

3. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA LEGIONELOSIS EN ESPAÑA

3.1. Sistemas de información

En España la vigilancia epidemiológica de la legionelosis se basa en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y en otros sistemas y fuentes de información complementarios. Su objetivo es conocer la evolución de la incidencia y de los posibles cambios en el patrón de presentación de la enfermedad en la comunidad, mediante la detección de casos esporádicos, brotes y casos relacionados que permitan identificar las fuentes de infección y tomar las medidas de control adecuadas. A continuación se describen dichos sistemas:

- **Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).** La legionelosis se incluyó en 1996 entre las enfermedades de declaración obligatoria, a nivel nacional, a partir de la aprobación del Real Decreto 2210/95 de 28 de Diciembre (BOE de 24 de Enero) por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. La declaración corresponde a los médicos en ejercicio, tanto en el sector público como en el privado, ante la sospecha de un caso. La notificación es semanal y se acompaña de unos datos relativos al caso (identificación, epidemiológicos y microbiológicos) recogidos de acuerdo con los Protocolos de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (CNE 1996). El Anexo 1 contiene la encuesta epidemiológica de notificación de caso de legionelosis al sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria.
- **Notificación de situaciones epidémicas y brotes.** La notificación de brotes de legionelosis es obligatoria y urgente a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. En un periodo de tres meses, desde la finalización y control del brote, los responsables de su estudio en la Comunidad Autónoma afectada elaboran un informe final que recoge la investigación llevada a cabo y que es remitido al Centro Nacional de Epidemiología.
- **Sistema de Información Microbiológica (SIM).** Este sistema se basa en la notificación, por parte de los laboratorios de microbiología clínica de los hospitales, de los casos de legionelosis que identifican. A partir de la aprobación del Real Decreto, ya mencionado, la declaración al SIM deja de ser voluntaria y se incluye como parte del sistema básico de vigilancia epidemiológica, con un circuito que debe establecer cada Comunidad Autónoma en su territorio (BES 1998a).
- **Notificación de casos de legionelosis en viajeros en Europa.** España forma parte del Grupo Europeo para el estudio de infecciones por *Legionella* (EWGLI). A este grupo debemos notificar los casos de enfermedad en españoles asociados con viajes al extranjero y, a su vez, nos informan de los casos de turistas que se supone han contraído la enfermedad en nuestro país (Lane y cols 1998).
- **Información procedente del Centro Nacional de Microbiología.** El Laboratorio de *Legionella* de este Centro actúa como laboratorio de referencia para todo el país, prestando

apoyo en el aislamiento de *Legionella* a partir de muestras clínicas o ambientales, así como en la identificación y tipificación de las cepas (Pelaz y cols 1992, Pelaz y Martin-Bourgon 1993a). En caso de brote el laboratorio realiza técnicas de tipificación molecular que permiten comparar cepas de enfermos y ambientales, de forma que se pueda establecer la fuente de infección (Pelaz 1998). Además en el Servicio de Microbiología Diagnóstica del Centro se estudian muestras de suero de pacientes con enfermedad respiratoria, incluidas en un protocolo de neumonías no neumocócicas, para su diagnóstico.

3.2. Incidencia de la legionelosis en nuestro país

En 1997, primer año en que se dispone de datos del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, se declararon 201 casos de legionelosis por 11 Comunidades Autónomas, lo que supone una tasa de 0,51 casos por 100.000 habitantes. Ese mismo año, hospitales de siete Comunidades Autónomas declararon 114 casos al SIM (BES 1998a).

La información relativa al estudio de brotes aporta datos sobre factores de riesgo y mecanismos de transmisión. Desde 1989 a 1997 se declararon 45 brotes de legionelosis (679 casos en total), alguno de ellos con un elevado número de casos, como el ocurrido en un hotel de Granada en 1991, que afectó a 91 personas (BMS 1991), o el ocurrido en Alcalá de Henares, Madrid, en 1996, que afectó a 224 personas (BES 1997, Grupo de trabajo BE de la CAM 1997). Según el ámbito donde se produjeron hubo 37 brotes comunitarios (82%) y 8 hospitalarios (18%) (CNE, datos no publicados).

Del total de 1.365 casos en viajeros, declarados por distintos países de Europa a EWGLI en el período 1987-1997, 376 (28%) están relacionados con instalaciones españolas (CNE datos no publicados). En nuestro país, esta información tiene claras repercusiones sociales, económicas y sanitarias (Joseph y cols 1996, Infuso y cols 1997, Galmés y Martínez-Navarro 1997, BES 1998b).

Por último, el Laboratorio de Referencia de *Legionella* ha caracterizado desde 1980, aproximadamente, 2.000 aislados de *Legionella* (300 de origen humano y 2.700 de origen ambiental), provenientes de casi todas las Comunidades Autónomas. De sus resultados se desprende que *L. pneumophila* serogrupo 1 es el patógeno principal así como el serogrupo más frecuente en el ambiente (Pelaz 1998).