



LAS INFECCIONES EN SORIA HISTORIOGRAFÍA MÉDICO SANITARIA EN EL SIGLO XX y XXI.- (II)

- 1. Botulismo**
- 2. Legionella**
- 3. Viruela**
- 4. Hidatidosis**
- 5. Tuberculosis**
- 6. Gripe**
- 7. Cólera**
- 8. Meningitis**
- 9. Gripe A.**
- 10. Síndrome Tóxico**
- 11. Triquinosis**
- 12. Enfermedades de transmisión sexual**
- 13. Sífilis**
- 14. VIH Virus Inmunodeficiencia Humana SIDA**
- 15. Salmonelosis**
- 16. Brucelosis**
- 17. Hidatidosis**
- 18. Shigellosis**
- 19. Triquinosis**
- 20. Carbunco**
- 21. Parotiditis**
- 22. Sarampión**
- 23. Zoonosis**
- 24. Infecciones ligadas al Sexo**
- 25. Tablas y Cuadros**



FIESTAS POPULARES EN LA PROVINCIA DE SORIA 1890-2019



Historiografía médico-aurina. Álbum de tradiciones

Dr. Juan Manuel RUIZ LISO



Donación para
UCRANIA
en las oficinas de
Caja Rural
Libro 15 €uros



Con la colaboración de la Doctora Carmen Aldea

Jefa del Servicio de Microbiología del Hospital de Santa Bárbara del Sacyl de Soria

SORIA 2019

GERMEN	TOMA	CASOS	TASA x 100.000 h.
VEB Virus Epstein Bar		51	57,38
E COLI	HECES	8	9,00
CLOSTRIOIDES	HECES	66	74,26
SALMONELLA	HECES	56	63,01
SHIGELLA	HECES	2	2,25
YERSINIA	HECES	5	5,63
PARASITOS	HECES	6	6,75
ENTEROVIUS VERMICULARIS	HECES	18	20,25
SIFILIS		30	33,75
TBC		23	25,88
HEPATITIS C	SANGRE	51	57,38
HEPATITIS B	SANGRE	58	65,26
HEPATITIS A	SANGRE	3	3,38
CANDIDA ALBICANS	SANGRE	13	14,63
ENTEROBACTER	SANGRE	21	23,63
E. COLI	SANGRE	228	256,53
ESTAFILOCOCO	SANGRE	193	217,15
ESTAFILOCOCO AUREUS	SANGRE	118	132,76
CITOMEGALOVIRUS		14	15,75
ESTREPTOCOCO PIOGENES	FARINGE	99	111,39
ASPERGILLOSIS	ESPUTO	8	9,00
CANDIDA ALBICANS	ESPUTO	23	25,88
E. COLI	ESPUTO	32	36,00
HAEMOPHILUS INFLUENCE	ESPUTO	37	41,63
PSEUDOMONA AERUGINOSA	ESPUTO	66	74,26
ESTAFILOCOCO AUREUS	ESPUTO	97	109,14
VIH	SANGRE	13	14,63

Dado que dedicamos tres boletines de SORIASALUD a la COVID19, en números anteriores, no consideramos procedente volver a incluirla aquí, aunque si, referenciarla.



1.- EL BOTULISMO

En el verano de 1972, un estudiante de 4º curso de Medicina de la Complutense de Madrid, subía todas las mañanas al Hospital General/Provincial (hoy Virgen del Mirón) “para ver operar al Dr. Félix Susín”

Sin embargo, esa mañana de Agosto, los ánimos estaban bastante alterados con idas y venidas urgentes en la UCI, y con intervención de numerosos facultativos de diversos servicios. El interés estaba en la situación que vivían desde la tarde-noche anterior, una familia de siete miembros naturales de la ribera del Ebro, a causa de una intoxicación por unos botes de espárragos, que habían consumido en una merienda familiar.

Quizás sea, a lo largo de mi experiencia médica, la situación más dramática que he vivido, cuando veía al Dr. Calvo Melendro y al Dr. Casildo Morón hacer esfuerzos ímprobos para sacar adelante a esa familia, cuyos miembros se “ahogaban” por la parálisis muscular que generaba la toxina botulínica; el cuadro clínico fue dramático. Fallecieron en circunstancias difíciles de describir dos personas adultas. Ahora, que la actividad preventiva es mucho más exigente, lo recuerdo con la impresión y sensibilidad de un estudiante- entonces- de medicina.

Manuel Domínguez Carmona, catedrático de **Farmacología en Pharmaceutical Clinical Research Associated**, define muy bien este proceso del Botulismo, y su historia, que me permito resumir para que estos hechos no vuelvan a suceder en una sociedad concienciada con la calidad y trazabilidad de los productos alimenticios.

El Botulismo, también llamado alantiasis, es la enfermedad grave, causada por toxinas codificadas por genes que se expresan casi exclusivamente, por el Clostridium botulinum, aunque ha habido raros casos de botulismo causados por la neurotoxina botulínica segregada por otros clostridia A como la cepa de Clostridium baratii, aislada por Harvey y cols. (2002) de los alimentos consumidos por un enfermo de botulismo, que segregaba toxina F y el C. butyrum que puede producir toxinas similares a las F y E (Hatheway 1992).

Dada su sintomatología y gravedad, es lógico que fuera conocido desde la antigüedad. Los romanos ya sabían que algunos alimentos causaban una grave intoxicación; el emperador bizantino Leon VI prohibió el consumo de morcillas, probablemente como medida preventiva. En la Edad Media, se tomaron medidas de higiene alimentaria para prevenir la enfermedad. Ya en 1735 se atribuyó a morcillas un brote en Würtemberg. A partir de 1793 se



publicaron varias descripciones de este proceso destacando la del médico y algo poeta alemán Justinus Kerner (1786-1862), en 1820 basado en un brote que afectó a trece personas, de las que murieron seis, en el reino de Württemberg, por haber comido carne con salsa o embutidos, por lo que se llamó a esta enfermedad durante mucho tiempo «enfermedad de Kerner». La palabra latina “botulus” que significa salchicha, pasó al léxico médico a finales del siglo XVII. Müller publicó dos trabajos en 1869 y 1870 sobre el botulismo. Se fue extendiendo la idea de que la intoxicación era debida a un microorganismo, aunque el propio Virchow, no lo encontró en los alimentos causales. Van den Corput atribuyó su origen al hongo, que llamó “Sarcina botulina”.

El botulismo es poco frecuente causando casos esporádicos o pequeños brotes a menudo familiares, por comidas en común sin producir grandes brotes.

La enfermedad está muy ligada a la conservación de alimentos, por lo que el desarrollo de las técnicas conserveras en latas o en envases de plásticos permite que el *C botulinum* produzca toxina, (evitable haciendo orificios en el envase). Favoreció la presentación de botulismo, pero al perfeccionarse las técnicas de conservación, redujo la incidencia de la enfermedad de modo que prácticamente hoy solo aparece por el consumo de conservas caseras. En 1918 se produjeron en Europa 83 brotes con 297 casos con una letalidad de 33. Entre 1900 y 1950 se declararon en el mundo 5635 casos con 1714 defunciones.

Casos de botulismo en España:

Año	Provincia	Casos
1964	Guipuzcoa	6
1969	Guipuzcua	3
1970	Sevilla	2
1971	Navarra	9
1972	Soria	7
1973	Alava	4
1974	Valladolid	6
1975	Pontevedra	4
1976	Barcelona	1
1977	Ciudad Real	2
1979		2 (España)
1981		1
1982		4
1983		6
1984		5
1986		2
1987		4 (29 casos)
		245



El botulismo es la intoxicación consecutiva a la ingestión de toxina preformada en conservas, debido a fallos en la preparación, envasado y tratamiento de las conservas que han permitido la multiplicación y la producción de toxina. El proceso toma más importancia con el desarrollo de las técnicas de conservación que deben inactivar a las esporas, impidiendo su germinación. Pese a la gran resistencia de la spora, la industria alimentaria moderna ha eliminado prácticamente el riesgo de botulismo.

Los alimentos frescos aunque contengan la bacteria o el espora no producen casi nunca la enfermedad. Los gérmenes llegados al intestino, son eliminados por las defensas especialmente por la flora intestinal y no se incorporan a esta.

Dada la difusión de la spora, prácticamente todos los alimentos naturales contienen bacilos. Los vegetales se contaminan por la tierra y el agua, los animales, por el paso postprandial de la bacteria del intestino a la sangre y de ella a músculos que también se pueden contaminar en el matadero por los fómites empleados.

En España el mayor riesgo lo constituyen las conservas caseras. Entre 1900 y 1967 el 60% de los casos fueron debidos a conservas de judías verdes, el 13% a frutas, el 12%, a pescado ahumado o enlatado, a salsas el 7%, a carne el 11 % correspondiendo a la de vacuno el 8%, a la de cerdo el 1,5% y a la de ave 1,5%. Los brotes de botulismo ocurridos entre 1969 a 1987 fueron causados por las siguientes conservas:

Tipo de conserva	Número de episodios
Judías verdes	30
Espárragos	12
Pimientos	5
Tomates	5
Cardo, Alcachofas, pera, aguja (pescado)	1
Jamón o paletilla de cerdo	17
Desconocido	14

Los alimentos envueltos en celofán para su venta están en anaerobiosis (atmósfera sin aire). Las conservas en atmósfera modificada o al vacío pueden favorecer la germinación del espora; el vacío efectuado en conservas envueltas en plástico no impide el desarrollo del clostridium y está causando casos.



2.- LA LEGIONELLA

Todos los años, fundamentalmente en personas con sus defensas naturales bajas, y sin limitación etaria, surgen casos que requieren ingresos por esta bacteria, en la mayoría de los casos ligados a refrigeración con mantenimiento deficitario.

Provoca una infección pulmonar con síndrome febril agudo.

La legionelosis es una enfermedad que está causada por un germen, la bacteria legionella, que se encuentra en espacios o ambientes con aguas superficiales (lagos, ríos, estanques...), formando parte de la flora natural.

Cuando el germen penetra, valiéndose de pequeñas gotitas en el pulmón, puede producir la enfermedad conocida como legionelosis, que se puede manifestar de dos maneras:

1.- Como una infección pulmonar caracterizada por una neumonía con fiebre alta o “enfermedad del legionario”, o bien

2.- como un síndrome febril agudo de pronóstico leve, que se conoce también como “fiebre de Pontiac”

La transmisión se produce cuando la legionella está presente en pequeñas gotitas de agua (aerosoles) y penetra en las vías respiratorias llegando al pulmón.

Para ello deben darse las siguientes circunstancias:

1. Que la legionella colonice el agua de una instalación con capacidad de producir pequeñas gotas (aerosoles).

2. Que la legionella se multiplique en la instalación hasta alcanzar concentraciones suficientes. Las temperaturas del agua cercanas a los 36° C, la presencia en el agua de nutrientes por falta de limpieza o por corrosión y el estancamiento de agua son factores que favorecen enormemente la multiplicación del germen.

3. Que la instalación produzca aerosoles con altas concentraciones de legionella. Hay instalaciones que originan gran cantidad de pequeñas gotitas, como es el caso de un jacuzzi, una fuente ornamental, una ducha o el penacho de una torre de refrigeración.

4. Que la persona expuesta presente mayor susceptibilidad.

En Soria no han supuesto grandes problemas epidemiológicos, en gran parte por nuestra climatología.



3.-LA VIRUELA

A principios del siglo XX, hubo en Soria un número de casos significativo, que dejaba marcados con cicatrices –faciales visibles- a quienes la padecían y sobrevivían.

La viruela, es una enfermedad infectocontagiosa causada por un virus probablemente transferido al hombre desde otras especies animales con las que convivieron desde los comienzos del poblamiento humano del planeta. A lo largo de siglos se fue difundiendo hacia nuevos territorios, causó estragos a su paso, diezmó la población y alteró el curso de la historia. Hasta las primeras décadas del siglo XX seguía afectando severamente a pobladores de los cinco continentes. Solo los países con mayor desarrollo económico habían logrado controlar la enfermedad mediante la aplicación efectiva de la vacuna desarrollada a finales del siglo XVIII por Edward Jenner. La erradicación definitiva de la terrible enfermedad se alcanzó en 1979 con la declaración de la Organización Mundial de la Salud presentada en la XXXIII Asamblea Mundial de la Salud.

El primer diagnóstico que permitió establecer diferencias claras entre el sarampión y la viruela se atribuye al erudito islámico Mohamed-Abu-Bekr-Ibn-Zacarias, mejor conocido como Rhazes, Razés o Razi (865-925). Rhases escribió un Tratado sobre la viruela y el sarampión, considerado como una obra maestra de la medicina de todos los tiempos.



4.- LA HIDATIDOSIS

Endémica en esta provincia casi hasta finales del siglo XX. Uno de los hechos más llamativos cuando nos hicimos cargo del Servicio de Patología en Soria en 1980, era la alta incidencia de "quistes hidatídicos" que nos remitían para su estudio histológico, en todas las localizaciones, recordando el primero que describió el Dr. Calvo Melendro a nivel miocárdico en los años 1940s en el Hospital de Santa Isabel de Soria.

Es importante conocer que sus tasas eran semejantes a las de cáncer gástrico en Soria, durante prácticamente las mismas fechas.

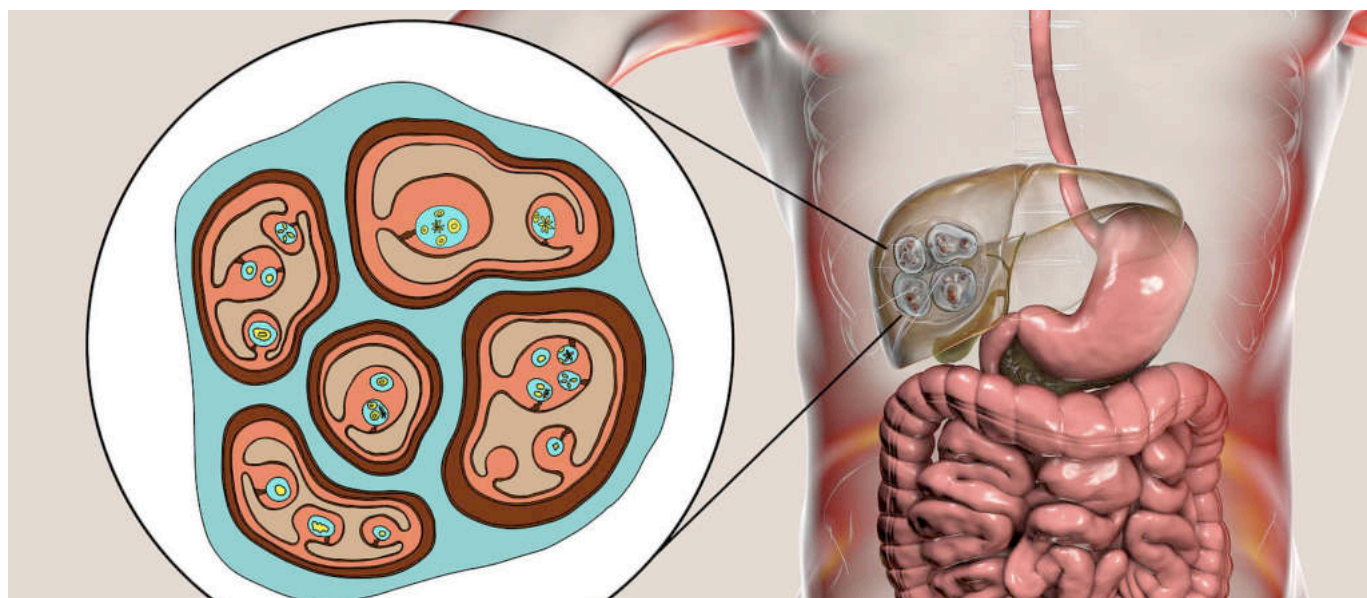
Debemos recordar la importancia de la Prevención y de las medidas que las CC. AA. han realizado en este sentido, a través de sus servicios específicos. Sencillas medidas como las que publicita la Junta de Castilla y León:

PREVENCIÓN DE LA HIDATIDOSIS. EVITARLA ES FÁCIL

Medidas en relación con los perros:

- No poseer más perros de los que se pueda cuidar y alimentar correctamente.
- No alimentar a los perros con vísceras crudas o cadáveres de animales. Los animales muertos y las vísceras de éstos deben ser retiradas y destruidas conforme a lo estipulado en la legislación vigente.
- Desparasitar periódicamente (cada tres meses) a los perros, mediante un antihelmíntico eficaz y destruir las heces de los perros durante los dos días siguientes a cada desparasitación.
- Siga las pautas indicadas por su VETERINARIO.

Medidas higiénicas que deben adoptar las personas: Lavarse las manos antes de comer y después de acariciar o jugar con un perro así como lavar la fruta y productos de la huerta antes de su consumo.



5.-LA TUBERCULOSIS

Hemos hablado en varios capítulos de esta enfermedad que al igual que la hidatidosis era pandémica en Soria y en España durante la primera mitad del siglo XX, y para la que se pensó hacer el Hospital Virgen del Mirón de forma específica hasta el descubrimiento de la estreptomicina.

Sus tasas vienen incluidas en este texto.

Desgraciadamente se siguen produciendo casos en todo el mundo, muchos de ellos ligados a la infección por VIH y cada vez más resistentes a las actuales terapias.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Se transmite por vía aérea, al igual que el resfriado común. Sólo transmiten la infección las personas que padecen tuberculosis pulmonar. Al toser, estornudar, hablar o escupir, expulsan al aire los gérmenes de la enfermedad, conocidos como bacilos tuberculosos. Basta inhalar una pequeña cantidad de bacilos para contraer la infección.



La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activa son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. La tuberculosis se puede tratar mediante la administración de antibióticos durante seis meses.

Una persona con tuberculosis activa no tratada infecta una media de 10 a 15 personas al año. Sin embargo, no todos los sujetos infectados por el bacilo de la tuberculosis necesariamente desarrollan la enfermedad. El sistema inmunológico "empareda" los gérmenes que, aislados por una gruesa envoltura cérica pueden permanecer en estado latente durante años. El riesgo de enfermar aumenta cuando el sistema inmunológico de la persona está debilitado.

Es relevante considerar que cada segundo se produce en el mundo una nueva infección por el bacilo de la tuberculosis. Una tercera parte de la población mundial está actualmente infectada por el bacilo de la tuberculosis.

Del 5% al 10% de las personas infectadas por el bacilo de la tuberculosis (y que no están infectadas por el VIH), enferman o son contagiosas en algún momento de sus vidas. Las personas con co-infección por el VIH y la tuberculosis tienen muchas más probabilidades de enfermar por tuberculosis



Con el objetivo de controlar la enfermedad la OMS puso en marcha la nueva estrategia Alto a la Tuberculosis. La OMS tiene como objetivo para 2015, reducir en un 50% la prevalencia y las tasas de mortalidad de la tuberculosis, en comparación con los niveles de 1990 y para 2050, haber eliminado la tuberculosis como problema de salud pública (un caso por millón de habitantes). En nuestro país la Tuberculosis es una enfermedad de declaración obligatoria desde el año 1904 y en la actualidad continúa siendo un importante problema de salud pública, con tasas de incidencia en 2008 de 18,40 casos por 100.000 habitantes y de 14,54 casos por 100.000 habitantes en el caso la tuberculosis respiratoria.

En 1998 Castilla y León desarrolló el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Castilla y León con el objetivo general de que “en el 2007 la incidencia de la tuberculosis tuviera una tendencia descendente” objetivo que ha conseguido alcanzarse en el transcurso de los últimos años. El Programa recoge también una serie de objetivos específicos centrados en los estilos de vida, servicios sanitarios, coordinación, documentación y formación.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA PROVINCIA DE SORIA LA TUBERCULOSIS

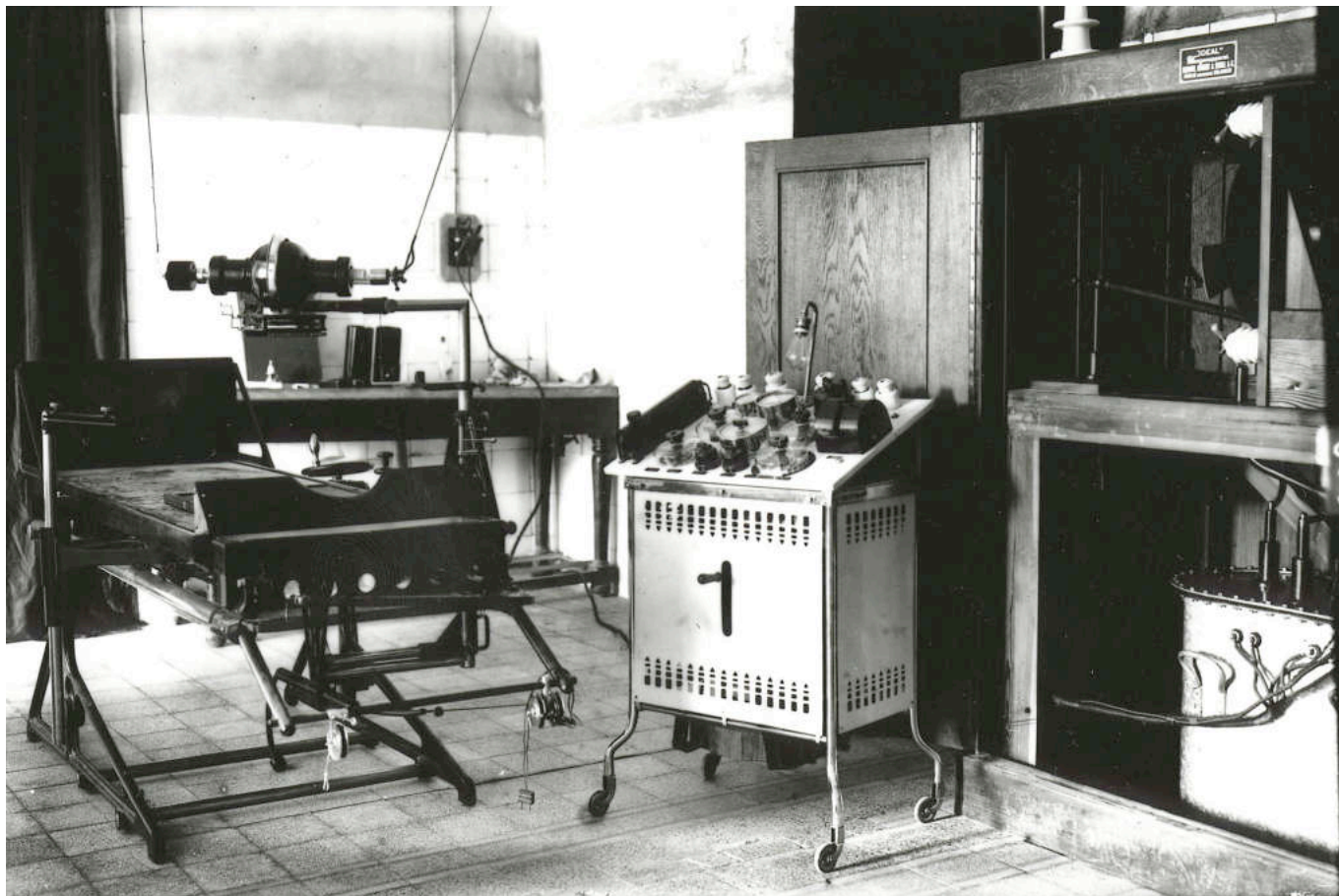
Enfermedad de los poetas -olvidada en las últimas décadas- y en una de las provincias mas ligada a la poesía. La Soria de Machado, de Gerardo Diego ... Enfermedad romántica donde las haya, ligada al amor y a la pasión. Quizás Bécquer podría ser hoy el mas adecuado prologuista para estas líneas que hoy tienes, amigo lector , entre tus manos. Al igual que algunos amores vuelven con los años, la tuberculosis viene a nosotros después de haber-nos dicho adiós; fue un hasta luego. Desgraciadamente regresa en muchos casos con un amante que no conocieron nuestros poetas: el SIDA. El palacio de los Condes de Gómara -que me perdonen los responsables de patrimonio- es quizás el monumento mas enraizado con este padecimiento en nuestra ciudad; mirando "de reajo" al Monte de las Ánimas se enfrenta poéticamente a todas sus Leyendas.

Pensemos que llega a ser tan resistente que se han encontrado bacilos viables en momias del antiguo Egipto.

En 1909, el Dr. Mariano Iñiguez y Ortiz, uno de nos los mas preclaros epidemiólogos de la medicina moderna, publicaba junto con Máximo Hercilla García un texto lleno de sabiduría: “La Tuberculosis en la Provincia de Soria”. Corresponde a su ponencia en el I Congreso de la Tuberculosis verificado en Zaragoza en 1908 y premiado con la Medalla de Oro en la Exposición Hispano-Francesa. Mas de 150.000 personas poblaban nuestra provincia en la primera década del siglo XX y mas de 200 fallecían cada año por tuberculosis de los que un 70% eran de afectación pulmonar, 17% abdominal, un 6% meníngeo y más de un 3% laríngea.

Coincidiendo con el V Centenario del descubrimiento de América - 1992- leía en un periódico de Philadelphia - sentado en el parque junto a su famosa Campana de la Libertad- la gravedad de lo que en algunos Estados de este macro país consideraban una nueva epidemia de tuberculosis resistente a los tuberculostáticos más eficaces. Pensaba entonces en el dicho castellano-“ cuando las barbas del vecino....” y también en nuestra Soria. (Qué lejos quedaba en el tiempo la construcción del hoy Hospital Virgen del Mirón, diseñado y previsto como Hospital Antituberculoso.





Grandes espacios abiertos llenos de luz y de aire sano, casi en contacto con ese azul tan personalizado del cielo machadiano, preparaban el reposo de aquellos hombres y mujeres que dejaban abiertas sus vías aéreas al bacilo de Koch. Sin embargo, sus amplias salas no tuvieron de huésped -afortunadamente- a quien, según estimaciones de la O.M.S. condiciona la mortalidad de 3.000.000 de ciudadanos en el mundo al año, -más que el total del resto de infecciones juntas- y la aparición de 8 millones de nuevos casos. Pensemos además que de estos últimos, casi un millón y medio surgen con co- infección por el virus VIH. En los próximos años las previsiones indican que el Mycobacterium Tuberculosis infectará a 300 millones de habitantes de los que 90 millones desarrollarán la enfermedad.

¡Qué diferente es observar el bacilo de Koch al microscopio - tan sonrosado con la tinción de Zielh-Nielsen- agrupado cual soldados de unidades del ejército, en el tejido de granulación, alrededor de lo que fue su objetivo, ya vencido —el caseum—. Histológicamente no manifiesta su potencialidad dañina, pero ...son verdaderas colonias “kamikaces” de los tejidos.

La Doctora Belén Gros Bañeres hizo un extraordinario trabajo clínico y de investigación en los años 1983-1993 que da a conocer su potencialidad en los años finales del siglo XX. Las cepas multirresistentes están provocando que -a pesar de ser una enfermedad prevenible y curable, alcance en nuestra provincia tan solo un 64% de curaciones en esas fechas.

La tuberculosis sigue siendo, en el siglo XXI, la enfermedad infecciosa mas importante y que, en nuestro país, ha regresado con especial fuerza a partir de 1990. Los resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (24/3/1999) [PMIT], confirmaron



que su tasa de incidencia era el doble en los hombres (52,7 casos x 100.000 habitantes) que en el sexo femenino (24,9 casos x 100.000 h.). Un mayor número de factores de riesgo en el sexo masculino es el principal motivo de que desarrollen la enfermedad tras ser infectados. Los coordinadores de este estudio, de la Unidad de investigación del Instituto de Salud Carlos III alertaban entonces para que no se bajara la guardia frente a esta enfermedad ya que los datos ponían de manifiesto que se trataba de un problema de salud pública extraordinariamente importante. Es también significativo en este estudio y en relación con otros países de la Unión Europea que en España exista una mayor incidencia juvenil; es la década de 25 a 34 años la más afectada junto con los mayores de 75 años (disminución de defensas). La alianza con el VIH es precisamente responsable de esa mayor prevalencia en nuestra juventud.

La principal medida para su control es la curación de los pacientes, ya que es la forma de evitar la transmisión y la aparición de nuevos casos. Pensemos que anualmente se producen en España más de 18.000 nuevos casos.

Hay algo también en las conclusiones de la Dra. Gros que personalmente valoro no solo en esta enfermedad sino en la globalidad de toda la asistencia sanitaria. Es imprescindible potenciar la colaboración entre la Atención Primaria y la Especializada; es prioritario coordinar los equipos médicos y de enfermería que atienden los servicios de salud ya que [la Atención Primaria es la protagonista que puede cortar en escena el avance de este mal dentro de la tragicomedia infecciosa más antigua.

Llama poderosamente mi atención como las cifras oficiales que se manejan en nuestra provincia son inferiores a las del trabajo que comentamos. Se da la paradoja contraria a la de los cánceres tributarios de metástasis que hemos comentado en nuestro libro. La infranotificación de casos hace que las tasas varíen en gran medida dependiendo de lugares y profesionales responsables. Este hecho ha sido puesto también- de manifiesto en el PMIT que se hizo público. Probablemente hay que estimular mucho más a los profesionales, haciéndoles responsables de los efectos perversos que se derivan de actitudes negativas y apoyar con ayudas -institucionales y privadas- el desarrollo de este tipo de estudios.

El aumento progresivo de bolsas de pobreza, el hacinamiento en comunidades cerradas y la presencia de factores de riesgo asociados —como el SIDA— seguirán elevando significativamente el número de tuberculosos, 128 años después de descubrirse el bacilo de Koch

—*Mycobacterium Tuberculosis*—, aunque con una diferencia: la enfermedad ha perdido su poesía y hoy es una tragedia en prosa que no gusta ni a médicos ni a escritores y mucho menos a sus actores.

Es importante destacar como en nuestra provincia, la relación entre hombres y mujeres se está estabilizando en ambos sexos, siendo las décadas de mayor incidencia entre los 25-34 años con un segundo pico entre los 55-74 años.

Por otro lado significar que desde los estudios de la Dra. Gros, las tasas de mortalidad e incidencia global para ambos sexos permanecen estables de 17,3 a 17,6 (TM 2003-2008) casos por 100.000 habitantes. Señalamos sin embargo una mayor mortalidad en el sexo femenino (Ver tablas)



TUBERCULOSIS EN ESPAÑA

Situación epidemiológica. Distribución temporal y geográfica

En 2016 se declararon 4.940 casos de tuberculosis de los que 118 fueron importados y no se consideraron en el análisis. La tasa de incidencia para los 4.822 casos de todas las localizaciones fue de 10,38 casos/100.000 habitantes. Esta tasa es un 2% inferior a la del año anterior. La tendencia descendente en las tasas globales se observa en los cuadros finales. Del total de casos, 3.382 fueron de tuberculosis pulmonar (tasa de incidencia de 7,28 casos por 100.000 habitantes), lo que supuso un descenso del 2% en la incidencia respecto al año anterior (7,43).

Características de los casos El mayor número de casos de tuberculosis se produjo en hombres (2.987 casos, 62% del total), con una razón hombre/mujer de 1,6. La mediana de edad fue de 39 años (RIQ 28-58) en mujeres, y 46 (RIQ 33-61) en hombres (p

Las tasas de incidencia de las formas pulmonares en mujeres disminuyeron según avanza la de edad a partir de los 25 años y en el grupo de 75 y más años aumentaron ligeramente. Para los hombres, en contraposición, las tasas se incrementaron hasta alcanzar la incidencia más elevada en los casos de 75 y más. En la meningitis tuberculosa, las tasas fueron de 0,11 en hombres y 0,25 en mujeres. Por edades, las tasas de incidencia más elevadas correspondieron a los grupos de edad de menos de 5 años y 75 a 84 años en mujeres. En los hombres, la incidencia fue similar en los grupos de 15 a 19 años y edades entre los 35 y 84 años.

Discusión: Las tasas de incidencia de tuberculosis en España siguen una tendencia descendente. En todas las localizaciones se observó un descenso en las tasas, con las únicas excepciones de la tuberculosis pleural y la tuberculosis linfática. Este es, además, el quinto año consecutivo de disminución de tasas de meningitis tuberculosa. No obstante, aunque se ha logrado una reducción del 2% de la incidencia, la OMS ha estimado para los países de baja incidencia que sería necesario una disminución anual del 4% para llegar a la eliminación en 2050. Para lograr este objetivo, los datos apuntan a que se necesitarán más esfuerzos. El análisis de los datos nos indica que la incidencia de la tuberculosis se concentra en grupos de edad determinados. En la tuberculosis respiratoria, la más importante desde el punto de vista epidemiológico, la incidencia es mayor en hombres, y elevada en adultos jóvenes en ambos sexos y especialmente en edades avanzadas en hombres. Se necesita intensificar la detección precoz de tuberculosis en hombres y mujeres en edades medias de la vida, así como aumentar la sospecha diagnóstica de tuberculosis en los hombres de edad avanzada.

Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Año 2016. Las diferencias en las tasas de incidencia entre CCAA se atribuyen a diversos factores, de tipo social y ambiental, y en menor medida a la exhaustividad de los sistemas de vigilancia. Los menores de 5 años presentan una tasa de meningitis tuberculosa muy superior a la media nacional. Dada la gravedad de esta enfermedad, es muy importante el estudio de contactos exhaustivos en las familias ante la aparición de casos de tuberculosis pulmonar en adultos, así como en centros escolares para controlar los brotes. Habría que mejorar el seguimiento del tratamiento antituberculoso para disminuir el número de casos sin información, y lograr la meta de al menos el 85% de los casos con resultado satisfactorio. Finalmente, los cambios introducidos en los nuevos protocolos de



la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en cuanto a información sobre factores de riesgo, nuevas pruebas de laboratorio e información sobre resistencias a los fármacos antituberculosos, servirán para la mejor identificación de grupos de riesgo y contribuirán a mejorar la vigilancia y el control de la tuberculosis en España.

QUISTES HIDATÍDICOS

De forma sucinta pero explícita es importante dar a conocer a los lectores la gran prevalencia e incidencia que llegó a tener la hidatidosis en nuestra provincia durante todo el siglo XX hasta su última década. Las malas condiciones higiénicas en que se desarrollaba la sanidad animal en toda España y especialmente en Castilla y León, llevó a un gran número de sorianos que se podrían cifrar en los años 1975-1990 en torno a los 50 casos anuales, a graves condicionantes para su salud, amplias cirugías torácicas y abdominales y también a un número significativo de fallecimientos. Era la hidatidosis, a nivel de todas las localizaciones viscerales: hepática, pulmonar, cerebral, renal e incluso cardiaca un problema de salud pública que llegó a ser tan prevalente como el cáncer gástrico al que nos hemos referido anteriormente. Afortunadamente, desde finales del siglo pasado, es una zoonosis en regresión y podemos decir que prácticamente erradicada en nuestro medio. Las políticas de educación sanitaria y de medicina preventiva animal aplicada a cerdos y perros, preferentemente, lo ha conseguido.



SORIA CARDIOPROTEGIDA

LOCALIZACIÓN DE DESFIBRILADORES CAJEROS AUTOMÁTICOS y DESAs en CAJA RURAL



24 HORAS



OFICINAS DE Caja rural de Soria

- Diputación, 1
- Avda. Mariano Vicén 39
- Camaretas
- Francisco de Agreda, 2
- Avda. Valladolid, 7
- Plaza de Mariano Granados nº 2.

POLICÍA LOCAL. Obispo Agustín, 1

POLICIA NACIONAL
Comisaría Nicolás Rabal 9

CUARTEL DE LA GUARDIA CIVIL
Eduardo Saavedra 2

PALACIO CONDES DE GÓMARA
AUDIENCIA PROVINCIAL



- Centro de Salud **Soria Norte**
- Centro de Salud Soria Sur. **La Milagrosa**
- Hospital de La **Virgen del Mirón:**
Entrada al hall
- Hospital de **Santa Bárbara.**
Urgencias y Pasillo Rx. Planta baja

CENTROS MÉDICOS

- **PAMA.** Ronda Eloy Sanz Villa 2
- **ASISA.** Pasaje Mariano Vicén
- **MC Mutual.** Venerable Palafox, 2 bajo
- **Mutua Universal.** Avda Duques De Soria 1

JORNADA LABORAL SIN FESTIVOS

- **Delegación Territorial**
Junta de Castilla y León. Linajes 1
- **Centro radiológico Saiz-Santana**
Manuel Blasco 6 Bajo

DESAs en:

1.- Todos los Centros de Salud

2.- Consultorios:

Duruelo de la Sierra
Golmayo (Las Camaretas)
Hontoria del Pinar
Langa De Duero
Medinaceli
Navaleno
Osma
Tardelcuende
Vinuesa



El resto de los 108 DESAs de Soria se pueden localizar en Soria Corazón

- Ayuntamiento de **Soria (4):** Policía Local (2: Comisaría Local y Móvil en Coche Patrulla) Bomberos (Camión anti-incendios) y Pol. de la Juventud
- Ayuntamiento de **Duruelo de la Sierra.**
- Ayuntamiento de **Covalada**
- Ayuntamiento de **Ágreda**
- Ayuntamiento de **Cueva de Agreda**
- Ayuntamiento de **Valdemaluque**
- Ayuntamiento de **Alconaba**
- Ayuntamiento de **Fuentecantos**
- Ayuntamiento de **Almazán**
- Ayuntamiento de **San Leonardo de Yagüe.**
- Ayuntamiento de **Fuentearmegil**
- Ayuntamiento de **Retortillo**
- Ayuntamiento de **Arcos de Jalón**
- Ayuntamiento de **Almarza**
- Ayuntamiento de **Narros**
- Ayuntamiento de **Medinaceli**
- Ayuntamiento de **Montejo de Tiermes**
- Ayuntamiento de **Santa María De Huerta**
- Ayuntamiento de **El Royo**
- Ayuntamiento de **Villar del Río**
- Ayuntamiento de **Salduero**
- Ayuntamiento de **Quintanas de Gormaz**
- Ayuntamiento de **Pedrajas**
- Ayuntamiento de **Arenillas**
- Ayuntamiento de **Borobia**
- Ayuntamiento de **Los Rábanos**
- Ayuntamiento de **Navalcaballo**
- Ayuntamiento de **Tardajos**

EDITA: Fundación Científica Caja Rural de Soria. Ejemplar gratuito. D.L. SO-1/2012.

Puede consultar esta y otras publicaciones de la FCCR en la web: www.fundacioncajarural.net

