

EPIDEMIOLOGICO

DE CASTILLA Y LEÓN

VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN

AÑO 2005

*Elaboración: Marta Allue Tango, María Jesús Rodríguez Recio
Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles
Dirección General de Salud Pública y Consumo*

En este Boletín se presenta un resumen de la situación actual de las enfermedades inmunoprevenibles tanto a nivel Nacional como en Castilla y León. La enfermedad meningocócica será objeto de otro Boletín.

Sarampión

Entre los objetivos de la OMS de "Salud para todos en el Siglo XXI", se contempla la eliminación del sarampión de la Unión Europea para el año 2007, posteriormente ampliado al 2010 debido la situación de esta enfermedad en algunos países Europeos. **Figura 1.**

En España, el Plan Nacional para la eliminación del sarampión se puso en marcha en el 2001, con el objetivo de conseguir la eliminación del sarampión autóctono para el año 2005.

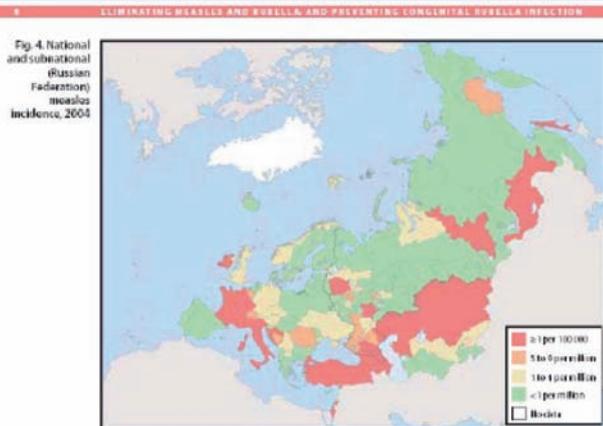
De la evaluación del Plan para este año se desprende que las condiciones actuales son óptimas para mantener la eliminación de la transmisión autóctona de sarampión en España. Todos los parámetros indicativos (coberturas vacunales, indicadores de calidad y cálculo del número reproductivo) avalan esta hipótesis:

- Coberturas de vacunación mayores del 95% para la primera dosis y mayores del 90% para la segunda.
- La incidencia es menor de 1/1.000.000 habitantes: Durante el 2005 se han notificado 100 casos sospechosos de los cuales 78 se descartaron, 20 se confirmaron por laboratorio o por vínculo epidemiológico y 2 casos no fueron investigados quedando como compatibles, esto supone una tasa de incidencia de 0,05 casos por 1000.000 habitantes. **Figura 2**



FIGURA 1

National and subnational (Russian Federation) measles incidence, 2004



Tomado del informe del Plan de eliminación del sarampión 2005. CNE.ISCIII

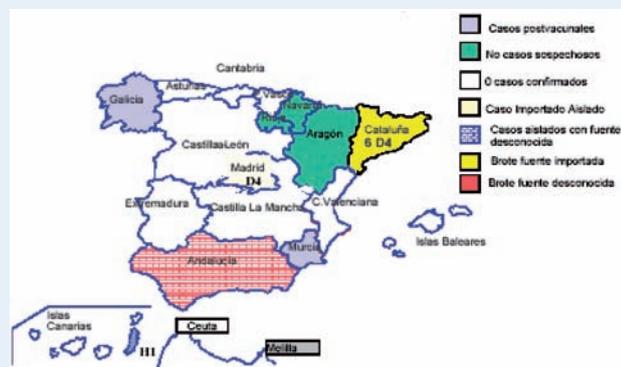
- Se comprueba la interrupción de la transmisión durante periodos superiores al máximo periodo de incubación.
- Los genotipos de los casos primarios identificados presentan amplia variabilidad.
- El nº reproductivo R es menor que 1. Esta tasa se estima con el nº y tamaño de los brotes, nº de generaciones implicadas en los brotes y proporción de casos importados.
- La difusión de casos secundarios generados por un caso importado acaba por si misma sin intervención.

Durante el 2005 los casos confirmados se han presentado mayoritariamente **68,4%**, en colectivos minoritarios dentro del país (inmigrantes y etnia gitana).

El **52,4%** de los casos son evitables por afectar a población que debería estar vacunada (**16 meses y 4 años**).

FIGURA 2

Casos de sarampión. España 2005



Tomado del informe del Plan de eliminación del sarampión 2005. CNE.ISCIII

Las conclusiones y recomendaciones finales del Plan Nacional son las siguientes:

1) Fortalecer la vigilancia:

- Notificación oportuna (urgente) y toma de muestras adecuadas para serología y genotipado de todos los casos sospechosos. Así como investigación de de la fuente de infección de los casos aislados.
- Incluir el sarampión en el diagnóstico diferencial de los exantemas febriles en adultos jóvenes y en niños menores de 16 meses.
- Es necesario mantener la vigilancia y mejorar algunos indicadores especialmente la sensibilidad y oportunidad en la notificación e investigación, completando al máximo la ficha epidemiológica.

2) Extremar las medidas de vigilancia y/o vacunación de los grupos de población siguientes:

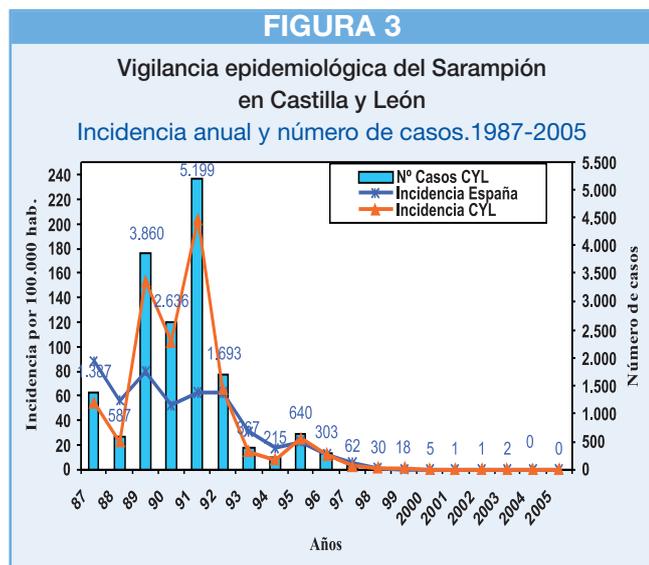
- Población menor de 16 meses y mayores de 20 años. Los casos se presentan mayoritariamente, en las edades no protegidas por la vacunación (menores de 16 meses) y las cohortes no protegidas de adultos jóvenes.
- Población de zonas turísticas.
- Viajeros a zonas endémicas, mayores de 20 años.
- Población inmigrante procedentes de países con distintas políticas de vacunación infantil.
- Niños adoptados procedentes de países con deficientes programas de vacunación.
- Tanto en los brotes de este año como en años anteriores se ha visto la gran trascendencia de la **transmisión hospitalaria**, de ahí que sea de gran importancia hacer hincapié una vez más en la recomendación de vacunación de personal sanitario.

Situación en Castilla y León:

Durante el año 2005 no se ha notificado ninguna sospecha de sarampión.

Desde la puesta en marcha del Plan Nacional (2001) hasta el año 2005 se han notificado en Castilla y León un total de 14 casos sospechosos de sarampión, 10 casos se han podido descartar al realizar pruebas de laboratorio (serología y/o cultivo y/o PCR), solo 2 casos no se investigaron clasificándoles como casos clínicamente compatibles.

La evolución de la incidencia en Castilla y León y España se representa en la **Figura 3**.



La evolución de la incidencia en Castilla y León y España se representa en la **Figura 3**. tica a partir del año 1997, pasando de 3.828 casos (9,73 casos por 100.000 habitantes) en 1997 a menos de 884 casos desde 1998.

Las tasas de incidencia de los últimos 5 años son inferiores al 1 por 100.000 habitantes lo que indica una escasa circulación viral en nuestro país, con algunos brotes de pequeño tamaño localizados en algunas comunidades autónomas, que han afectado principalmente a adultos jóvenes: población inmigrante y varones adultos no cubiertos en los programas de vacunación de nuestro país.

Durante el 2005 la incidencia fue mayor (Tasa de 1,49 por 100.000 habitantes, con 592 casos notificados) en su mayoría debidos a un brote ocurrido en la Comunidad de Madrid. En este brote más de la mitad de los casos era población inmigrante, con edades comprendidas entre 15 y 39 años (el 53% son mujeres en edad fértil).

Rubéola y Síndrome de la Rubéola Congénita:

En el año 2003, la OMS incorpora un nuevo objetivo: **el control de la rubéola y prevención del Síndrome de la Rubéola Congénita (SRC)**.

Para los países que están próximos a la eliminación de la circulación del virus del sarampión, como es el caso de España, la OMS establece una serie de actividades claves para conseguir el objetivo de control y eliminación de la rubéola y prevención del SRC:

- Notificación individualizada de los casos de rubéola.
- Confirmación por laboratorio de todos los casos sospechosos de rubéola y estudio de los genotipos circulantes.
- Vigilancia individualizada de los casos de SRC en niños de 0 a 11 meses de edad.
- Monitorización de la prevalencia de anticuerpos frente a rubéola en la población de mujeres en edad fértil, para asegurar que se alcanza y mantiene una baja proporción de susceptibles (<5%).

Rubéola en España

Desde la introducción de los programas de vacunación, la incidencia de rubéola ha mostrado una disminución progresiva, siendo drás-

Rubéola en Castilla y León

Aunque en los últimos años la incidencia es muy baja (**Figura 4**), durante el año 2005 se han notificado 11 casos (tasa de incidencia de 0,44), el doble que el año anterior. La mayoría de los casos se han producido entre los 18 y los 32 años en personas no vacunadas. Dos casos se confirmaron por serología, los demás fueron sospecha clínica. La distribución por provincias se presenta en la **figura 5**.

Rubéola congénita

Desde la implantación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 1997, se han notificado 6, 4 de ellos en el 2005.

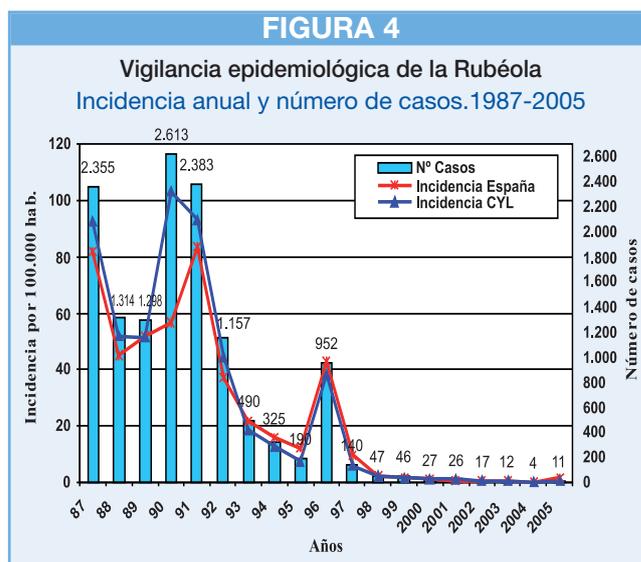
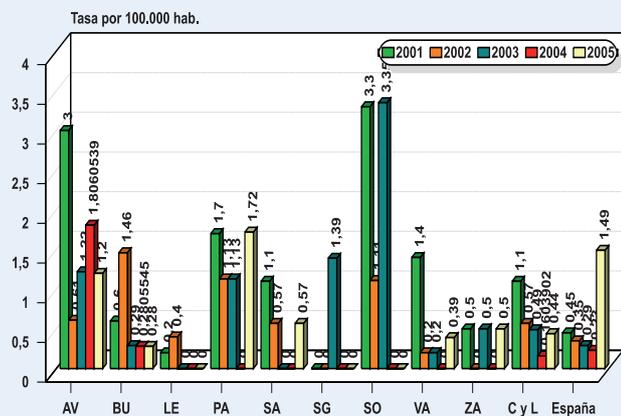


FIGURA 5

Vigilancia epidemiológica de la Rubéola
Tasa de incidencia



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León

Entre 1980 y 2002 en España se han registrado 20 defunciones por este síndrome, según datos del Instituto Nacional de Estadística.

En Castilla y León el último caso de rubéola congénita se produjo en el año 1993.

Tos ferina

En la era prevacunal, la tos ferina era una de las enfermedades más comunes de la infancia y una de las causas más importantes de mortalidad en niños menores de 5 años.

Tras la introducción de la vacuna de células completas junto con el toxoide diftérico y tetánico (DTP) en el calendario de vacunación (año 1975), la incidencia de la enfermedad ha ido disminuyendo hasta que hoy en día se encuentra en los niveles más bajos de su historia.

Aunque la mayor incidencia se sigue detectando en menores de un año, parece que en un porcentaje importante de los cuadros clínicos de tos persistente en adolescentes y adultos, se ha identificado a la *Bordetella pertussis* como agente causante. Estas infecciones leves o asintomáticas podrían jugar un papel en la transmisión de la infección a niños lactantes.

A mediados de los 90 se observaron incrementos en la incidencia de tos ferina en distintos países, a pesar de las altas coberturas de vacunación alcanzadas, barajándose distintas hipótesis todavía sin clarificar (menor eficacia de la vacuna acelular, pérdida de la inmunidad inducida por la vacuna, emer-

gencia de cepas resistentes a la vacuna, cambios en el modo de vigilancia etc.) ni en España ni en Castilla y León se ha producido este incremento, aunque posiblemente exista una infranotificación ya que la sospecha clínica no es evidente en muchas ocasiones, debido a veces a la inespecificidad de los síntomas observados y a la presentación leve o subclínica en adolescentes y adultos.

En España durante el 2005 se han notificado 303 casos que suponen una tasa de incidencia de 0,76 por 100.000 habitantes, manteniéndose la muy baja incidencia que se viene observando desde el 2001. **Figura 6.**

En Castilla y León se han notificado 14 casos (tasa 0,56) prácticamente igual que el año anterior. Todos fueron casos aislados. En la **Figura 7** se presenta la distribución provincial.

FIGURA 6

Vigilancia epidemiológica de la Tos ferina
Incidencia anual y número de casos. 1987-2005

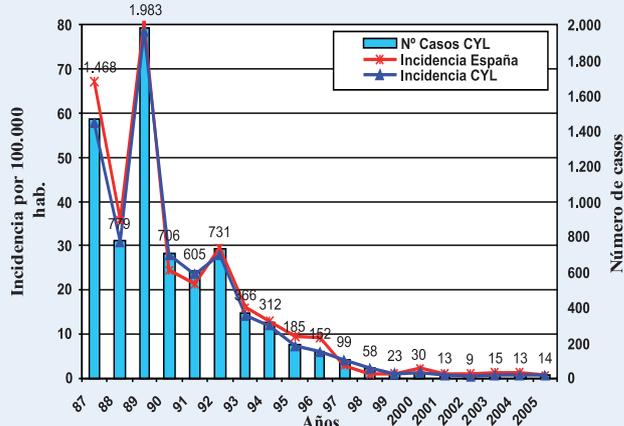
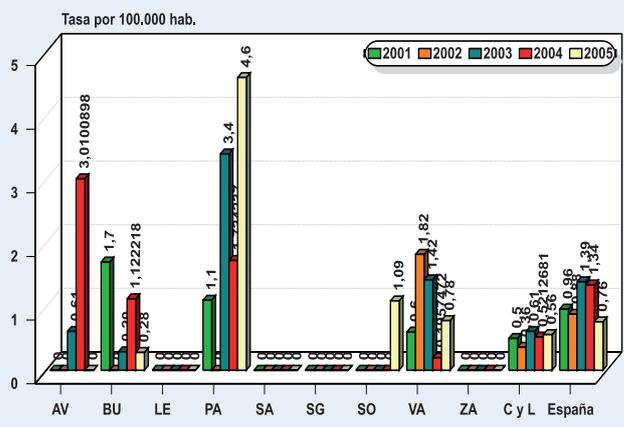


FIGURA 7

Vigilancia epidemiológica de la Tos ferina
Tasa de incidencia



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León

Parotiditis

La parotiditis (paperas) es una enfermedad infecciosa producida por el virus de la parotiditis. Se caracteriza por la aparición de inflamación aguda unilateral o bilateral, dolorosa, de la parótida u otras glándulas salivares.

Suele ser una enfermedad de carácter generalmente leve, pudiendo presentar mayor número de complicaciones si se padece en la edad adulta.

El virus se transmite persona-persona por vía respiratoria a través de gotitas de saliva que se producen al hablar, o por contacto directo con saliva de una persona infectada.

Las personas enferman entre 2-3 semanas después de haberse infectado.

El virus se puede contagiar desde 7 días antes de la aparición de los síntomas y hasta 9 días después. Hay personas infectadas que no presenten síntomas de enfermedad pero sí pueden transmitir el virus.

La inmunidad se adquiere al pasar la enfermedad o mediante la vacunación.

Antes de la introducción de la vacuna, la enfermedad se presentaba de forma estacional clara, con un pico principalmente en invierno-primavera y ciclos epidémicos cada 3-7 años y la tasa de incidencia anual estaba entorno a los 600 casos por 100.000 habitantes (225.000 casos anuales). En la actualidad, gracias a las elevadas coberturas de vacunación se considera una enfermedad en fase de control/eliminación, encontrándonos en una situación de baja incidencia interrumpida por la aparición de brotes aislados de distinta magnitud y desestructuración del patrón estacional.

La vacuna antiparotiditis se introdujo en nuestro país, junto con la vacuna antisarampión y antirubéola (triple vírica), en 1981. Las coberturas vacunales fueron aumentando progresivamente alcanzándose en 1985 coberturas próximas al 80% lo que produjo un descenso brusco en la incidencia de la enfermedad, manteniéndose posteriormente una tendencia descendente. En los últimos años la tasa de incidencia Nacional oscila entre los 5 y los 15 casos por 100.000 habitantes.

La mayor parte de la población tiene inmunidad frente a la parotiditis; los adultos por haberla padecido durante la infancia, los mayores de 15 meses al haber recibido 2 dosis de vacuna triple vírica, sin embargo existe un

pequeño grupo de población no inmune por haber tenido menos oportunidades de enfermar durante la infancia (por disminución de la incidencia) y/o no haber recibido la vacuna por su edad.

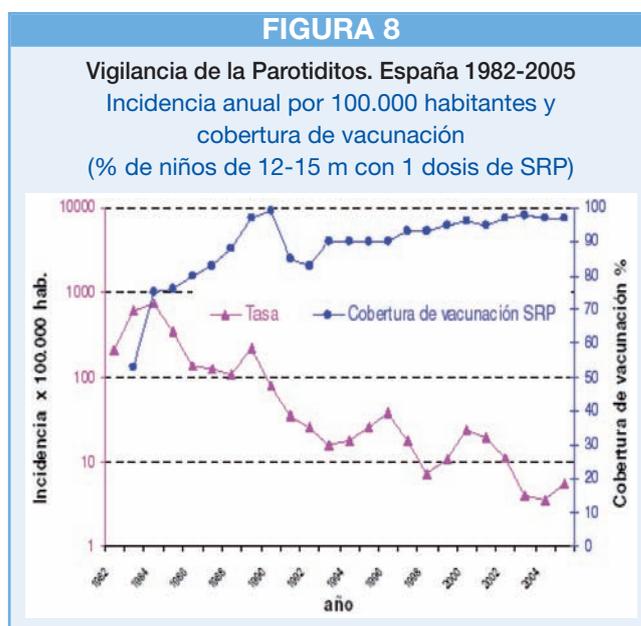
Los brotes se producen por el acúmulo de esta población susceptible, es decir, personas que no han pasado la enfermedad y/o no han sido vacunados (generalmente adultos jóvenes) o aquellos en los que la vacuna no ha sido efectiva (eficacia vacunal de un 80-90%).

Situación en España y Castilla y León

Durante el año 2005 en España se ha notificado un aumento en el número de casos de parotiditis, con brotes en varias CCAA (Almería, Madrid, Pontevedra, Castilla y León) con una elevada proporción de casos en vacunados.

FIGURA 8.

Gracias a las técnicas de amplificación genética (**RT-PCR**) podemos conocer los genotipos circulantes y su evolución. Según los datos procedentes del estudio que realiza en la actualidad el Centro Nacional de Microbiología, parece que se está produciendo un cambio en los genotipos circulantes. Los brotes producidos entre 1996 y 2001 fueron producidos por la co-circulación de los genotipos H1, y D. Durante el periodo 2002-2004 parece producirse una disminución muy importante en el número de casos, hasta que en 2005 se produce el brote de Almería donde se detecta por primera vez un genotipo G1 siendo el genotipo predominante en la actualidad a nivel Nacional.



Se ha barajado la hipótesis de una desigual capacidad de neutralización de los anticuerpos inducidos por vacuna para los diferentes genotipos del virus lo que explicaría el elevado porcentaje de casos vacunados, aunque esta hipótesis no se ha podido demostrar hasta el momento.

Castilla y León

Durante el 2005 la incidencia se ha incrementado respecto al año anterior, obteniéndose una tasa de 5,59 por 100.000 habitantes **Figura 9**.

En la Figura 10 se puede observar un cambio en la distribución por edades de los casos respecto a lo que venía sucediendo en años anteriores, observándose un incremento de casos en la población mayor de 20 años y en especial entre los 20 y los 29 años. Al igual que está sucediendo a nivel Nacional se ha observado un elevado porcentaje de casos vacunados.

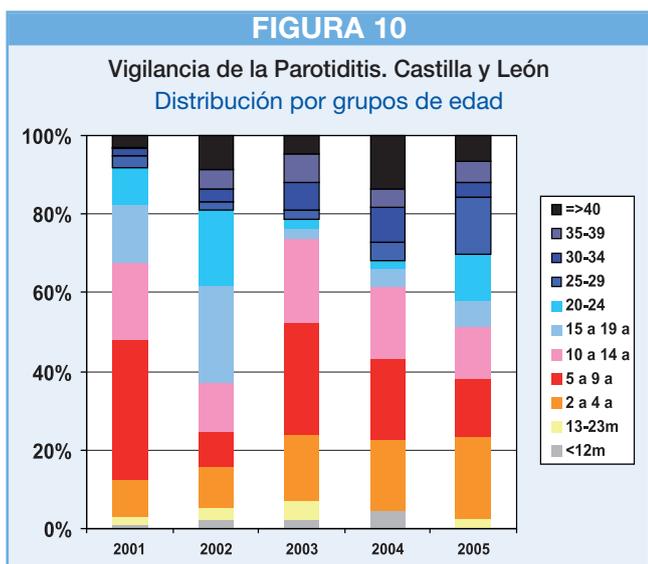
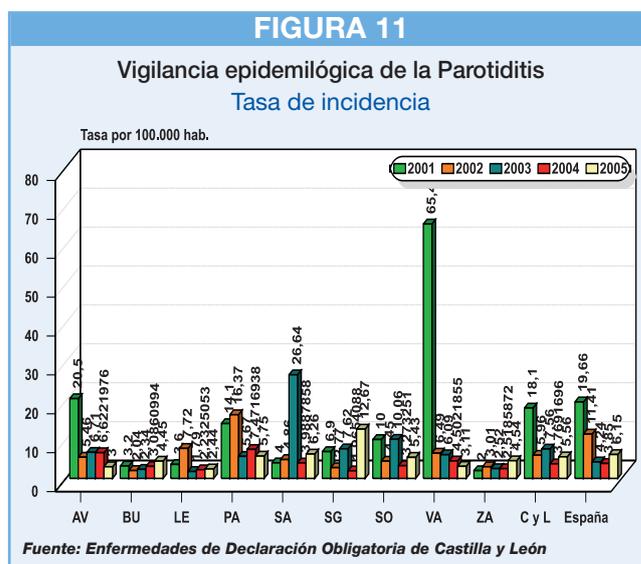
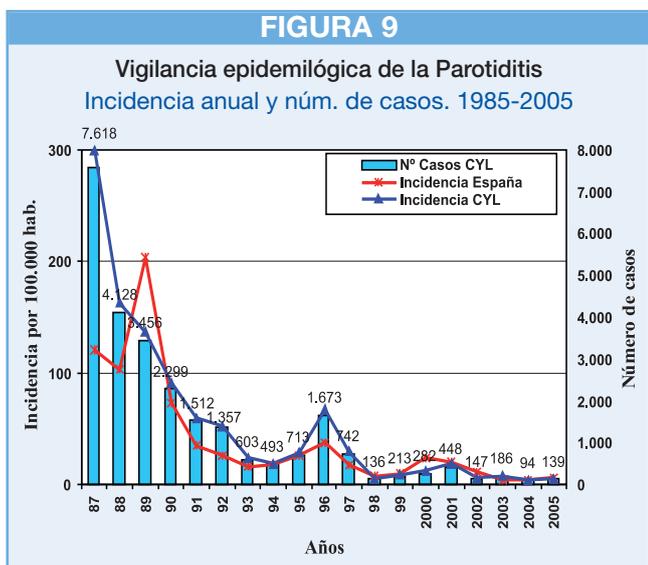
Durante este año se ha notificado 1 brote en la provincia de Segovia.

El brote de Segovia afectó a 39 personas (20 mujeres, 19 varones), en su mayoría adultos jóvenes. En 5 casos se aisló el virus en orina y/o saliva encontrándose virus de la parotiditis genotipo H2.

Entre los casos en los que se realizó diagnóstico diferencial se detectaron 3 casos producidos por citomegalovirus y 1 por virus de herpes simple. Un alto porcentaje de casos habían recibido al menos una dosis de vacuna.

Como enfermedad en fase de control es necesario reforzar la vigilancia epidemiológica intentando obtener confirmación por laboratorio en todos los casos, así como realizar diagnóstico diferencial con otros virus, además se recomienda potenciar la vacunación con triple vírica entre los adultos no vacunados.

En la **Figura 11** se representa la distribución provincial.



Tétanos

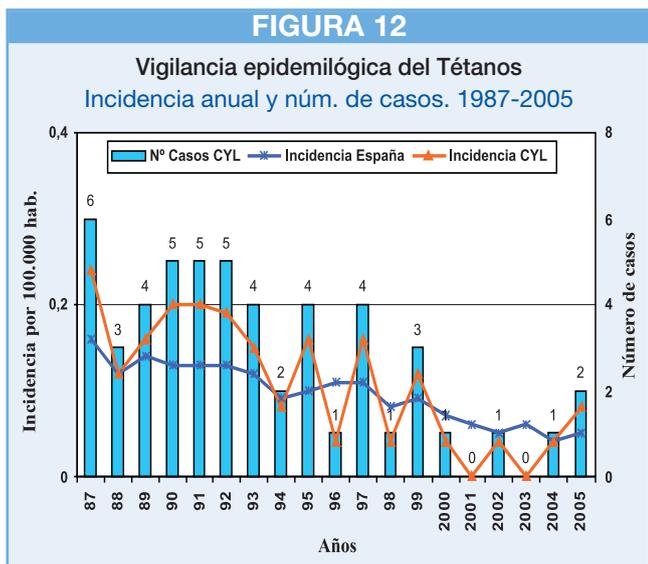
Situación en España

En España la incidencia de tétanos se mantiene estable en los últimos años. Durante el año 2005 se notificaron 18 casos (incidencia acumulada de 0,05 por 100.000 habitantes).

Desde 1997, no se ha notificado ningún caso de tétanos neonatal.

Situación en Castilla y León

Al igual que en el resto de España, en Castilla y León los casos de tétanos se presentan de forma esporádica siendo muy baja su incidencia. En la **Figura 12**.



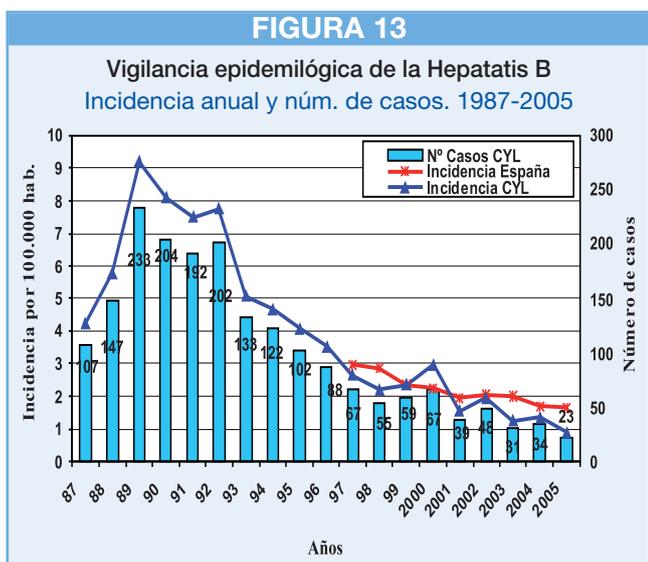
Durante el año 2005 se ha notificado 2 casos uno en la provincia de León y otro en Zamora, de 57 y 71 años respectivamente.

En los últimos 15 años no se ha producido ningún caso de tétanos neonatal.

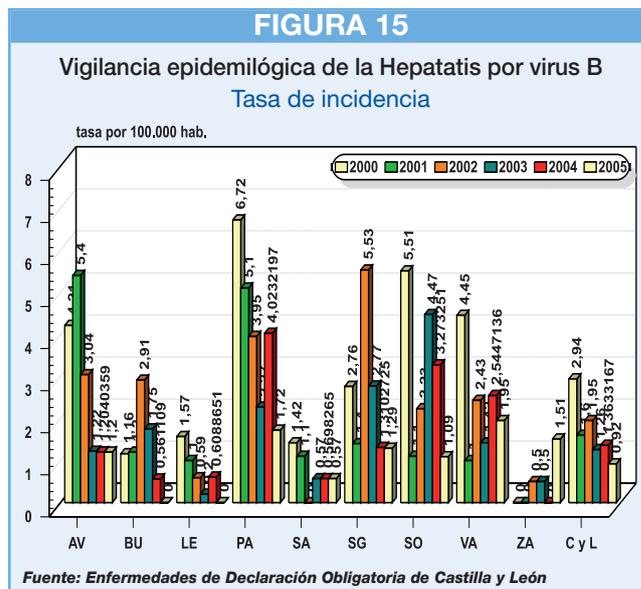
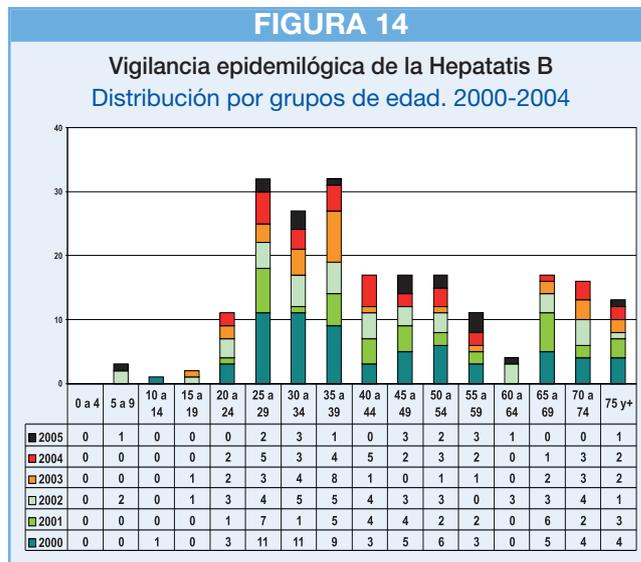
Hepatitis B

La vacuna frente a la hepatitis B, se incluyó en el calendario vacunal en 1993 a los 11 años y desde 1999 en recién nacidos.

En Castilla y León se mantiene una tendencia descendente obteniéndose durante el 2005 la incidencia más baja de la serie. Este año se han notificado 23 casos (tasa de 0,92). **Figura 13**.



En general la mayor parte de los casos se están produciendo en mayores de 25 años, este año los casos se han presentado en 2 picos uno entre los 25 y 35 años y otro entre los 45 y 59 años **Figura 14**. En la **figura 15** se representa la distribución de tasas por provincias.



Sistema de alertas Epidemiológicas de Castilla y León

Alerta Epidemiológica

Fines de semana y festivos **24h**

Fuera del Horario Laboral
(Tardes, noches, fines de semana y festivos)

Horario Laboral
(Lunes a Viernes de 8 a 15 horas)

112 Castilla y León

TELÉFONOS SERVICIOS TERRITORIALES DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL					
Ávila	920355073	Palencia	979715400	Soria	975236600
Burgos	947280100	Salamanca	923296022	Valladolid	983413760
León	987296240	Segovia	921417174	Zamora	980547400

Suscripciones: Envío gratuito, siempre que sea dirigido a profesionales sanitarios. Solicitudes: Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad. Paseo de Zorrilla nº 1. 47071 VALLADOLID.