalarios (o de medicamentos u otros productos médico-sanitarios) y la insuficiencia de recursos para atender a toda la población afectada, deberá establecerse un rango de prioridades.

4. CRITERIOS DE ADMISIÓN DE PACIENTES CON SÍNTOMAS GRAVES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y APLICACIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA

Los profesionales sanitarios directamente implicados en el tratamiento de estos pacientes se enfrentan a conflictos que les añaden una extraordinaria tensión a la que genera ya por sí sola la sobrecarga de trabajo en situaciones de extrema gravedad y de insuficiencia de recursos vitales. En estos supuestos el conflicto de intereses no se plantea de forma primaria entre la salud pública y los derechos fundamentales, sino entre la salud y, más probablemente, la vida de los diversos pacientes que esperan ser sometidos al tratamiento vital. Se trata de un auténtico conflicto o colisión de deberes (el deber de asistencia a los diversos pacientes en espera sin poder atender a todos), en principio de la misma o semejante entidad.

Por consiguiente, ni debe ni puede recaer sobre ellos de forma exclusiva la identificación de los criterios que sean adecuados para tomar de decisiones que pueden conducir a la postergación o exclusión de tratamientos vitales de algunos pacientes, cuyo pronóstico fatal es entonces previsible. Y surge de nuevo la tensión entre utilitarismo (obtener el máximo beneficio respecto a los pacientes atendidos y salvados en comparación con los postergados) y humanitarismo (toda persona en estado de máxima gravedad merece recibir el tratamiento vital que corresponda). Por ello, constituye un imperativo moral proporcionar unos criterios orientadores claros y sencillos, que al mismo tiempo no se conviertan en una trampa para quienes deban tomar las decisiones, de modo que pudieran sugerir o promover indebidamente decisiones automáticas (hasta tal vez meramente aritméticas), rutinarias y despersonalizadas.

Estos principios rectores habrán de responder a criterios objetivos, generalizables, transparentes, públicos y consensuados. Pero al mismo tiempo habrá que saber combinar el marco general de tales criterios con una reflexión minuciosa sobre la situación y circunstancias que presente cada

paciente en particular, valorando dentro de ese marco general de principios rectores, la singularidad y la individualidad de cada persona.

Como criterios generales aplicables consideramos los siguientes:

1º No discriminación por ningún motivo ajeno a la situación patológica del paciente y a las expectativas objetivas de supervivencia.

2º El principio de máximo beneficio en la recuperación de vidas humanas, que debe compatibilizarse con la continuación de la asistencia iniciada de forma individual de cada paciente.

3º Gravedad del estado de enfermedad del paciente que evidencie la necesidad de cuidados intensivos (asistencia en unidades de cuidados intensivos y acceso a ventiladores mecánicos o, en su defecto, acceso en todo caso a estos últimos).

4º Expectativas objetivas de recuperación del paciente en el corto plazo a su estado previo de salud, teniendo en cuenta la concurrencia o no de patologías graves acompañantes que evidencien un pronóstico fatal (enfermos terminales con pronóstico de irreversibilidad, estado de coma irreversible, etc.), aunque pueda comportar una atención clínica añadida.

5º Orden temporal de entrada en contacto con el sistema de salud, consistente en este caso en la data de ingreso en el centro, con el fin de objetivar el punto de partida de los pacientes de los que se responsabiliza el sistema. Sin embargo, este criterio nunca debe anteponerse a los anteriores, pues podría provocar la preferencia de pacientes de menor urgencia, atendiendo a la gravedad de su situación, o de pacientes sin ningún pronóstico favorable sobre su recuperación.

Por otro lado, entendemos que únicamente resultará legítimo acudir a los criterios de admisión de pacientes con síntomas graves en unidades de cuidados intensivos y para la aplicación de ventilación mecánica (lo que, en la práctica, supone excluir a determinadas personas de tratamientos que precisan) cuando se hayan agotado todas las posibilidades existentes para disponer de los recursos asistenciales necesarios y para optimizar el uso de los disponibles. A este

respecto debe subrayarse que existen tratamientos alternativos al de la ventilación mecánica invasiva que se proveen en las unidades de cuidados intensivos, incluso en casos en que aquella no parece indicada (p. ej., ingreso en cama de planta, con oxígeno con gafas nasales, decúbito prono -cuerpo del paciente vuelta abajo-, medicación coadyuvante, etc.).

Ello implica que los poderes públicos quedan obligados a asegurar al máximo la planificación de los recursos asistenciales (incluidos la asistencia vital, la necesidad de hospitalización para cuidado y evolución y también los recursos asistenciales extra hospitalarios como los que radican en los centros de atención primaria, donde igualmente se pueden producir situaciones de inasistencia por falta de planificación), y que no resulta admisible que se produzca inasistencia a pacientes por falta de ciertos recursos en determinados centros sanitarios cuando existen dispositivos de dichas características ociosos en otros centros. Debe garantizarse la optimización en la planificación de dichos recursos asistenciales a nivel local, autonómico y estatal, pues aquí también resulta relevante la solidaridad institucional.

En situaciones tan graves como es la actual crisis de pandemia es fundamental no olvidarse de que todo el proceso en sí tiene un impacto emocional muy relevante que probablemente no tendrá su expresión de forma inmediata, sino al cabo de un tiempo de duración variable. Desde la perspectiva ética los profesionales sanitarios deben tenerlo en cuenta durante todo el proceso, aportando la información necesaria y ajustada sin que invada emocionalmente al paciente, y sin minimizar ni aumentar la relevancia de la clínica.

Cuando pueda ser aplicable la exclusión de un paciente del tratamiento intensivo, incluido el recurso a ventilación mecánica, no existe un consenso claro sobre si debería ser una decisión asumible en solitario por el médico o médicos tratantes, o si deberá ser colegiada, por un comité ad hoc de facultativos. También se ha planteado la involucración de los comités de ética asistencial existentes en los hospitales en la toma de este tipo de decisiones o para aportar orientaciones sobre cómo actuar en el supuesto concreto planteado.

El equipo médico responsable del paciente será el que deberá asumir las implicaciones de su decisión, por lo que un tercero no es idóneo para imponerle su criterio, salvo que esté también involucrado en la asistencia de ese paciente. Es recomendable solicitar o recibir orientaciones, por ejemplo, del comité de ética asistencial del mismo hospital, siempre que sea posible por el tiempo disponible, o de otros facultativos con mayor experiencia y madurez, incluso constituidos en comité ad hoc.

Finalmente, queremos subrayar que la atención y dedicación que haya que prestar a los pacientes graves por la enfermedad del SARS-CoV-2 no debería olvidar la necesidad de atender a otros pacientes de una enfermedad de gravedad similar, pero de origen distinto al virus, lo que añade un elemento más de conflictividad. En estos casos, los pacientes infecciosos suelen estar separados de otros pacientes que requieren cuidados intensivos.

5. DECISIONES SOBRE CUIDADOS INTENSIVOS DE PACIENTES VULNERABLES

En el marco del debate generado en torno a los criterios para la aplicación de recursos asistenciales escasos en el marco de una situación de emergencia sanitaria se han planteado, tanto en los medios de comunicación como en distintos documentos y foros científicos, la posibilidad de acudir a criterios como la edad del paciente para discriminar a determinados grupos poblacionales del acceso a dichos recursos en situaciones extremas de evidente insuficiencia de los recursos. Ello cobra particular relevancia en el marco de la pandemia SARS-CoV-2 ante la escasez de camas de UCI (y, en particular, de aparatos de ventilación mecánica) al objeto de cubrir la totalidad de las necesidades existentes en el conjunto de la población.

Resulta procedente poner de manifiesto la absoluta proscripción de empleo de criterios fundados en la discriminación por cualquier motivo con la finalidad de priorizar pacientes en dichos contextos. En este sentido, excluir a pacientes del acceso a determinados recursos asistenciales o a determinados tratamientos (por ejemplo, aplicar dicha limitación a toda persona de edad superior a 80 años) resulta contrario, por discriminatorio, a

los fundamentos mismos de nuestro estado de derecho (art. 14 Constitución española). En este sentido, los pacientes de mayor edad en caso de escasez extrema de recursos asistenciales deberán ser tratados en las mismas condiciones que el resto de la población, es decir, atendiendo a criterios clínicos de cada caso en particular. Ello implica que, eventualmente y en la medida en que la escasez de medios básicos impida la cobertura de las necesidades de toda la población, se les aplicarán los criterios de admisión de pacientes con síntomas graves en unidades de cuidados intensivos y aplicación de ventilación mecánica asistida recogidos supra exactamente en las mismas condiciones que a cualquier otro ciudadano. Lo que no resulta en modo alguno aceptable es descartar ex ante el acceso a dichos medios a toda persona que supere una edad.

Aceptar una discriminación como la anteriormente reflejada supondría establecer una minusvaloración de determinadas vidas humanas por la etapa vital en la que se encuentra dicho sector de ciudadanía, lo que contradice los fundamentos de nuestro Estado de Derecho, en particular el reconocimiento de la igual dignidad intrínseca de todo ser humano por el hecho de serlo.

Una argumentación de la misma naturaleza cabe desarrollar con el fin de proscribir cualquier otra discriminación en el acceso a los recursos asistenciales escasos con ocasión de una pandemia por motivos tales como la discapacidad en cualquiera de sus manifestaciones. Asimismo, cabe prestar especial atención a que no se produzcan discriminaciones en dicho contexto en relación con los colectivos de menores de edad en situaciones más vulnerables (menores objeto de abandono por parte de su familia, menores extranjeros no acompañados, etc.). En relación con los menores debe subrayarse igualmente el impacto en su salud física y mental a medio plazo, derivado del confinamiento impuesto por el estado de alarma.

6. DISPONIBILIDAD Y RECLUTAMIENTO DE PERSONAL SANITARIO

El contexto anteriormente descrito de máxima presión asistencial en numerosos centros hospita-

rios del país como consecuencia de la pandemia SARS-CoV-2, unido a la existencia de un porcentaje relevante del colectivo de profesionales sanitarios contagiados que deben quedar apartados del servicio durante un cierto tiempo, obliga a tomar en consideración la necesidad de reclutar personal sanitario adicional.

En la medida de lo posible se trata de un procedimiento que, a pesar de su carácter excepcional, dadas las condiciones de máxima urgencia y necesidad en las que se produce, debe encontrarse revestido de las máximas garantías en lo relativo a la idoneidad del personal así incorporado para la asunción de las tareas asistenciales que deberá desarrollar.

En este sentido, documentos como el Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19, prevé medidas relevantes con el fin de optimizar la plantilla y de asegurar la máxima idoneidad de los profesionales objeto de reclutamiento para hacer frente a las nuevas necesidades asistenciales y a las bajas producidas como consecuencia del contagio. Entre otras, se prevén la realización de censos del personal facultativo especialista en cuidados críticos (pudiendo incluir a aquellos en situación de desempleo, recién jubilados, dedicados a otras tareas, profesionales no comunitarios pendiente de convalidación de títulos, etc.), censos en cada hospital de otros facultativos de plantilla o residentes de otras especialidades que pudieran tener capacidad de asistencia a pacientes menos graves, etc. Previsiones similares atinentes al posible reclutamiento de nuevos profesionales deberán establecerse con respecto al personal de enfermería y al personal auxiliar. Estas previsiones deberán establecerse también a nivel de Comunidad Autónoma y de Sistema Nacional de Salud.

Una de las opciones que se ha planteado de manera recurrente es la de proceder a reclutar a profesionales sanitarios jubilados con el fin de hacer frente a la escasez de personal sanitario que se puede producir en el curso de la pandemia SARS-CoV-2. En relación con dicha opción, que puede resultar idónea desde la perspectiva de la capacitación y el nivel de desempeño de dichos profesionales jubilados, cabe objetar que los estudios existentes parecen evidenciar un incremento de riesgo de infección (así como de la letalidad) por SARS-CoV-2 a mayor edad de la

persona afectada. Con base en lo anterior, no resulta recomendable exponer al referido personal jubilado a tareas de primera línea asistencial que impliquen alto riesgo de contagio. Podría aceptarse la realización de otras tareas que puedan liberar recursos en otras esferas asistenciales.

Por otro lado, debe garantizarse que el personal reclutado específicamente con ocasión de la pandemia SARSCoV-2 contará con el entrenamiento adecuado para la asunción de las funciones profesionales que deba desarrollar.

Finalmente, es fundamental garantizar una planificación adecuada a nivel territorial de los procesos de reclutamiento de profesionales

sanitarios, procediendo a la distribución equitativa de recursos humanos en función de las necesidades de cada territorio. La asistencia sanitaria de calidad debe quedar garantizada en todo el territorio nacional. No podemos terminar estas reflexiones y recomendaciones sin reconocer que la pandemia que estamos sufriendo ha contribuido a reafirmar valores que identifican a la población española: la solidaridad, el altruismo, la empatía y la responsabilidad, reflejadas en los profesionales que están velando por nuestra salud, por nuestra seguridad y por asegurar el mantenimiento de productos y servicios básicos, valores acompañados por la autodisciplina de todos los ciudadanos.

**Informe disponible en:* https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf

PÁGINA 96

**ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LAS SEMANAS 45 A 48 DE 2019 (del 4 de octubre al 1 de diciembre de 2019).
PROVINCIA DE ALBACETE**

ENFERMEDADES	CIE –OMS 9ª-Rev.	CASOS DECLARADOS		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 2014-2018		ÍNDICE EPIDÉMICO	
		2019	2018	2019	2018	SEM	AC	SEM	AC
F. TIFOIDEA/PARATIFOIDEA	002.0,002.1,002.2,002.3,002.9	1	0	4	1	0	1	(+)	4.00
DISENTERÍA	004	0	0	2	4	1	3	0.00	0.67
GRIPE	487	54	79	6088	8071	79	6557	0.68	0.93
TUBERCULOSIS RESPIRAT.	011-012	3	3	22	32	2	24	1.50	0.92
SARAMPIÓN	055	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
RUBEOLA	056	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
VARICELA	052	34	28	530	492	27	786	1.26	0.67
CARBUNCO	022	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
BRUCELOSIS	023	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
HIDATIDOSIS	122	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
FIEBRE EXANT. MEDITERR.	082.1	0	0	1	2	0	4	1.00	1.50
SÍFILIS	091	0	0	6	2	0	4	1.00	1.50
INFECCIÓN GONOCÓCICA	098,0,098,0,098	7	7	58	37	3	20	2.33	2.90
ENFER. MENINGOCÓCICA	036	2	0	4	4	0	3	(+)	1.33
PAROTIDITIS	072	3	4	30	95	4	11	0.75	2.73
E.I.S. PNEUMONIAE	320.1	6	2	55	55	2	42	3.00	1.31
TOS FERINA	033	2	0	10	0	0	1	(+)	10.0
HEPATITIS A	070.0,070.1	2	1	44	15	0	5	(+)	8.80
HEPATITIS B	070.2,070.3	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
HEPATITIS VÍRICAS OTRAS	070.4-070	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
LEGIONELOSIS	482.8	2	1	11	5	1	5	2.00	2.20
MENINGITIS TUBERC.	013.0	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
TUBERCULOSIS OTRAS	010,013.1-013.9,014-018	0	0	1	3	0	3	1.00	0.33
DIFTERIA	032.0,032.1,032.2,032.3,032.8,032.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
LEPRA	030,030.1,030.2,030.3,030.8	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
PALUDISMO	084.0,084.1,084.2,084.3,084.4,084.5	0	1	2	5	0	3	1.00	0.67
POLIOMIELITIS	045.0,045.1,045.2,045.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
RABIA	071	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
TÉTANOS/T. NEONATAL	037 / 771.3	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
TRIQUINOSIS	124	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
CÓLERA	001.0,001.1,001.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
FIEBRE AMARILLA	060.0,060.1,060.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
PESTE	020.0,020.1,020.2,020.3,020.4,020.5, 020.8,020.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
TIFUS	080	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
BOTULISMO	005.1	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
RUBEOLA CONGÉNITA	771.0	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
SÍFILIS CONGÉNITA	090.0,090.1,090.2,090.3,090.4,090.5, 090.6,090.7,090.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
E. INV. POR H. I.	038.4,041.5	0	1	12	7	0	6	1.00	2.00
NEUMONÍA	480-486 (excluida 482.2 y .8)	118	102	1609	1340	102	1464	1.16	1.10
NUEVAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA									
CAMPILOBACTERIOSIS	008.5	9	18	239	308	**	**	**	**
F. CHLAM. TRACHOMATIS	099.4	5	4	59	41	**	**	**	**
DENGUE	061	0	0	0	0	**	**	**	**
FIEBRE Q	083.0	0	0	0	0	**	**	**	**
GIARDIASIS	007.1	0	0	0	1	**	**	**	**
LEISHMANIASIS	085.0-085.5,085.9,	0	0	4	0	**	**	**	**
LISTERIOSIS	027.0	1	1	11	5	**	**	**	**
SALMONELOSIS	003.0	10	12	218	252	**	**	**	**
YERSINIOSIS	008.4	1	0	7	9	**	**	**	**
VIRUS CHIKUNGUNYA	066.3	0	0	0	0	**	**	**	**
HEPATITIS C	070.4,070.5	0	0	0	1	**	**	**	**
HERPES ZOSTER	053.0	160	136	1904	1966	**	**	**	**
(+) Casos sobre mediana cero. (**) No existen datos Un índice epidémico > 1,25 indica que la incidencia es alta Un índice epidémico 0,75 - 1,25 indica que la incidencia es media Un índice epidémico < 0,75 indica que la incidencia es baja									

SEM: N° de casos declarados semanas 45 - 48

AC: N° de casos acumulados hasta el 1 de diciembre de 2019

DECLARACIÓN TOTAL DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. SEMANAS 45 - 48. AÑO 2019.

SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 2019	NUMÉRICAS	INDIVIDUALIZADAS (POR ZONAS DE SALUD)
SEMANA 45	GRIPES: 13 NEUMONÍAS: 21 VARICELAS: 12 HERPES ZOSTER: 50	<ul style="list-style-type: none"> - 1 TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (ALBACETE Z – IV) - 1 TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (VILLARROBLEDO) - 1 INFECCIÓN GONOCÓCICA (ALBACETE Z – II) - 1 INFECCIÓN GONOCÓCICA (TARAZONA DE LA MANCHA) - 1 INFECCIÓN GONOCÓCICA (VILLARROBLEDO) - 1 ENF. MENINGOCÓCICA (ALBACETE Z – IV) - 1 E.N.I. (ALBACETE Z - VI) - 1 E.N.I. (TOBARRA) - 1 TOSFERINA (ELCHE DE LA SIERRA) - 1 HEPATITIS A (CAUDETE) - 1 LEGIONELOSIS (VILLARROBLEDO) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z – VII) - 1 CHLAMYDIA (CASAS IBÁÑEZ) - 1 SALMONELOSIS (ALBACETE Z - V) - 1 SALMONELOSIS (ALBACETE Z – III) - 2 SALMONELOSIS (ALMANSA)
SEMANA 46	GRIPES: 13 NEUMONÍAS: 32 VARICELAS: 5 HERPES ZOSTER: 33	<ul style="list-style-type: none"> - 1 TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (TOBARRA) - 1 ENF. MENINGOCÓCICA (LA RODA) - 1 TOSFERINA (ELCHE DE LA SIERRA) - 1 LEGIONELOSIS (BONETE) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z – I) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (CAUDETE) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (TARAZONA DE LA MANCHA) - 1 CHLAMYDIA (ALBACETE Z – II) - 1 CHLAMYDIA (ALBACETE Z – V A) - 1 CHLAMYDIA (ALBACETE Z - VI) - 1 LISTERIOSIS (MADRIGUERAS) - 1 SALMONELOSIS (ALBACETE Z – VI) - 1 SALMONELOSIS (ALBACETE Z - VII)
SEMANA 47	GRIPES: 20 NEUMONÍAS: 30 VARICELAS: 14 HERPES ZOSTER: 31	<ul style="list-style-type: none"> - 1 INF. GONOCÓCICA (ALBACETE Z - II) - 1 INF. GONOCÓCICA (ALBACETE Z – III) - 1 INF. GONOCÓCICA (ALBACETE Z – V B) - 1 E.N.I. (ALBACETE Z – IV) - 1 E.N.I. (VILLARROBLEDO) - 1 HEPATITIS A (CASAS DE JUAN NÚÑEZ) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z – III) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z – IV) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALMANSA) - 1 LISTERIOSIS (ALBACETE Z – V A) - 1 SALMONELOSIS (ALBACETE Z – II) - 1 SALMONELOSIS (ALBACETE Z - III)
SEMANA 48	GRIPES: 8 NEUMONÍAS: 35 VARICELAS: 4 HERPES ZOSTER: 46	<ul style="list-style-type: none"> - 1 FIEBRE TIFOIDEA (HELLIN 2) - 1 INF. GONOCÓCICA (CHINCHILLA DE MONTE ARAGÓN) - 1 PAROTIDITIS (ALBACETE Z – II) - 1 PAROTIDITIS (ALBACETE Z – V A) - 1 PAROTIDITIS (HELLÍN 2) - 1 E.N.I. (ALBACETE Z – V A) - 1 E.N.I. (VILLARROBLEDO) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z – I) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALMANSA) - 1 CHLAMYDIA (ALBACETE Z – VIII) - 1 SALMONELOSIS (CAUDETE) - 1 SALMONELOSIS (LA RODA) - 1 YERSINIOSIS (ALBACETE Z – VII)

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA*

1. Botulismo	31. Infección gonocócica
2. Brucelosis	32. Infección por el VIH/SIDA
3. Campilobacteriosis	33. Legionelosis
4. Carbunco	34. Leishmaniasis
5. Cólera	35. Lepra
6. Criptosporidiosis	36. Leptospirosis
7. Dengue	37. Linfogranuloma venéreo
8. Difteria	38. Listeriosis
9. Encefalitis transmitida por garrapatas	39. Paludismo
10. Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas	40. Parotiditis
11. Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	41. Peste
12. Enfermedad meningocócica	42. Poliomielitis/PFA en menores de 15 años
13. Enfermedad neumocócica invasora	43. Rabia
14. Enfermedad por virus Chikungunya	44. Rubéola
15. Fiebre amarilla	45. Rubéola congénita
16. Fiebre del Nilo occidental	46. Salmonelosis
17. Fiebre exantemática mediterránea	47. Sarampión
18. Fiebre Q	48. Síndrome Respiratorio Agudo Grave
19. Fiebre recurrente transmitida por garrapatas	49. Shigellosis
20. Fiebre tifoidea / Fiebre paratifoidea	50. Sífilis
21. Fiebres hemorrágicas víricas	51. Sífilis congénita
22. Giardiasis	52. Tétanos/Tétanos neonatal
23. Gripe/Gripe humana por un nuevo subtipo de virus	53. Tos ferina
24. Hepatitis A	54. Toxoplasmosis congénita
25. Hepatitis B	55. Triquinosis
26. Hepatitis C	56. Tuberculosis
27. Herpes Zóster	57. Turalemia
28. Hidatidosis	58. Varicela
29. Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	59. Viruela
30. Infección por cepas de <i>E. coli</i> productoras de toxina Shiga o Vero	60. Yersiniosis.

* Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo

NOTA: Todas estas enfermedades excepto GRIPE, VARICELA, NEUMONÍA y HERPES ZOSTER son de declaración INDIVIDUALIZADA. Además, debe comunicarse de forma URGENTE, la aparición de brotes de cualquier etiología.