



SoriaSalud

BOLETÍN PROVINCIAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD nº 40 • www.fundacioncajarural.net

Dirección: *Dr. JM Ruiz Liso*

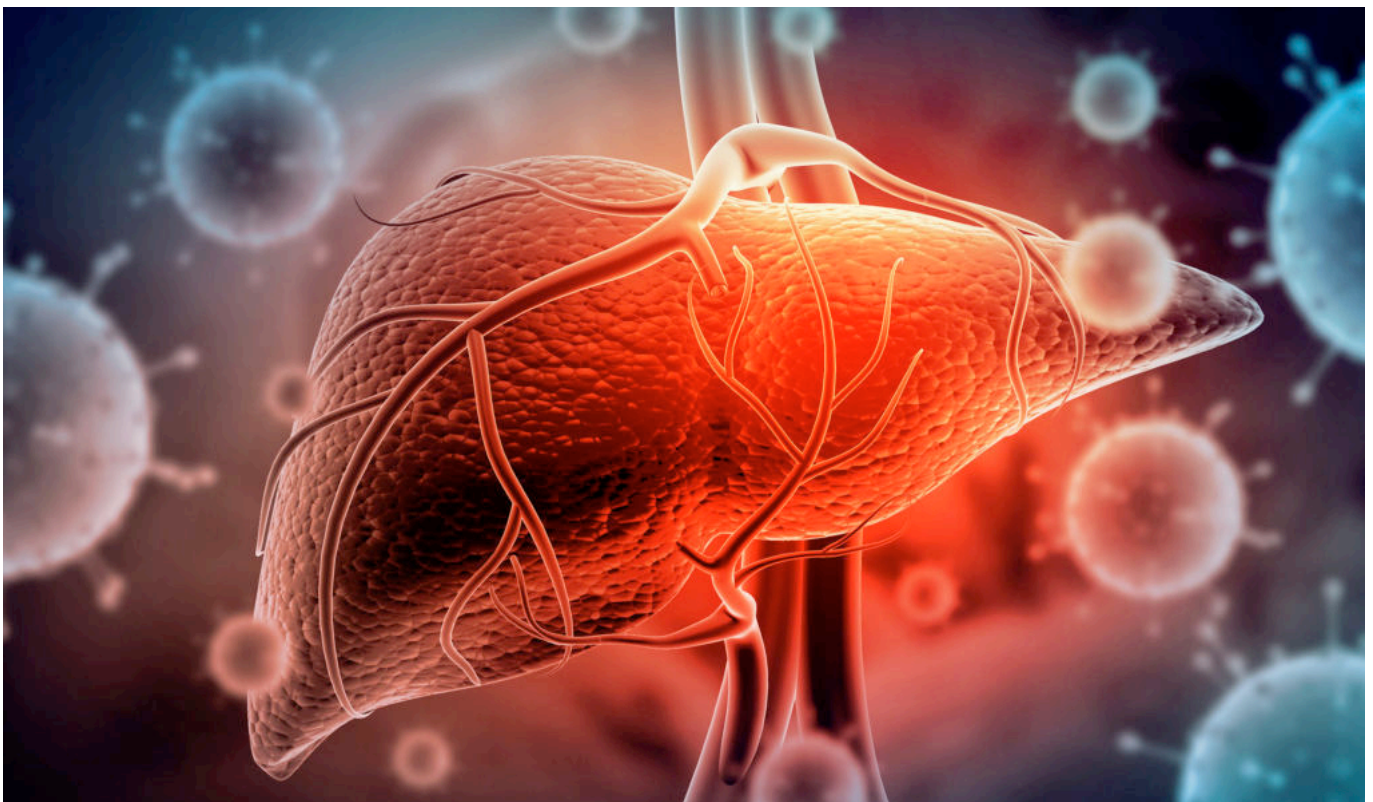
Otoño 2022

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

HEPATITIS

HEPATITIS B

Situación epidemiológica, Distribución temporal y geográfica; En 2016 se notificaron 530 casos de hepatitis B (98% confirmados y 2% probables) en declaración individualizada. La incidencia fue de 1,14 casos por 100.000 habitantes. La incidencia en hombres fue superior a la de las mujeres; 1,78 casos por 100.000 habitantes en hombres y 0,52 casos por 100.000 habitantes en mujeres. Las CCAA que notificaron las tasas más elevadas son: Andalucía con una tasa de 1,96/100.000; Castilla y León con 1,76/100.000 y Aragón con 1,59/100.000, así como la ciudad autónoma de Ceuta con una tasa de 1,96/100.000.

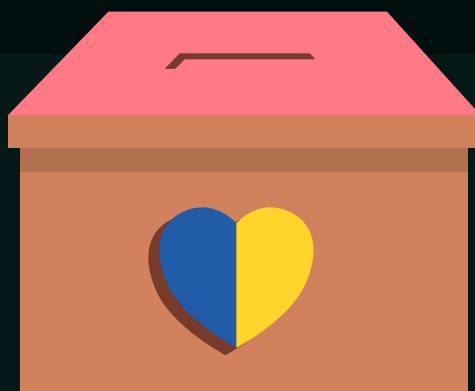


FIESTAS POPULARES EN LA PROVINCIA DE SORIA 1890-2019



Historiografía médico-aurina. Álbum de tradiciones

Dr. Juan Manuel RUIZ LISO



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



Características de los casos Los casos de hepatitis B fueron más frecuentes en hombres. Se declararon 407 (76,8%) casos en hombres y 123 (23,2%) en mujeres. La razón hombre-mujer fue de 3,3.

Vigilancia de Hepatitis B, 2010-2016.- España, 2016, Incidencia por Comunidades Autónomas Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), En hombres , los grupos de mayor incidencia correspondieron a los de 35-44 años (120 casos; tasa 3,06/100.000) 45-54 años (109 casos; tasa 3,01/100.000) y 55-64 (62 casos; tasa 2,22/100.000) y en mujeres el de 25-34 años (29 casos; tasa 1,04/100.000) y 35-44 años (26 casos; tasa 0,68/100.000) y 45-54 años (24 casos; tasa 0,67/100.000). No se registró ningún caso en menores de 2 años. Se declararon 11 casos importados. En 78 casos fue necesaria la hospitalización (14,7%). Se produjeron 3 defunciones (0,6%). En 4 casos constaban antecedentes de vacunación, 1 importado y 3 con 3 dosis de vacunación. Se notificaron dos coinfecciones, una por hepatitis A y otra por hepatitis E. La exposición de riesgo más frecuente fue la vía sexual con 11 casos por relación homosexual, 9 casos heterosexual y 9 casos sin especificar. Por lesión no ocupacional se produjeron 10 casos y por mecanismo persona a persona 5 casos; por transmisión nosocomial se notificaron 6 casos.

Brotos Notificados CCAA: Casos Ámbito Transmisión 2016: Andalucía 2 (Hogar Persona a Persona. Hogar Familiar 2016: Madrid 2), Nosocomial: Trasplante renal 2016 C. Valenciana 2 (Hogar Familiar).

Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Año 2016: Enfermedades de transmisión sexual y parenteral 101 Vigilancia de Hepatitis B, 2016: Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo (Ver cuadros adjuntos). Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Discusión En el periodo 2010-2016 la tendencia general de hepatitis B es descendente con un porcentaje de cambio anual de -4.5, si bien, no significativo ($p=0,1$). Sin embargo, el descenso que se observa de forma global no es homogéneo en todo el territorio. Las diferencias regionales ofrecen un importante margen de actuación y oportunidades de mejora.

HEPATITIS C

La vigilancia epidemiológica de nuevos diagnósticos de infección por virus de Hepatitis C se aprueba por la Comisión de Salud Pública en febrero de 2016, aunque la notificación durante 2016 ha continuado resultando heterogénea, notificándose en algunas CCAA sólo casos agudos recientes según el protocolo antiguo, y en otros nuevos diagnósticos que incluyen casos agudos, crónicos y sin clasificar. Se han incorporado al sistema de vigilancia de nuevos diagnósticos las CCAA de Aragón y Castilla la Mancha. La C. Valenciana también tiene implantado el sistema de vigilancia de nuevos diagnósticos, pero en 2016 se ha mantenido únicamente la declaración de casos agudos recientes. Galicia se ha excluido de los análisis al no participar en la notificación, Ceuta y Melilla se han incluido con una notificación de 0 casos. Se han notificado al CNE 992 casos de Hepatitis C correspondientes al año 2016 que corresponden a 140 casos agudos recientes (14,1 %) con una tasa de 0,73 por 100.000 habitantes y 852 nuevos diagnósticos (85,9 %) con una tasa de 3,48 por 100.000 habitantes.



Enfermedades de transmisión sexual y parenteral Hay que tener en cuenta que no todas las CCAA presentan el mismo grado de exhaustividad en la obtención de los datos de nuevos diagnósticos, dependiendo de cuál sea la fuente primaria de los mismos. En un segundo paso habría que confirmar con la historia clínica si existe un diagnóstico previo para saber si el caso es nuevo (evitar duplicidades con casos prevalentes antiguos). Y, por último, poder diferenciar si el caso de nuevo diagnóstico se trata de un caso agudo o crónico. No todas las CCAA pudieron clasificar los nuevos diagnósticos en agudos o crónicos, por lo que el análisis de nuevos diagnósticos se ha hecho de manera conjunta para mantener la consistencia de los datos. Estos nuevos diagnósticos se podrían asimilar a casos crónicos ya que son los más habituales. La disparidad en las tasas entre las distintas CCAA refleja la diferencia en el grado de exhaustividad en el sistema de vigilancia, por lo que pensamos que el total nacional está probablemente infraestimado.

Características de los casos: Los casos de hepatitis C fueron más frecuentes en hombres. Se declararon 639 (64,4 %) casos en hombres y 353 (35,6 %) en mujeres. La razón hombre-mujer fue de 1,8. La media de edad en hombres fue de 48,4 (DE 13,4) y en mujeres de 53,4 (DE 17,0), diferencia estadísticamente significativa.



SIDA

Los casos nuevos de sida reflejan el perfil de aquellas personas infectadas por el VIH en las que la infección ha alcanzado etapas de inmunodeficiencia más avanzada.

Casos de sida diagnosticados en 2016

Hasta el 30 de junio de 2017 se recibió la notificación de 412 casos diagnosticados en 2016. Tras corregir por retraso en la notificación, se estima que en dicho año se diagnosticaron en España 607 casos de sida. Por razones técnicas, no ha sido posible incorporar a la base de datos nacional los datos de Cataluña ni de la Comunidad Valenciana.

En 2016, la tasa de sida ha sido de 1,2 casos por 100.000 habitantes sin corregir por retraso en la notificación, y se estima que sería de 1,8 tras ajustar.



El 80,8% de los diagnósticos fueron hombres y la mediana de edad al diagnóstico de sida fue 44 años (RIC: 36-51). El porcentaje de personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales ascendió al 36,2%, mientras que la transmisión entre HSH supuso el 32,0% de todos los casos. El porcentaje de personas diagnosticadas de sida en 2016 que contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas descendió al 12,6%. En 2016 se notificaron dos casos de sida en personas que habían adquirido la infección por VIH a través de transmisión materno-infantil.

Evolución de la incidencia de sida en España

Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 86.663 casos de sida, Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados ha experimentado un progresivo declive, desde 1996 (año previo a la generalización del TARGA) hasta 2016. Por modo de transmisión, se observa en los últimos años un descenso continuado en el grupo de PID y transmisión heterosexual, mientras que los casos en HSH el descenso es más lento.



SÍFILIS

En 2016 se declararon en España 3.360 casos de sífilis a través de la notificación individualizada y agregada, lo que supone una incidencia de 7,23 casos por 100.000 habitantes. La tasa de incidencia de sífilis está estable entre 2010 y 2016

Vigilancia de Sífilis, 2010-2016. Las comunidades autónomas que notificaron tasas más altas en el año 2016 fueron Baleares (15,38 casos por 100.000 habitantes), Asturias (10,99 casos por 100.000 habitantes), Andalucía (9,95 casos por 100.000) y Comunidad Valenciana (9,75 casos por 100.000 habitantes). Las de menor incidencia fueron Ceuta (2,36), Murcia (2,45), Cantabria (3,09) y Castilla La Mancha (3,18). Melilla no declaró casos de sífilis.

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral 121

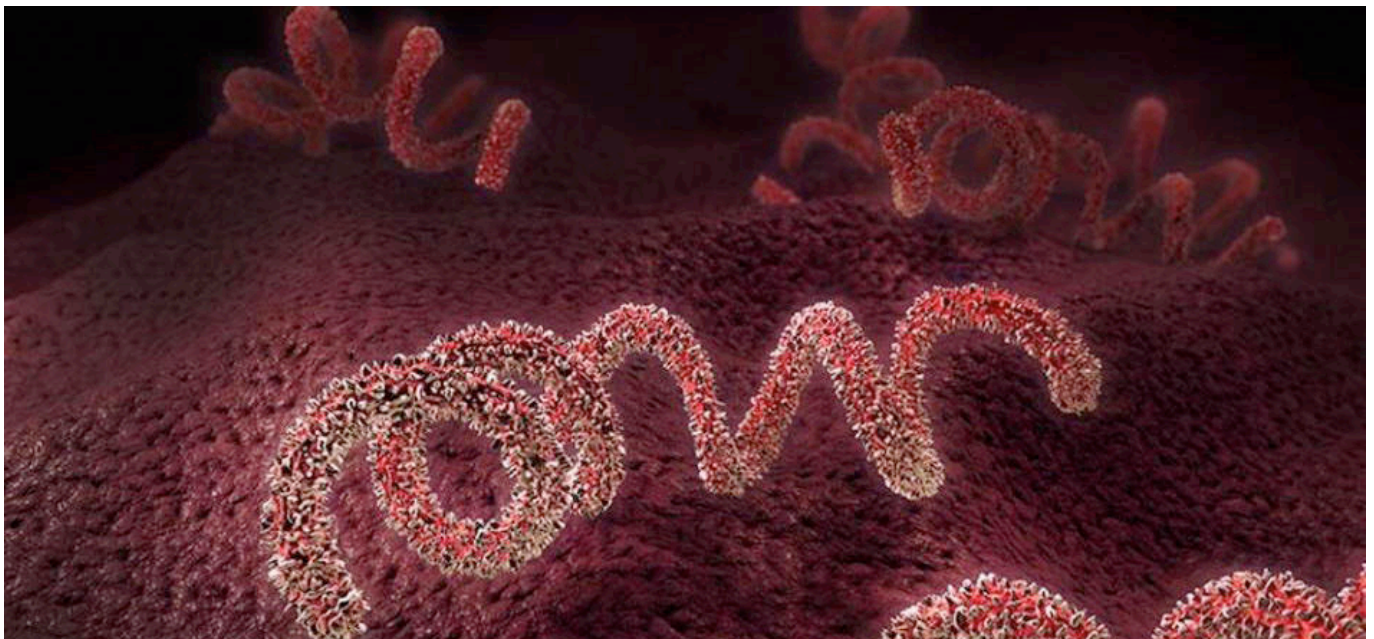
Características de los casos 2016

Se dispuso de información individualizada sobre edad y sexo en 2.432 casos (72,4%), procedentes de trece comunidades autónomas (Andalucía, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla y León, Ceuta, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra y La Rioja).

De éstos el 89,9% fueron varones y el 59,6% tenían entre 25 y 44 años: 32,9% de 25-34 años y 26,7% de 35-44. Las tasas de incidencia fueron superiores en hombres con respecto a las mujeres (13,32 y 1,44 casos por 100.000 habitantes, respectivamente).

Las tasas más elevadas se produjeron entre los 25 y 34 años (35,10 casos por 100.000 en hombres y 4,06 casos por 100.000 en mujeres). El segundo grupo de edad más afectado fue el de 20-24 años en hombres (32,57 casos por 100.000) y entre 35 a 44 años en mujeres (2,16 casos por 100.000).

La edad media en el total de casos fue de 37,4 años (DE: 12,7). Las mujeres tuvieron una edad media al diagnóstico superior que los hombres (39,2 años (DE: 15,0) y 37,2 años (DE: 12,4), respectivamente)



MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS. AÑOS 2011 A 2016

El análisis de la mortalidad por patologías de etiología infecciosa incluye un grupo de estas patologías que están sujetas a vigilancia epidemiológica en el marco de la Unión Europea (ESV) y otro grupo no sujeto a vigilancia (ENSV), pero cuya magnitud determina su importancia en la mortalidad general. Los datos presentados corresponden a la media anual de defunciones y tasas por 100 000 habitantes para el período 2011-2015 y el número anual de defunciones y las tasas brutas para el año 2016, último disponible, desagregado por sexo. Este año 2016 entre las enfermedades sometidas a vigilancia se han incluido las hepatitis C agudas y crónicas y se han excluido las hepatitis víricas (otras) (que antes incluían las hepatitis C) para incluirlas en el apartado de ENSV. Asimismo, por primera vez se han incluido las hepatitis B crónicas entre las ENSV. En España, durante el año 2016, las muertes por enfermedades infecciosas representaron el 6,5% de la mortalidad general repartidas entre el 0,5% las ESV y el 6,0% las ENSV.

En el período 2011-2015 se registró una media anual de 24.419 defunciones por enfermedades infecciosas, lo que supuso una tasa media de 52,0 muertes por 100 000 habitantes. En el año 2016 hubo 26.539 defunciones con una tasa de 56,6 muertes por 100 000 habitantes.

La razón de masculinidad (tasa hombres/tasa mujeres) fue de 0,90 en el quinquenio y de 0,90 en el 2016. Esto supone que el 46,0% de las defunciones ocurren en los hombres durante el 2016. En relación al año anterior, la tasa disminuyó un -5,8% para los hombres y un -5,0% para las mujeres, aunque en relación al quinquenio 2011-2015, aumentó un 7,7% para los hombres y un 9,5% para las mujeres. Las defunciones por enfermedades sujetas a vigilancia (ESV) representaron el 9,2% del total de la mortalidad infecciosa para el período 2011-2015, siendo del 12,3% para hombres y el 6,5% para mujeres. En el 2016 fueron el 8,0%, siendo del 10,0% en hombres y 6,3% en mujeres. Durante el año 2016, entre las ESV de baja mortalidad (media anual en el quinquenio inferior a 5 defunciones) continuaron registrándose muertes por enfermedades prevenibles por vacunación: tétanos (2 defunciones, 1 en hombre y otra en una mujer), parotiditis (1 defunción en una mujer) y varicela (4 defunciones en hombres).

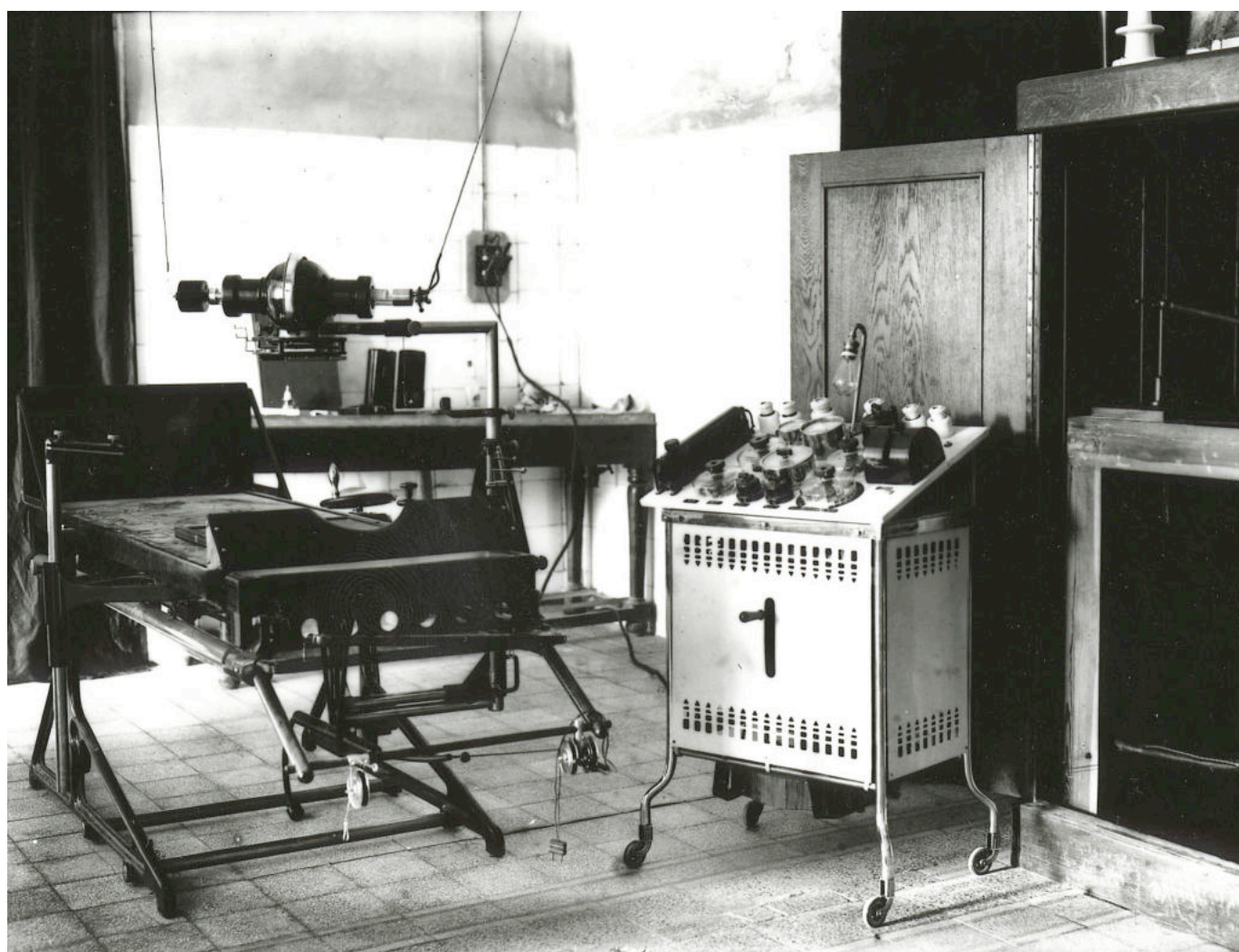
La media de mortalidad anual en el quinquenio anterior, correspondiente a tosferina, sobrepasó las 5 defunciones y durante el 2016 se produjeron 4 defunciones; 1 en hombre y 3 en mujeres. Se ha decidido mantener a la tosferina en este apartado

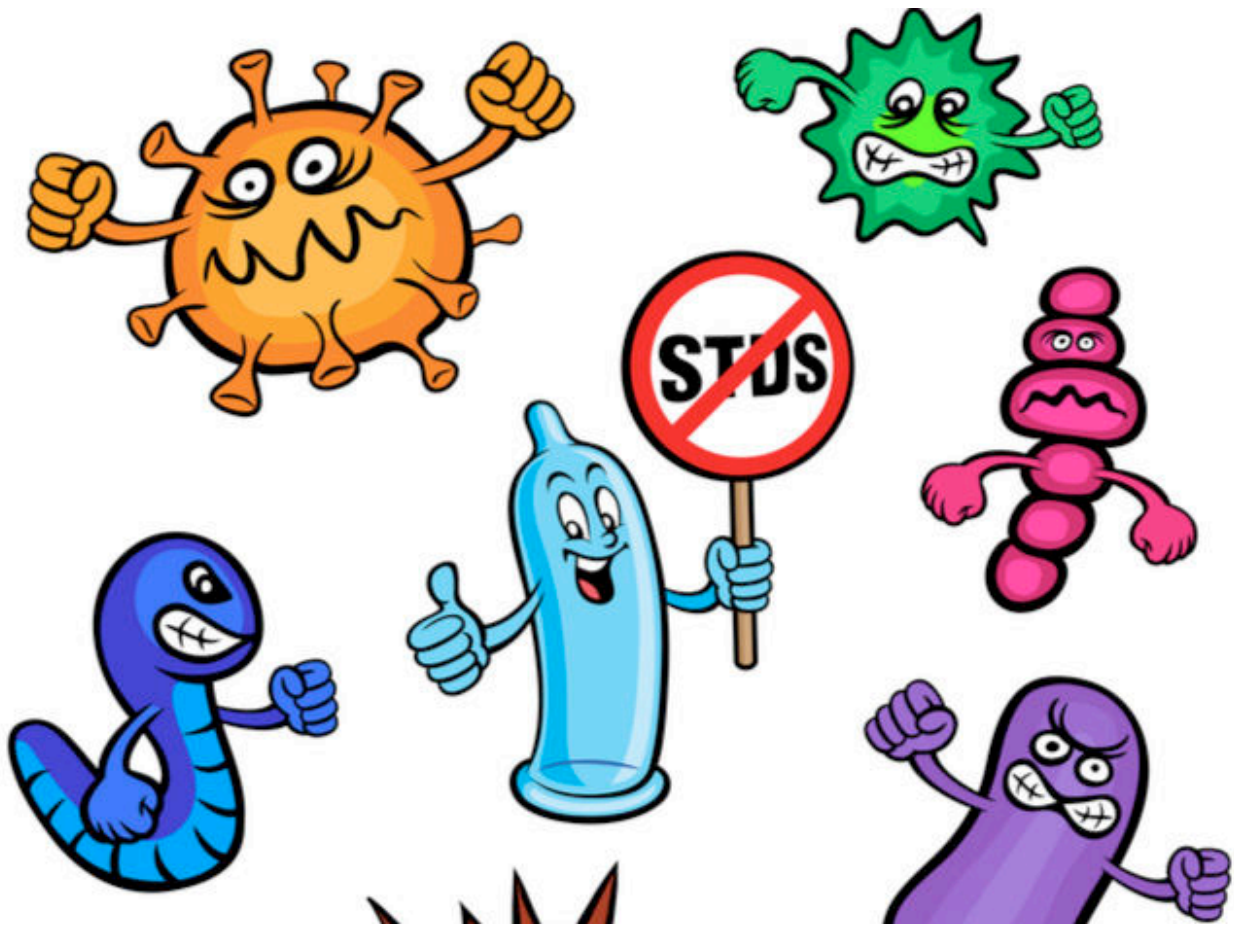
Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Año 2016 Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas: 128 hasta comprobar su evolución en el 2017. Durante el 2016 se produjeron 3 fallecimientos por **rubeola congénita** (2 en hombres y 1 en una mujer). En 2016 se mantuvo la ausencia de muertes por disentería. También cabe destacar 3 fallecidos por **paludismo** (hombres) y 1 por **leptospirosis** (hombre). Es interesante señalar que no se produjo ningún fallecimiento por **hepatitis A**. *Tampoco se registró ningún fallecimiento por **yersinia no pestis**, por **sífilis congénita** ni por **fiebre exantemática mediterránea**.* Entre las ESV, el **SIDA-VIH, la hepatitis C aguda y crónica y la gripe** fueron las patologías con mayor número de fallecimientos en hombres. Asimismo, las patologías con mayor número de fallecimientos en mujeres fueron **la hepatitis C aguda y crónica y la gripe**. Tres enfermedades de este grupo registraron un



apreciable incremento de las tasas de mortalidad durante el año 2016: **gripe** (123,3%), pasando de una media de 289,8 casos en el periodo 2011-15 a 647 casos en 2016, **poliomielitis** efectos tardíos (37,3%) pasando de una media de 10,2 casos en el periodo 2011-15 a 14 casos en 2016 y **salmonelosis no tifoidea ni paratifoidea** (11,1%) pasando de una media de 10,8 casos en el periodo 2011-15 a 12,0 casos en 2016.

La razón de masculinidad global para el grupo de ESV fue de 1,7 para el período 2011-2015 y de 1,4 en el 2016; este predominio de las defunciones en los hombres se dio fundamentalmente a costa del SIDA/VIH (H/M=3,5), rubeola congénita (H/ M=2,0), la leishmaniasis (H/M=1,8) y la tuberculosis respiratoria (H/M= 1,6). Las defunciones por enfermedades no sujetas a vigilancia (ENSV) representaron el 90,8% del total de la mortalidad infecciosa para el período 2011-2015 y el 92,0% para el año 2016. Las ENSV aumentaron un 10,2%. Las enfermedades cuyas tasas más aumentaron fueron la infección renal (22,0%), la septicemia (19,6%), otras infecciones intestinales (18,0%), otras infecciones del sistema digestivo (17,0%), la hepatitis B crónica (65,9%) y otras hepatitis víricas (16,1%). Las que más disminuyeron fueron la sepsis puerperal (no se objetivó ningún fallecido durante el 2016, al igual que en el 2015 y 2014), otras infecciones perinatales (-18,5%) y las meningitis (-16,1%). Cinco patologías importantes de este grupo, la neumonía, la infección renal, la septicemia, la infección cardíaca y la infección respiratoria aguda, representaron el 83,2% de la mortalidad por ENSV y el 76,5% del total de muertes por patología infecciosa durante el 2016.





INFECCIONES LIGADAS AL SEXO

Después de haber estudiado y diagnosticado a lo largo de mi vida profesional más de 40.000 citologías ginecológicas, puedo afirmar dos cuestiones del ayer y del presente que condicionan un futuro. Podría hablar de todas las infecciones vaginales, pero me ceñiré a dos de ellas, por sus connotaciones específicas.

En primer lugar, comentar que esa parasitación tan frecuentemente observada en la vagina de nuestras mujeres a lo largo del siglo XX, las trichomonas vaginalis, y que tanto malestar y prurito (picor) les inducía, ha pasado en fechas recientes a ser una rareza. De una prevalencia de (+/-) 4-5% en nuestras mujeres, estamos en valores decimales y aun centesimales en las muestras que nos remiten para "screening" de cáncer de cuello uterino a los servicios de patología.

Sin embargo, nuestras mujeres tienen un enemigo de mayor agresividad transmitido a través de sus relaciones sexuales, que condiciona variaciones genéticas en el epitelio cervical que inducen displasias y carcinomas de cuello uterino. El VPH -Virus del Papiloma Humano- lo estamos observando y datando por biología molecular en todos sus biotipos -más y menos agresivos- en tasas cada vez mayores. La promiscuidad sexual y sobretodo las relaciones de pareja con hombres promiscuos han aumentado significativamente su incidencia. El sexo oral ha llevado también al desarrollo de este tipo de virus y secundariamente de carcinomas epiteliales en la orofaringe y laringe.

Nada graba tan fijamente en nuestra memoria alguna cosa como el deseo de olvidarla (M.E. de Montaigne).



¿QUÉ ES LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA?

El sida es un estado avanzado de la enfermedad causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Aparece cuando el virus ha destruido las defensas del organismo hasta tal punto que facilita la aparición de infecciones oportunistas y de algunos tipos de cáncer.

Al entrar el virus en el cuerpo, generalmente, no aparece ningún síntoma de enfermedad o éstos son muy inespecíficos, pero las personas infectadas por el virus producen anticuerpos frente al mismo y éstos pueden ser detectados en su sangre mediante un análisis. Sin embargo, es necesario que pase un tiempo largo (años) hasta que aparezcan infecciones oportunistas o determinados cánceres (debido a que el virus se mantiene activo durante ese periodo, incidiendo gravemente en el sistema inmunológico del paciente), momento en el que decimos que la persona con VIH tiene sida.

Por ahora, la infección por VIH no tiene curación, pero **existen tratamientos eficaces que frenan la actividad del virus** y, en la mayoría de los casos, permiten vivir muchos años sin complicaciones graves. Aún así, hay que recordar que el sida es una enfermedad muy seria y potencialmente mortal.

¿CÓMO SE TRANSMITE EL VIH?

El VIH se transmite por:

- Relaciones sexuales con penetración vaginal, anal y oral sin preservativo.
- Compartiendo un objeto punzante sin esterilizar que haya estado en contacto con sangre infectada: jeringas, agujas, instrumentos para acupuntura, tatuajes, piercing, etc.
- De una madre con VIH a su hijo/a durante el embarazo, el parto o la lactancia.

¿CÓMO NO SE TRANSMITE EL VIH?

No se ha detectado transmisión a través de los siguientes mecanismos:

- Aire, agua
- Besos, a brazos, darse la mano o tocarse
- Picaduras de insecto o mosquitos.
- Saliva, sudor, lágrimas.
- Convivencia habitual en el hogar, trabajo y en la escuela.
- Donar o recibir sangre en países donde esté adecuadamente controlado.



¿QUÉ SE RECOMIENDA PARA PREVENIR EL VIH?

En ausencia de vacuna o tratamiento curativo, **la prevención continúa siendo la única forma eficaz de luchar contra el VIH** y se recomienda:

El preservativo ha demostrado ser el método más eficaz en la prevención de la transmisión del VIH en las penetraciones vaginales, anales y en el sexo oral. Su uso también es una forma muy eficaz para prevenir otras infecciones de transmisión sexual.

Conviene utilizar siempre el preservativo, también con la pareja estable, a no ser que las dos personas sepan que no tienen el VIH. Usar el preservativo no debería ser un asunto de confianza o desconfianza sino de responsabilidad y afecto.

Si eres mujer, no temas ser protagonista, lleva preservativos y acuerda un sexo más seguro. **Si eres hombre**, cuídate y sé cuidadoso con tu pareja, usa preservativo.

El empleo de lubricantes con los preservativos disminuye el riesgo de transmisión del VIH en las relaciones sexuales porque disminuye la probabilidad de que se produzcan lesiones en las mucosas.

La presencia de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) favorece la transmisión del VIH. Muchas de estas ITS pueden ser asintomáticas, es decir, pasar desapercibidas si no se hace un diagnóstico médico. Si tienes sospecha de estar padeciendo una ITS acude a tu centro de salud o a los centros monográficos de ITS para su diagnóstico y tratamiento.

Si usas drogas inyectadas no compartas agujas y jeringuillas que haya podido usar otra persona.

Todos los instrumentos que perforan la piel (instrumentos para poner pendientes y piercings, para hacer tatuajes o las agujas de acupuntura, por ejemplo) **deben ser de un solo uso o deben poderse esterilizar.** Si no lo son, pueden transmitir infecciones como el VIH y la hepatitis.

Se llama **PERIODO VENTANA** cuando **no han pasado 3 meses de la última práctica de riesgo.**

Las pruebas de diagnóstico del VIH que se emplean habitualmente son test (análisis de sangre) que miden los anticuerpos que genera el organismo frente al VIH. El sistema inmunitario tarda un tiempo en producir anticuerpos suficientes para ser detectados



por la prueba, y este tiempo no es igual para todo el mundo. A este tiempo en el que se puede obtener un resultado negativo, aún estando infectado, se le conoce a menudo como “período ventana”.

Generalmente, se tarda entre 2 y 8 semanas tras la infección en desarrollar anticuerpos detectables, y casi todas las personas los han generado a los 3 meses de la práctica de riesgo. Durante este periodo, si la persona está infectada con el VIH, puede tener altos niveles del virus en sangre, en los fluidos sexuales o la leche materna, aunque no tenga anticuerpos en la sangre que puedan ser detectados.

Cuando no ha pasado el periodo ventana, una persona que ha tenido una “práctica de riesgo” debe acudir a su médico o al centro especializado de ITS, dónde valorarán su caso, si debe hacerse la prueba y cuándo debe repetirla.

VIRUELA DEL MONO

¿Qué es?

La viruela del mono, en inglés monkeypox, es una infección causada por un virus de la familia de la viruela.

¿Qué síntomas produce la viruela del mono?

- Fiebre.
- Dolor de cabeza.
- Inflamación de ganglios linfáticos.
- Dolores musculares.
- Dolor rectal.
- Erupción y lesiones en la piel o mucosas (1-3 días tras aparición de primeros síntomas).
- Astenia intensa (falta de energía, cansancio).



¿Cómo se transmite?

- A través de fluidos corporales por contacto íntimo, como en las relaciones sexuales.
- Contacto directo con las lesiones de la piel.
- Contacto directo con material contaminado (por ejemplo, ropa, sábanas, objetos de uso personal...)

Por gotas respiratorias gruesas en contacto cara a cara prolongado.

¿Qué hacer en caso de presentar cualquier lesión en la piel?

- **NOTOQUES** las lesiones.
- **EVITA** el contacto estrecho y las relaciones sexuales.
- **ACUDE** a un servicio de urgencias hospitalarias.

Si has tenido contacto estrecho con personas infectadas o lesiones...

- **VIGILA** la aparición de síntomas.
- **EVITA** contactos íntimos.

OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

¿Qué son?

Las Infecciones de Transmisión sexual (ITS/ETS) son aquellas que normalmente se transmiten o contagian durante las relaciones sexuales. Pueden estar producidas por bacterias, virus, hongos o parásitos. Entre las más frecuentes se encuentran el VIH/SIDA, la Sífilis, la Gonorrea, la Candidiasis, la Tricomoniasis, las infecciones por la Chlamydia, el Herpes Genital, el Virus del Papiloma Humano y la Hepatitis B.

Cómo se transmiten?

Las principales vías de transmisión son las mucosas de la boca, los órganos genitales y el ano, por eso el riesgo de contagio existe durante la relación sexual con penetración vaginal, anal u oral.

Para algunas infecciones no es necesario que haya penetración para que haya contagio, practicando sexo oral también se puede producir contagio o simplemente por contacto de la piel (sarna o ladillas).

No hace falta tener muchas parejas para tener una ITS/ETS: cualquier persona que no usa un método de prevención adecuado está expuesta a este problema. Las ITS/ETS no se transmiten por lo que uno hace, sino por cómo lo hace. No hay grupos de riesgo sino conductas de riesgo. Hay que tener cuidado porque puedes no notar que tienes una ITS/ETS (muchos de los síntomas pasan desapercibidos sobre todo para el chico).



¿Cómo puedo saber si tengo una ITS/ETS?

Muchos de los síntomas no se detectan fácilmente, y con el tiempo se pueden extender a diversas partes del organismo. Los síntomas incluyen: picores, inflamación de los órganos genitales, escozor al orinar, trastornos menstruales, dolores abdominales, úlceras en las zonas de contacto, secreciones vaginales y purulentas de la uretra, etc.

Es importante que ante cualquier sospecha de tener una de estas infecciones o conducta de riesgo se acuda al especialista para que le examine y, si lo precisa, poner el tratamiento adecuado lo antes posible.

COVID-19 Y VIH

No existe evidencia científica hasta la fecha que sugiera que las personas con VIH presenten un mayor riesgo de adquirir el SARS-CoV-2 o padecer complicaciones graves si desarrollan la enfermedad por COVID-19.

Tampoco que los antirretrovirales protejan de adquirir la infección o de desarrollar la enfermedad.

Todas las recomendaciones son las mismas que para la población general, pero teniendo en cuenta las características específicas de la infección por VIH.



HEPATITIS B

¿Cómo se transmite?

El virus de la hepatitis B se transmite a través del contacto con sangre o fluidos corporales; también es posible la transmisión de la enfermedad madre-hijo durante el parto.

¿Qué síntomas tiene?

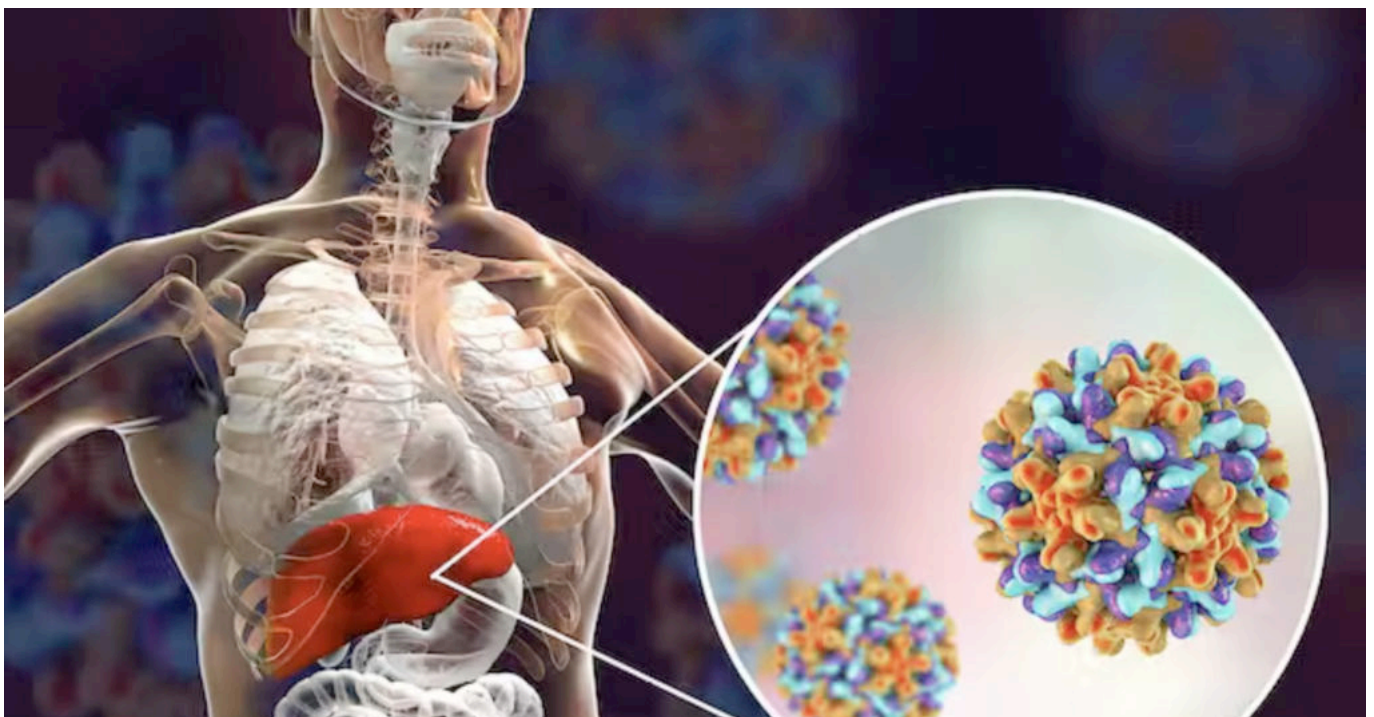
La sintomatología más habitual tras entrar en contacto con el virus de la hepatitis B y contagiarse es muy variada, desde no tener ningún síntoma hasta tener, cansancio, fiebre, vómitos, malestar general, orina oscura, heces pálidas y, la más característica, la ictericia (color amarillento de la piel).

¿Tiene tratamiento?

El tratamiento de la hepatitis B es múltiple; algunos pacientes, siempre bajo criterio médico, son tratados con antivirales. Es importante observar unas medidas dietéticas en la que se incluyen dieta pobre en grasas y restricción de sustancias potencialmente dañinas como alcohol, algunos medicamentos...

¿Se puede prevenir?

La prevención de la transmisión de la Hepatitis B es la medida más importante a llevar a cabo, se realiza a través de la vacunación sistemática incluida en el calendario infantil de la CM o vacunando a los adultos no vacunados previamente. Así mismo se recomienda la observación de medidas higiénicas que impliquen evitar el contacto con sangre o fluidos corporales de la persona infectada así como cualquier circunstancia que suponga un riesgo de entrar en contacto con la mucosa de la persona con hepatitis B. Estas medidas contemplan el uso de preservativo en las relaciones sexuales, no compartir material de aseo personal ni cubiertos...



CUADROS DE INTERÉS

SEGUIMIENTO DE LA HEPATITIS B EN LA PROVINCIA DE SORIA: 1989

A. Campos Bueno y cols.

RESUMEN Se recoge de forma prospectiva durante los últimos seis años la infección por VHB. ocurrida en toda una provincia que presenta las características de, estar poco poblada (98.533 hab.; 9,4 hab./km-) y tener centralizada la recogida de muestras en nuestro laboratorio. Los casos de hepatitis B aguda diagnosticados han sido 61, con diferencias anuales que oscilan entre 3 y 21 casos. Durante el mismo período se han detectado en diversos screening 116 portadores del VHB, de los cuales 12 son ADVP que residen solo circunstancialmente en la provincia. Se han estudiado 208 convivientes de portadores, encontrándose 21 portadores más y 59 personas HBsAg negativas, pero con anticuerpos frente a VHB. La distribución por zonas de salud releva un número alto de portadores en la zona de Ólvega (25 casos). Aunque la hepatitis B ha aumentado con las “prácticas de riesgo” queremos subrayar que su aparición sigue siendo a menudo sin causa conocida.

Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de Hepatitis B. España, 2008-2019

Año	Casos	Tasa por 100.000
2008	968	2,12
2009	848	1,85
2010	793	1,72
2011	719	1,56
2012	540	1,17
2013	658	1,41
2014	702	1,51
2015	570	1,23
2016	533	1,15
2017	517	1,11
2018	438	0,94
2019	350	0,84

Tabla 1. Incidencia de tuberculosis por provincia. Castilla y León. 2017.

Provincia	Población*	Casos TB	Tasas Incidencia por 100.000 habitantes
Ávila	161.757	10	6,18
Burgos	357.627	27	7,55
León	470.341	76	16,16
Palencia	163.014	8	4,91
Salamanca	336.102	21	6,25
Segovia	155.311	9	5,79
Soria	90.016	5	5,55
Valladolid	523.215	44	8,41
Zamora	178.566	16	8,96
Castilla y León	2.435.951	216	8,87

* Cifras de población, a 1 de enero de 2017.
(Fuente: Consejería de Sanidad con datos del INE)



Tabla 1. Casos declarados de Hepatitis C por CCAA y tipo de notificación. España. Año 2016

CCAA	Total	CAR*	ND**	Clasificación
Andalucía	222		222	
Aragón	32		32	2A/30C
Asturias	8		8	
Baleares	60		60	
Canarias	21	21		
Cantabria	18		18	
Castilla-La Mancha	16		16	4A/12C
Castilla-León	50	50		
Cataluña	18	18		
Extremadura	26		26	7A/12C/7SC
Galicia	—	—	—	
Madrid	303		303	
Murcia	122		122	8A/86C/28SC
Navarra	38		38	2A/36C
País Vasco	1	1		
La Rioja	7		7	
C. Valenciana	50	50		
Ceuta	0	0		
Melilla	0	0		
Total	992	140	852	

* CAR: Casos Agudos Recientes.

** ND: Nuevos Diagnósticos.

A: Aguda C: Crónica SC: Sin Clasificar

Tabla 2. Tasas/100.000 habitantes de Hepatitis C por CCAA según tipo de notificación. España. Año 2016

CCAA	CAR*	ND**
Andalucía		2,64
Aragón		2,43
Asturias		0,77
Baleares		5,24
Canarias	0,98	
Cantabria		3,09
Castilla-La Mancha		0,78
Castilla-León	2,04	
Cataluña	0,24	
Extremadura		2,40
Galicia	—	—
Madrid		4,70
Murcia		8,30
Navarra		5,96
País Vasco	0,05	
La Rioja		2,24
C. Valenciana	1,01	
Ceuta	0	
Melilla	0	
Total	0,73	3,48

* CAR: Casos Agudos Recientes.

** ND: Nuevos Diagnósticos.

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. ISCIII



Tabla 3. Casos declarados de Hepatitis C por grupos de edad y sexo. España. Año 2016

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
<1 año	2	0,20	5	0,50	7	0,71
1-4 años	1	0,10	0	0,00	1	0,10
5-9 años	0	0,00	1	0,10	1	0,10
10-14 años	0	0,00	1	0,10	1	0,10
15-19 años	2	0,20	0	0,00	2	0,20
20-24 años	12	1,21	3	0,30	15	1,51
25-29 años	20	2,02	12	1,21	32	3,23
30-34 años	51	5,14	23	2,32	74	7,46
35-39 años	71	7,15	25	2,52	96	9,68
40-44 años	83	8,37	25	2,52	108	10,89
45-49 años	114	11,49	40	4,03	154	15,52
50-54 años	114	11,49	63	6,35	177	17,84
55-59 años	67	6,75	43	4,33	110	11,09
60-64 años	27	2,72	26	2,62	53	5,34
65-69 años	25	2,52	27	2,72	52	5,24
70-74 años	28	2,82	28	2,82	56	5,65
75-79 años	7	0,71	4	0,40	11	1,11
80-84 años	10	1,01	12	1,21	22	2,22
>=85 años	5	0,50	15	1,51	20	2,02
Total	639	64,40	353	35,60	992	100,00

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. ISCIII



ANEXO II. RESULTADOS DE LA VIGILANCIA: TABLAS GENERALES

Tabla 1. Casos notificados según la fuente de datos y enfermedad

Fuente principal de Datos: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)					
*Enfermedad	TOTAL CASOS	Casos Importados	HOMBRES	MUJERES	Desconocido
1 Botulismo	9	0	6	3	0
2 Brucelosis	48	3	30	18	0
3 Campilobacteriosis	15.555	6	8.969	6.576	4
4 Carbunco	4	0	4	0	0
5 Cólera	3	3	0	3	0
6 Criptosporidiosis	243	0	142	101	0
7 Dengue	256	256	99	157	0
8 Difteria	1	1	0	0	0
9 Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	238	0	117	120	1
10 Enfermedad meningocócica	265	0	128	134	3
11 Enfermedad neumocócica invasora	2.766	2	1.666	1.092	8
12 Enfermedad por virus Chikungunya	103	103	35	64	4
13 Enfermedad por virus Zika	403	401	0	2	0
14 E. exantemática mediterránea	115	0	61	54	0
15 E. Hemorrágica de Crimea-Congo	2	0	1	1	0
16 E. Nilo occidental	4	1	3	0	0
17 Fiebre Q	352	1	254	97	0
18 E. recurrente transmitida por garrapatas	6	0	2	4	0
19 E. tifoidea y paratifoidea	59	14	30	24	2
21 Giardiasis	2.101	38	1.152	943	6
22 Hepatitis A	1.355	59	1.045	304	6
23 Hepatitis B	530	11	407	123	0
24 Hepatitis C	992	6	639	351	0
25 Hidatidosis	112	1	68	44	0
26 Infección Congénita por virus Zika	4	3	1	0	3
27 Infección por <i>Escherichia coli</i> verotoxigénico	84	1	43	41	0
28 Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	7.194	2	3.386	3.771	35
29 Infección Gonocócica	5.983	0	5.006	974	3
30 Legionelosis	958	14	692	268	12
31 Leishmaniasis	193	4	120	73	0
32 Lepra	13	10	6	7	0
33 Leptospirosis	18	1	18	0	0
34 Linfogranuloma venéreo	249	0	235	14	0
35 Listeriosis	353	1	197	156	0
36 Paludismo	755	755	513	241	1
37 Parotiditis	5.015	0	2.783	2.230	2
38 Rubéola	2	1	1	1	0
39 Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	10.159	5	5.184	4.957	13
40 Sarampión	35	11	19	16	0
41 Shigelosis	309	16	190	122	0
42 Sífilis	2.435	0	2.187	245	3



Fuente principal de Datos: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

*Enfermedad	TOTAL CASOS	Casos Importados	HOMBRES	MUJERES	Desconocido
43 Sífilis congénita	4	0	2	2	0
44 Tétanos	9	0	4	5	0
45 Tos ferina	5.388	6	2.361	3.026	1
46 Triquinosis	14	0	8	6	0
47 Tuberculosis	4.822	0	2.987	1.834	1
48 Tularemia	5	0	3	2	0
49 Varicela	67.490	2	34.913	32.543	34
50 Yersiniosis, no pestis	436	2	250	185	1

(*) No se ha declarado ningún caso de las siguientes enfermedades: Fiebre amarilla, Peste, Polio, Rabdoia congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático y Viruela

Tabla 7. Casos de sida en España por modo de transmisión y sexo, según la CCAA de residencia. Datos acumulados desde 1981. Registro Nacional de SIDA. Fecha de actualización: 30 de junio de 2017. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

CC.AA de Residencia	Modo de Transmisión														Total	
	HSH		Heterosexual		PID		Materno-infantil		Hemoderivados		Transfusión		Otros/NC		H	M
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Andalucía	1.343	1.200	835	7.094	1.095	64	65	143	14	26	25	577	139	10.447	2.173	
Aragón	154	328	185	747	198	14	10	26	5	2	4	109	24	1.380	426	
Asturias	183	203	100	702	174	7	5	12	2	8	6	70	24	1.185	311	
Baleares	557	379	215	962	289	19	20	19	5	7	5	154	52	2.097	586	
Canarias	901	414	268	683	192	15	11	25	2	11	3	190	15	2.239	491	
Cantabria	89	70	46	417	73	6	6	4	1	1	2	66	20	653	148	
Cast-La Mancha	144	206	107	838	129	8	9	22	3	9	4	98	35	1.325	287	
Castilla y León	248	405	203	1.598	394	20	26	49	8	9	16	129	25	2.458	672	
Cataluña	3.454	2.213	1.321	7.130	1.761	109	102	107	7	31	22	710	156	13.754	3.369	
Com. Valenciana	906	752	475	3.000	841	31	41	49	5	23	11	346	81	5.107	1454	
Extremadura	66	104	45	628	124	5	12	18	5	4	2	103	40	928	228	
Galicia	424	576	352	1.986	503	5	10	56	7	18	13	129	49	3.194	934	
Madrid	3.879	1.462	1.506	10.105	2.430	120	136	140	7	52	45	852	153	16.610	4.277	
Murcia	345	279	152	797	147	10	9	18	0	4	2	121	39	1574	349	
Navarra	85	146	71	414	184	2	5	9	0	2	1	23	10	681	271	
País Vasco	472	604	428	3.114	864	30	33	54	6	11	16	166	50	4.451	1.397	
La Rioja	37	107	42	289	66	5	4	3	1	0	1	15	3	456	117	
Ceuta	7	21	12	111	16	2	1	0	0	0	0	11	6	152	35	
Melilla	10	10	11	55	8	1	1	0	0	1	1	4	3	81	24	
Extranjero	81	36	16	69	19	1	1	1	0	5	0	20	4	213	40	
No Consta	27	15	15	12	2	0	0	0	0	0	0	16	2	70	19	
Total	13.412	9.530	6.405	40.751	9.509	474	507	755	78	224	179	3.909	930	69.055	17.608	

HSH=Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; PID=Personas que se inyectan drogas; N.C. No consta. H=Hombres; M=Mujeres.

*Por razones técnicas no se han podido incluir los casos de la Comunidad Valenciana a partir de 2014 ni los de Cataluña desde 2015.



Tabla 1. Actividad gripal en las redes centinela que integran el SVGE.
Temporada 2015-2016

Redes centinela	Semana del pico de la onda epidémica	Incidencia máxima de onda epidémica (Tasa Semanal/100.000 h.)	Grupos de edad más afectados en la temporada	Máximo nivel de intensidad de actividad gripal declarado ¹	Máximo nivel de difusión de actividad gripal declarado ¹	Tipo/subtipo virus dominante en la temporada ²
Andalucía	8/2016	116,06	5-14 años	Bajo	Epidémico	An(H1N1)pdm09 / B
Aragón	10/2016	624,96	0-4 años	Alto	Epidémico	An(H1N1)pdm09 / B
Asturias	6/2016	296,32	0-4 años	Bajo	Epidémico	An(H1N1)pdm09
Baleares	10/2016	123,92	5-14 años	Medio	Epidémico	An(H1N1)pdm09 / B
Canarias	5/2016	255,51	5-14 años	Medio	Epidémico	An(H1N1)pdm09 / B
Cantabria	6/2016	292,84	0-4 años	Medio	Epidémico	An(H1N1)pdm09
Castilla La Mancha	11/2016	266,17	0-4 años	Medio	Epidémico	An(H1N1)pdm09
Castilla y León	4/2016	220,54	0-4 años	Bajo	Epidémico	An(H1N1)pdm09
Cataluña	9/2016	355,27	0-4 años	Medio	Epidémico	B / An(H1N1)pdm09
Comunidad Valenciana	11/2016	363,27	5-14 años	Alto	Epidémico	B / An(H1N1)pdm09
Extremadura	8/2016	147,78	0-4 años	Bajo	Epidémico	An(H1N1)pdm09
Madrid	11/2016	155,48	0-4 años	Medio	Epidémico	An(H1N1)pdm09
Navarra	4/2016	420,89	0-4 años	Medio	Epidémico	An(H1N1)pdm09
País Vasco	5/2016	413,01	0-4 años	Medio	Epidémico	An(H1N1)pdm09
La Rioja	8/2016	275,98	0-4 años	Medio	Epidémico	An(H1N1)pdm09
Ceuta	10/2016	202,86	0-4 años	Medio	Epidémico	An(H1N1)pdm09
Melilla	8/2016	255,07	0-4 años	Medio	Epidémico	An(H1N1)pdm09
Global nacional	8/2016	195,17	0-4 años	Bajo	Epidémico	An(H1N1)pdm09

¹ Indicadores de actividad gripal. Ver: Indicators of influenza activity. European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) 2005-2014. <https://ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/surveillance-and-disease-data/facts-indicators>

² Criterios para la asignación de virus dominante. Ver: EISS Annual Report. 2005-2006 influenza season. Utrecht, the Netherlands. NIVEL 2007. <http://www.nivel.nl/pdf/European-Influenza-Surveillance-Scheme-annual-report-2005-2006-influenza-season.pdf>



Figura 2. Vigilancia de Brucelosis. España, 2016

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

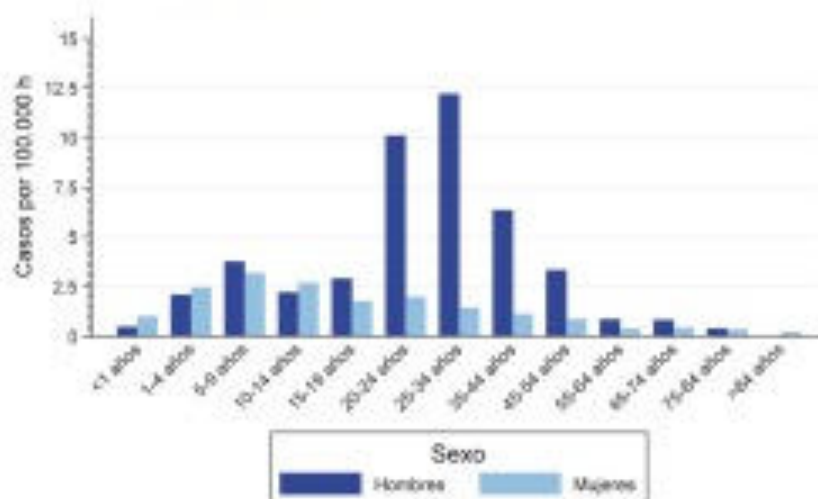
Características de los casos

Los casos de hepatitis A fueron más frecuentes en hombres. Se notificaron 1.012 (78%) casos en hombres y 278 (22%) en mujeres.

Como se muestra en la figura 3, el grupo más afectado en hombres fue el de 25 a 34 años (12,4 casos por 100.000 habitantes), seguido del de 20 a 24 años (10,2 casos por 100.000 habitantes) y del de 35 a 44 años (6,4 casos por 100.000 habitantes). Sin embargo los grupos más afectados en mujeres fueron el de 5 a 9 años, seguido del de 10 a 14 años y del de 1 a 4 años, con 3,2; 2,7 y 2,5 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Figura 3. Vigilancia de Hepatitis A., 2016

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo

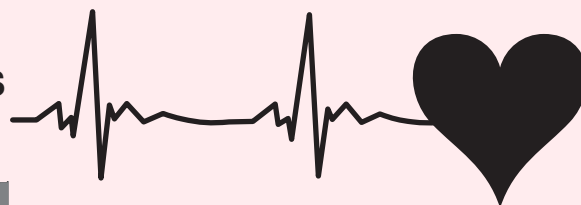


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)



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 Leon. 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

