

EPIDEMIOLOGICO

DE CASTILLA Y LEÓN

VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN

AÑO 2006

*Elaboración: Marta Allúe Tango, María Jesús Rodríguez Recio
Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles
Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación*

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:

El Plan Nacional de Eliminación del Sarampión se puso en marcha en 2001 siguiendo las recomendaciones del Plan Estratégico de la OMS. El objetivo general de la OMS era la eliminación del sarampión autóctono de la Región Europea para el año 2007, sin embargo esta fecha fue aplazada al 2010 debido a la aparición de brotes en distintos países.

Situación en España:

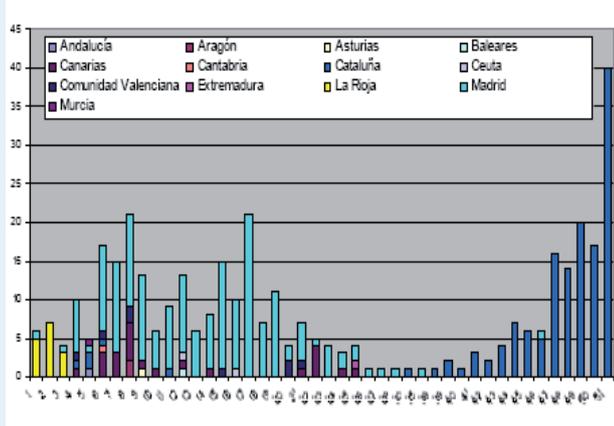
Tras años sin circulación endémica ni grandes brotes durante el 2006 en España se ha producido un importante incremento en la incidencia debido a la aparición de brotes en 7 Comunidades Autónomas: la Rioja, Madrid, Valencia, Canarias y Cataluña. **Gráfico 1 y Tabla 1**

En total se notificaron 545 casos sospechosos de sarampión (Tasa de 0,83 casos por 100.000 habitantes) alcanzándose la tasa mas alta desde el inicio del Plan de eliminación en el año 2001.

El 81 % de los casos con fuente de infección conocida importada lo fueron de países de la Región Europea de la OMS: Rumania, 4

GRÁFICO 1

Casos confirmados y compatibles por Comunidad Autónoma y semana de inicio de síntomas. Año 2006



Fuente: Plan Nacional de Eliminación del Sarampión

TABLA 2

Clasificación de casos e incidencia de sarampión. Año 2006

Año	Total sospechosos	Descartados (%sospechosos)	Confirmados (%sospechosos)	Compatibles (%sospechosos)	Incidencia (Confirmados y compatibles *100.000 hab)	Coberturas vacunales (%)
2001	136	83 (81%)	38 (28%)	17 (13%)	0,13	98,5
2002	212	133 (63%)	64 (30%)	15 (7%)	0,16	97,2
2003	518	283 (51%)	243 (47%)	12 (2%)	0,62	97,7
2004	120	94 (78%)	25 (21%)	1 (1%)	0,08	97,3
2005	100	78 (78%)	20 (20%)	2 (2%)	0,05	98,8
2006	545	168 (31%)	362 (66%)	15 (3%)	0,63	98,9
Cambio 2001-2006		301%	1%	905%	-12%	538%

Fuente: Plan Nacional de Eliminación del Sarampión

TABLA 1

Distribución de los casos de sarampión por Comunidades Autónomas. Año 2006

CCAA	Confirmados		Compatibles	Descartados	Total	Incidencia *100.000	Incidencia de sospechosos*100.000
	Laboratorio	Vínculo					
Andalucía	1			4	5	0,01	0,66
Aragón	2			1	3	0,16	0,24
Asturias	1			1	2	0,09	0,19
Baleares	1			1	1	0,10	0,10
Canarias	22	1		8	31	1,18	1,59
Cantabria	1			1	1	0,18	0,18
Castilla la Mancha				1	1	0,00	0,05
Castilla y León				3	3	0,00	0,12
Cataluña	124	18	2	23	167	2,08	2,41
C. Valenciana	8			6	14	0,17	0,30
Extremadura	1			1	1	0,09	0,09
Galicia				6	6	0,00	0,22
Madrid	155	9	13	89	256	2,96	4,45
Murcia	1			7	8	0,07	0,60
Navarra				0	0	0,00	0,00
País Vasco				6	6	0,00	0,28
La Rioja	15			12	27	5,00	9,00
Ceuta	1	1		1	3	2,80	4,20
Melilla				0	0	0,00	0,00
Total	333	29	15	168	545	0,83	1,25

Fuente: Plan Nacional de Eliminación del Sarampión

de Ucrania, 1 de Italia y 1 de Reino Unido y 6 fueron turistas, 2 españoles que viajaron a Grecia y Suiza así como 4 turistas de Alemania que visitaron España.

De los 545 casos notificados, 168 (31 %) fueron descartados, 333 (61 %) fueron confirmados por laboratorio y 29 (5 %) por vínculo epidemiológico, y 15 casos (3 %) fueron clasificados como compatibles clínicamente (Tabla 2). **Tabla 2.**

El 49,4 % de los casos sospechosos de sarampión fueron mujeres, observándose la misma distribución entre los casos confirmados por laboratorio o vínculo epidemiológico.

Los grupos de edad afectados difieren de acuerdo a las poblaciones susceptibles y lugares de transmisión.

El 41,1 % de los casos confirmados eran menores de 15 meses (edad de la primera dosis de vacuna), siendo el 5,6 % de ellos menores de 9 meses. El 33,6 % de los casos eran mayores de 19 años. El 14% de los casos ocurridos fueron casos evitables (mayores de 16 meses y menores de 20 años), producidos en edades que deberían de estar vacunados y no lo estaban.

Se vuelve a destacar la afectación del personal sanitario y su importante papel en la transmisión y difusión del brote.

Conclusiones y recomendaciones del Plan de Eliminación

Del estudio de los distintos brotes se extraen las siguientes conclusiones y recomendaciones:

1. La aparición de los brotes actuales plantea la necesidad de reforzar las coberturas vacunales en todas las edades, para eliminar las bolsas de susceptibles.
2. Mejora de las coberturas de la población inmigrante.
3. Se reitera de nuevo la necesidad de que toda la población laboral de los centros sanitarios esté correctamente vacunada frente a esta enfermedad. El personal sanitario se ha visto afectado en todos los brotes ocurridos durante el año, actuando como amplificadores de la infección al ser personal en contacto con pacientes de riesgo.

4. La aparición de brotes de gran tamaño en distintos países de la Región Europea de la OMS con importación al nuestro de casos, hace que haya que seguir manteniendo las medidas si cabe más estrictas ante la aparición de un caso sospechoso.

5. Refuerzo de la vigilancia epidemiológica del sarampión:

El objetivo fundamental de la vigilancia epidemiológica en un plan de eliminación es la detección rápida de la circulación del virus en la población lo que implica:

- La notificación URGENTE en las primeras 24 horas de todos los casos sospechosos.
- Investigación y su confirmación mediante pruebas de laboratorio, lo que implica toma de muestras adecuadas para serología (suero) y genotipado (saliva y orina) de todos los casos sospechosos. Así como realización de diagnóstico diferencial con otros exantemas virales como rubéola y parvovirus B.
- Incluir el sarampión en el diagnóstico diferencial de los exantemas febriles en adultos jóvenes y en niños menores de 16 meses.
- La detección urgente de brotes y
- La adopción de las medidas adecuadas de control en cada situación.

Situación en Castilla y León

En Castilla y León durante el 2006 se notificaron 3 casos sospechosos de sarampión un caso en Palencia, Salamanca y Zamora

respectivamente que posteriormente fueron descartados tras realizarles las pruebas de laboratorio. **Gráfico 2.**

Rubéola y Síndrome de la Rubéola Congénita

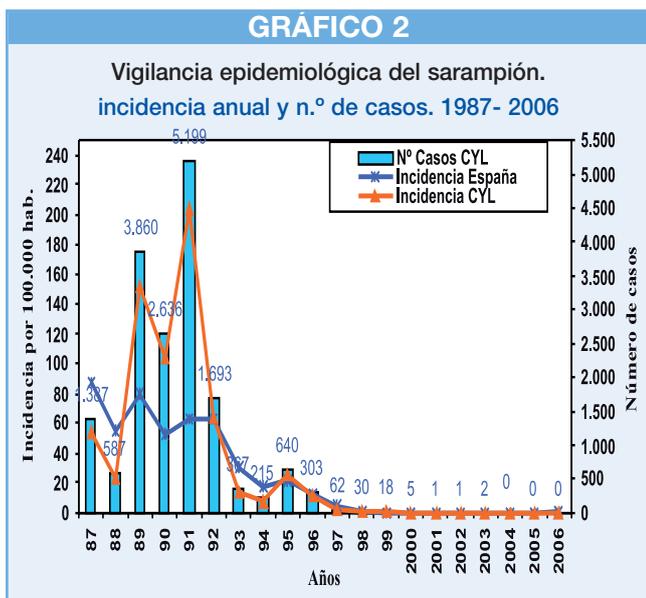
En el año 2003, la OMS incorpora un nuevo objetivo: **el control de la rubéola y prevención del Síndrome de la Rubéola Congénita (SRC)** estableciendo una serie de actividades claves para conseguir el objetivo de control y eliminación de la rubéola y prevención del SRC:

- 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

A partir de 1997 y gracias al incremento de las coberturas de vacunación se observó una drástica disminución en la incidencia de la enfermedad, pasando de 3.828 casos (9,73 casos por 100.000 habitantes) a menos de 1 caso por 100.000 habitantes en los últimos 5 años. La situación epidemiológica actual de nuestro país es de una escasa circulación viral, con algunos brotes de pequeño tamaño en algunas comunidades autónomas, afectando principalmente a los adultos jóvenes y población inmigrante no cubiertos en los programas de vacunación.

El brote más importante registrado en estos últimos 5 años tuvo lugar en la Comunidad de Madrid durante el año 2005, afectando principalmente a mujeres latinoamericanas en edad fértil. La mayor susceptibilidad de esta población puede deberse a la limitada circulación de este virus en los Países latinoamericanos y que no han sido cubiertos por los programas de vacunación. Este brote llevó a la comunidad de Madrid a realizar una cam-

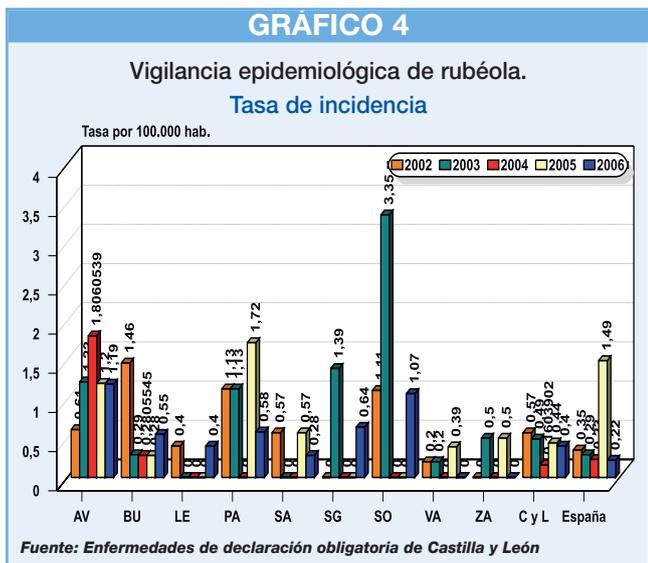
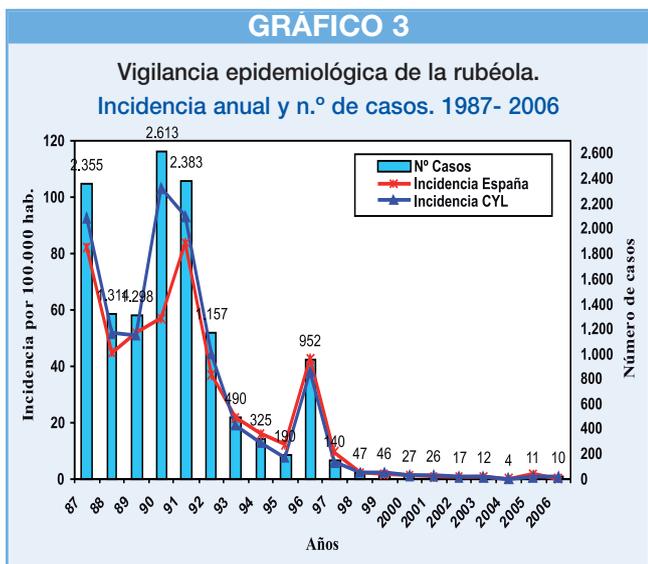


paña extraordinaria de vacunación para la prevención de la Rubéola congénita cuya población diana fueron las mujeres entre 15 y 45 años no vacunadas o con estado vacunal desconocido.

Durante el 2006 la incidencia en España ha disminuido (Tasa de 0,22 por 100.000 habitantes), con 89 casos notificados frente a los 592 del año 2005 (Tasa de 1,49).

Rubéola en Castilla y León

En los últimos años la incidencia se mantiene muy baja en torno a los 10 casos anuales lo que supone una tasa de 0,4 casos por 100.000 habitantes (**Gráfico 3**). La distribución por provincias se presenta en el **gráfico 4**.



Rubéola congénita

Desde la implantación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 1997, se han notificado 6 casos, 4 de ellos en el 2005, durante el 2006 no se ha producido ningún caso.

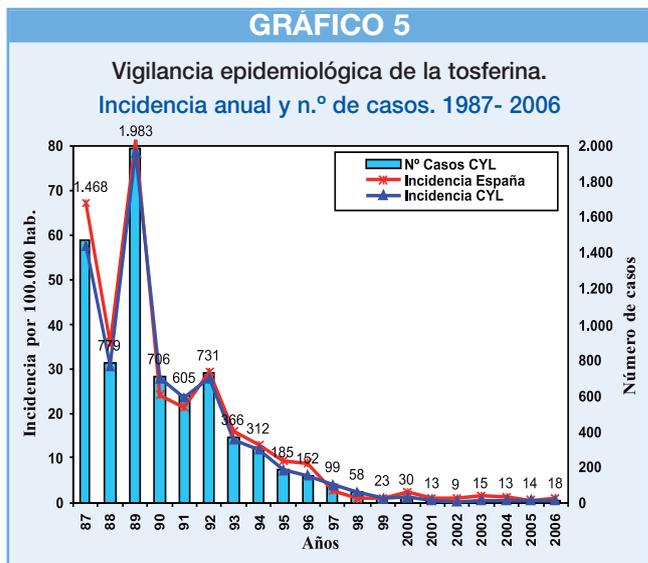
Entre 1980 y 2002 en España se han registrado 20 defunciones por este síndrome, según datos del Instituto Nacional de Estadística.

Tos ferina

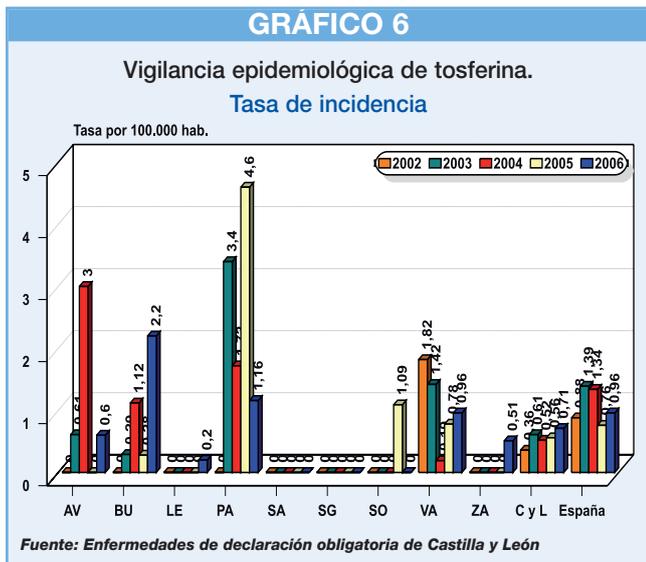
Tras la introducción de la vacuna de células completas junto con el toxoide diftérico y tetánico (DTP) en el calendario de vacunación (año 1965), la incidencia de la enfermedad ha ido disminuyendo hasta que hoy en día se encuentra en los niveles más bajos de su historia.

En España durante el 2006 se han notificado 383 casos que suponen una tasa de incidencia de 0,96 por 100.000 habitantes, lo que supone un incremento respecto al año anterior en el que se notificaron 80 casos menos (**Gráfico 5**).

En Castilla y León la incidencia ha aumentado ligeramente respecto a años anteriores notificándose 18 casos (tasa 0,71). Cuatro casos se clasificaron como casos confirmados tras realizarles pruebas serológicas. Tres de estos pertenecían al mismo núcleo familiar y tenían 37, 13 y 11 años, los niños estaban bien vacunados. Los demás casos fueron casos aislados y se clasificaron como sospecha clínica ya que no se realizaron pruebas confirmatorias de laboratorio.



Las provincias donde se han notificado mas casos han sido Burgos con 8 casos y Valladolid con 5. En el **gráfico 6** se presenta la distribución de tasas por provincia.



Parotiditis

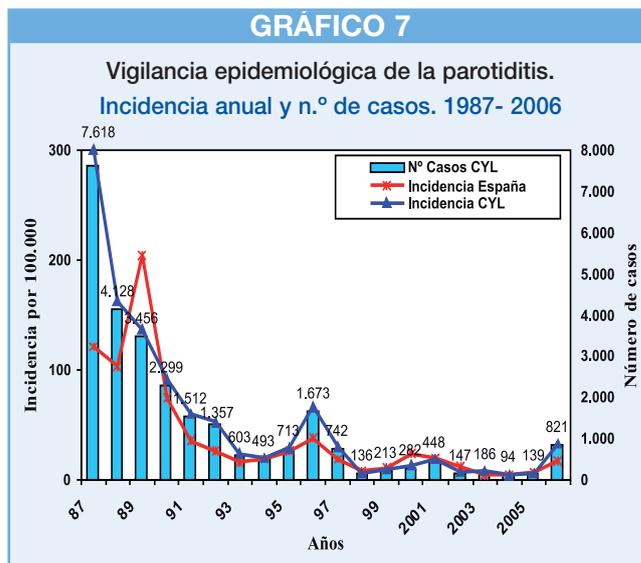
Situación en España

La situación de la parotiditis en España durante el año 2006 se caracteriza por un incremento en el número de casos notificados y la aparición de brotes en distintas comunidades con un elevado número de casos en vacunados.

La misma situación se está produciendo en otros países Europeos y Americanos: En UK 2004-2005 (43.000), Irlanda, Suecia (2004), en USA 2006: Iowa; alerta multiestado (2.500; 11 estados).

Se han producido brotes en Extremadura, Aragón, Valencia, Alicante, La Rioja, Madrid, País Vasco, La Coruña, Navarra, Murcia, Andalucía. Notificándose en total 6.885 casos (tasa de 17,35 por 100.000 habitantes). **Gráfico 7.**

Este incremento se comenzó a observar durante el año 2005 y se debe fundamentalmente a un acúmulo de población susceptible, es decir, personas que no han pasado la enfermedad y/o no han sido vacunados, generalmente adultos jóvenes, y aquellos vacunados pero en los que la vacuna no fue efectiva. La eficacia de la vacuna Triple vírica en su componente de parotiditis no es total.



Además hay un número de personas que recibieron alguna dosis de vacuna TRIVIRATEN®, esta vacuna triple vírica estaba fabricada con la cepa Rubini, que se demostró menos inmunógena que la empleada actualmente (cepa Jeryl-Lynn).

La vacuna TRIVIRATEN® del Laboratorio Berna fabricada con cepa Rubini se comenzó a utilizar, de forma desigual en el territorio nacional, en 1993. Esta vacuna tenía la ventaja de que en su fabricación no se utilizaba huevo, siendo útil en niños alérgicos a este compuesto. Sin embargo posteriormente se constató su menor eficacia en la protección frente a la parotiditis y fue sustituida, en marzo de 1999, por una vacuna fabricada con otro tipo de cepa, la Jerry Lynn mas inmunógena. Esta vacuna es la que se utiliza en la actualidad.

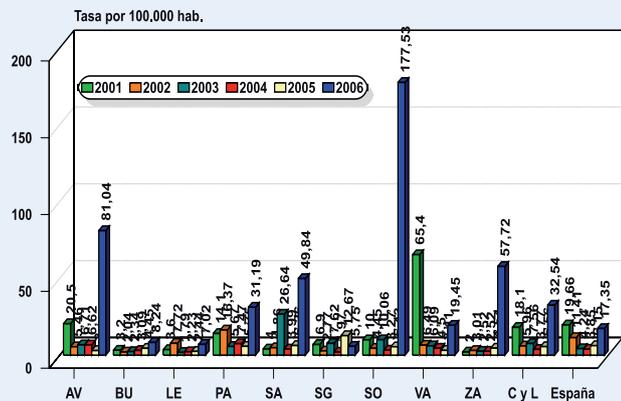
En Castilla y León, la vacuna TRIVIRATEN® se utilizó menos que en otras comunidades autónomas distribuyéndose de enero a diciembre de 1996 y entre septiembre de 1998 y marzo de 1999.

Situación en Castilla y León

Al igual que está sucediendo en otras Comunidades la situación de la parotiditis en Castilla y León durante el año 2006, se caracteriza por un importante incremento en la incidencia respecto a los últimos años, debido a la aparición de brotes en prácticamente todas las provincias **Gráfico 8.** Los últimos picos en la incidencia registrados en Castilla y León se produjeron durante los años 1996

GRÁFICO 8

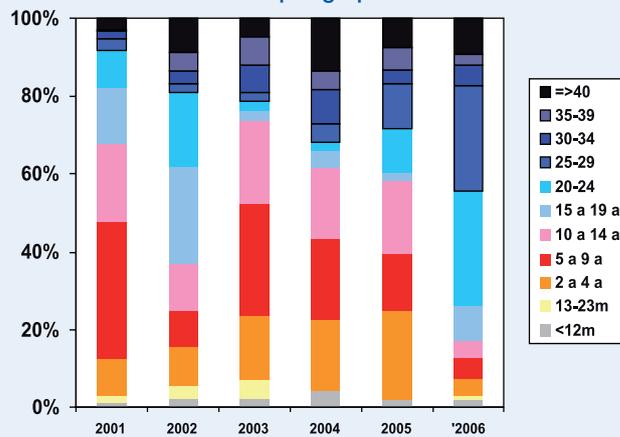
Vigilancia epidemiológica de parotiditis.
Tasa de incidencia



Fuente: Enfermedades de declaración obligatoria de Castilla y León

GRÁFICO 10

Vigilancia de la parotiditis en Castilla y León.
Distribución por grupos de edad



y 2001 con 1.673 y 448 casos notificados respectivamente.

Durante el 2006 se han notificado en Castilla y León un total de **821** casos (Tasa de incidencia 32,54 por 100.000 habitantes).

En el **gráfico 9** se presenta el canal epidémico observándose un exceso de casos que se inicia en el mes de marzo con un pico máximo en abril y otro que comienza a finales de Julio alcanzando su pico máximo a finales septiembre.

La población mas afectada está entre los 15 y los 29 años. **Gráfico 10.**

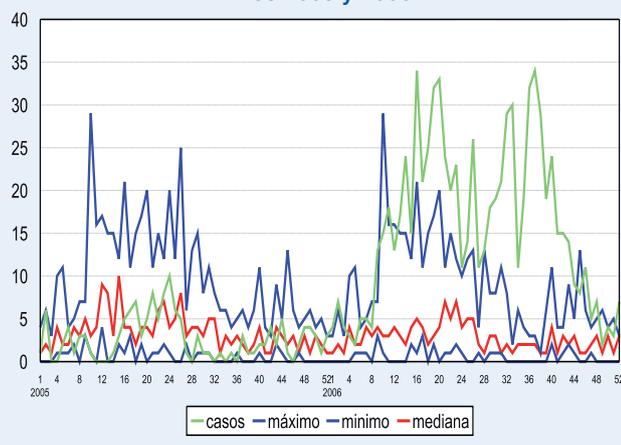
Recomendaciones de Salud Pública para el control de la enfermedad:

- Notificación urgente de todos los casos sospechosos.

- Diagnóstico de los casos sospechosos: se intentará obtener muestras de suero, orina y saliva, de todos los casos aislados y de alguno en los brotes, para confirmar la sospecha y caracterizar el virus circulante.
- Búsqueda activa de nuevos casos no notificados en el entorno en el que surge el caso.
- Actuación entre los contactos del caso (familiares, laborales, escolares, ocio etc) para garantizar el correcto estado inmunitario y recomendar la vacunación en los casos necesarios (sin que haya una edad para establecer límite a la vacunación).
- Recomendación de aislamiento respiratorio del enfermo (en domicilio; no acudir a clase, trabajo, etc). No derivar al hospital excepto dudas diagnósticas y/o complicaciones.

GRÁFICO 9

Canal epidémico. Parotiditis Castilla y León.
Años 2005 y 2006



Tétanos

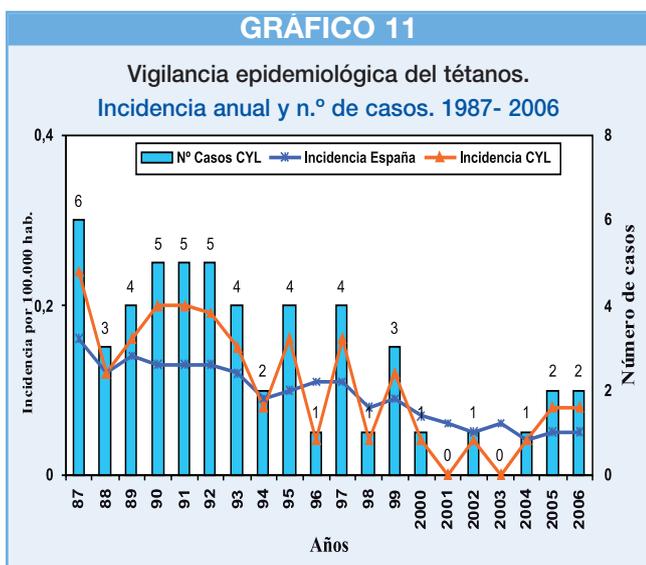
Situación en España

En España la incidencia de tétanos se mantiene estable en los últimos años. Durante el año 2006 se notificaron 21 casos (Tasa de incidencia 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 presentan una muy baja incidencia. **Grafico 11.**



Durante el año 2006 se ha notificado 2 casos uno en la provincia de León y otro en Burgos, de 51 y 70 años respectivamente. La mujer de 70 años no vacunada falleció.

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

Hepatitis B

Desde el pico de incidencia observado a principios de los años 1990 la tendencia de esta enfermedad ha sido claramente descendente con un ligero incremento en el año 2000 y el último durante el 2006, siem-

pre teniendo en cuenta que en el año anterior se obtuvo la incidencia mas baja de la serie.

A nivel Nacional, se observa un incremento respecto a años anteriores.

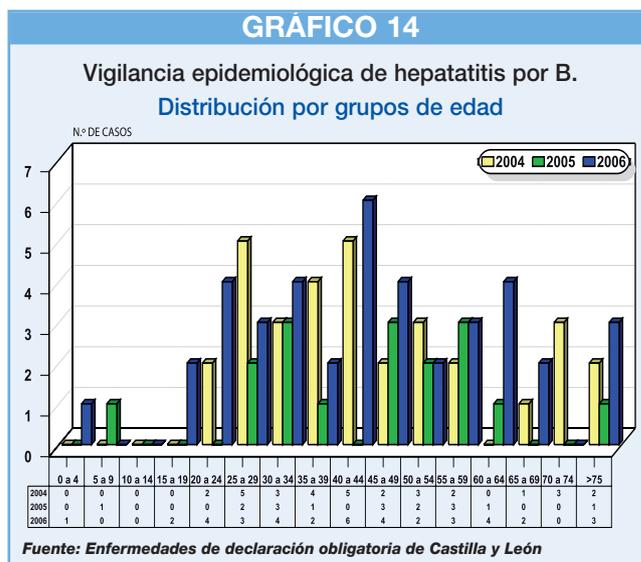
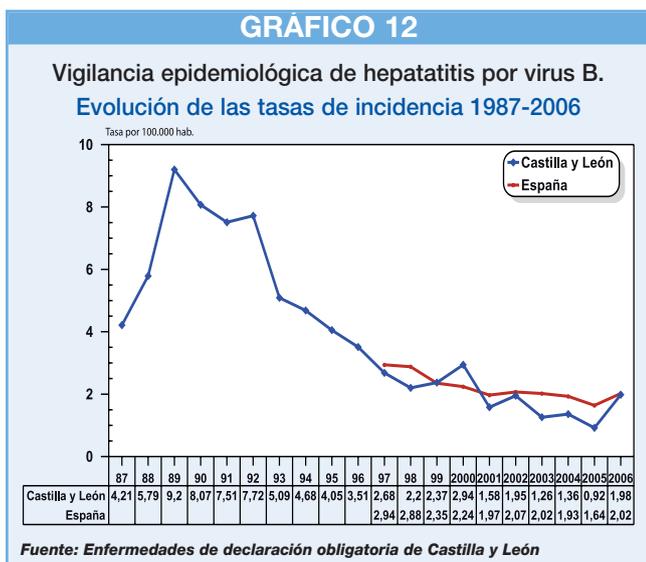
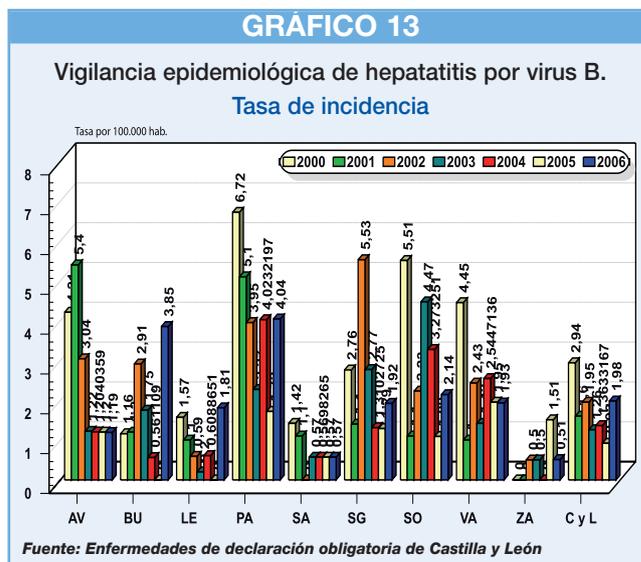
La vacuna frente a la hepatitis B, se incluyó en el calendario vacunal en 1993 a los 11 años y desde 1999 en recién nacidos.

Durante el 2006 se han notificado 50 casos de hepatitis B lo que supone una tasa de incidencia de 1,98 casos por 100.000 habitantes.

Grafico 12.

En general la mayor parte de los casos se están produciendo en mayores de 25 años, con un pico entre los 30 y los 50 años. **Gráfico 13.**

En la **Gráfico 14** se representa la distribución de tasas por provincia.





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