

Boletín epidemiológico semanal de Extremadura.

Año 2016. Semana 48.

Edita: Dirección General de Salud Pública.
Servicio Extremeño de Salud.
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.
Junta de Extremadura.

Elabora. Subdirección de Epidemiología.

Depósito legal: BA-000615-2016.

Contenido:

- Rubéola en Extremadura.
- Situación de las EDO en la semana del informe, en Extremadura y por Áreas de Salud.

Rubéola en Extremadura:

Introducción.

La rubéola es un importante problema de salud pública debido a la capacidad de la infección congénita de producir efectos teratogénicos, que incluyen desde el aborto espontáneo o la muerte fetal, al síndrome de rubéola congénita (SRC) en el recién nacido.

La rubéola es una enfermedad viral exantemática de carácter leve en general, que afecta a niños y

adultos jóvenes. La importancia de la rubéola para la salud pública radica en la capacidad del virus para producir efectos teratogénicos. La infección de una mujer embarazada durante los primeros meses de la gestación, puede dar lugar a aborto espontáneo, muerte fetal o malformaciones congénitas como el síndrome de rubéola congénita (SRC) en el recién nacido.

Características clínicas y epidemiológicas de la rubéola.

El virus de la rubéola es un virus RNA de la familia Togaviridae. El reservorio es el hombre y el modo de transmisión es el contacto directo con una persona infectada a partir de gotitas respiratorias o el contacto directo con las secreciones respiratorias de personas infectadas.

La clínica de la rubéola en niños y adultos es habitualmente benigna. Tras un período de incubación medio de 14 días con un rango de 12 - 23 días, aparece un exantema maculopapular en cara y cuello que se extiende al resto del cuerpo durante 1-3 días. Previamente, aparecen linfadenopatías retroauriculares y occipitales, febrícula o fiebre menor de 39º C, malestar general y conjuntivitis leve.

El riesgo y severidad de la infección congénita por rubéola depende del momento en que se infecte la embarazada. Así, el 90% de los fetos de mujeres que adquieren la infección durante las

primeras 11 semanas de gestación, se infectan y un alto porcentaje de ellos (65-85%) desarrollan el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC). Este síndrome incluye defectos oculares, sordera neurosensorial, defectos cardiacos, anomalías neurológicas (retraso mental) y retraso del crecimiento. El riesgo de SRC disminuye hasta el 10-20% si la infección ocurre entre las semanas 13 y 16 de gestación, mientras que es muy raro que aparezcan defectos congénitos si la embarazada se infecta a partir de la 20 semana de gestación. La mayoría de los recién nacidos afectados presenta serología con IgM positiva frente a rubéola durante los primeros 6 meses y el 60% permanece con serología IgM positiva durante los 6 meses siguientes.

La susceptibilidad es general a partir de la pérdida de anticuerpos maternos entre los 6 y 9 meses de edad.

Vacuna frente a rubéola.

La vacuna de la rubéola es una vacuna de virus vivos atenuados. En el 95% o más de los vacunados se produce seroconversión entre 21-28 días tras la vacunación. Probablemente, con una sola dosis de vacuna se produce inmunidad para toda la vida en el 90% de los vacunados. La IgM se puede detectar en sangre, dependiendo de la técnica que se utilice, hasta pasados 6 meses tras la vacunación.

La rubéola, enfermedad candidata a ser eliminada.

La rubéola, al igual que el sarampión, reúne los requisitos necesarios para ser consideradas enfermedades susceptibles de ser eliminadas: su único reservorio es el hombre y su modo de transmisión interhumana, el virus apenas sobrevive en el medioambiente, se dispone de una vacuna efectiva y barata para la que se ha comprobado inmunidad duradera y existen técnicas diagnósticas sensibles y específicas para

No se han identificado casos de Síndrome de Rubéola Congénita tras la vacunación antes del embarazo o en la fase temprana del mismo. Sin embargo, se debe esperar un mes tras la vacunación frente a la rubéola antes de planificar un embarazo. En caso de administración accidental de la vacuna a una mujer embarazada, no está indicado el aborto terapéutico.

confirmar la infección. La eliminación de la rubéola es teóricamente más fácil de alcanzar que la eliminación del sarampión, dado que la rubéola es menos contagiosa por lo que el nivel de inmunidad poblacional necesario para interrumpir la transmisión (inmunidad de grupo) es menor que el necesario para eliminar el sarampión; la inmunidad poblacional necesaria para su eliminación es de 83%-85%.

Plan de eliminación de la rubéola.

En 2003, dado que la mayoría de los países de la Región tenían incluida la vacuna de rubéola en sus programas de vacunación, y desde una perspectiva integral de maximizar la eficiencia de estos programas, la Región Europea de la OMS acordó un nuevo Plan estratégico integrado para eliminar el sarampión y prevenir la infección congénita por rubéola (IRCEn 2005 la Región Europea de la OMS se planteó el objetivo de eliminar la Rubéola endémica en la Región, que se contempla en el nuevo Plan estratégico 2005-20104.

Las claves estratégicas de la OMS para alcanzar la eliminación de la rubéola son las siguientes:

1. Alcanzar y mantener altas coberturas de vacunación en la población:

- Alcanzar y mantener altas coberturas de vacunación infantil ($\geq 95\%$ al menos con una de rubéola) y realizar actividades suplementarias de vacunación dirigidas a poblaciones potencialmente susceptibles.

- Garantizar la protección de las mujeres en edad fértil, con el objeto de que entre éstas haya una proporción de susceptibles inferior al 5%.

2. Reforzar la vigilancia epidemiológica.

- En la fase de eliminación debe asegurarse una vigilancia de calidad con una sensibilidad y especificidad adecuadas. El sistema de vigilancia debe ser capaz de: detectar casos esporádicos y agregaciones de casos; investigar en el laboratorio al menos el 80% de los casos sospechosos; poder confirmarlos y poder caracterizar los virus circulantes; realizar una rigurosa investigación epidemiológica de los casos confirmados y aplicar oportunamente las medidas de control adecuadas.

En base a lo anterior, independientemente de que pueda representar una urgencia clínica para el paciente, la simple sospecha de estar ante un caso de rubéola, es un evento de declaración individualizada y urgente, a efecto de su inmediata investigación y adopción de medidas de control.

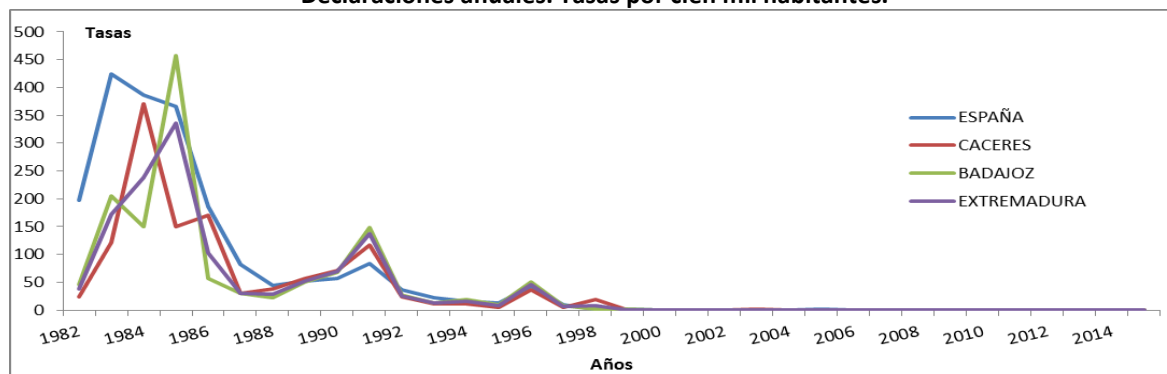
Todo posible caso de rubéola ha de ser notificado a la Dirección de Salud de Área por la vía más rápida (teléfono, fax o a través del 112) dentro de las 24 horas siguientes a su detección, por el profesional que lo conozca. Si la notificación se hiciera fuera del horario laboral habitual se realizará a través del teléfono único de urgencias y emergencias de Extremadura 112.

Evolución de la rubéola en Extremadura.

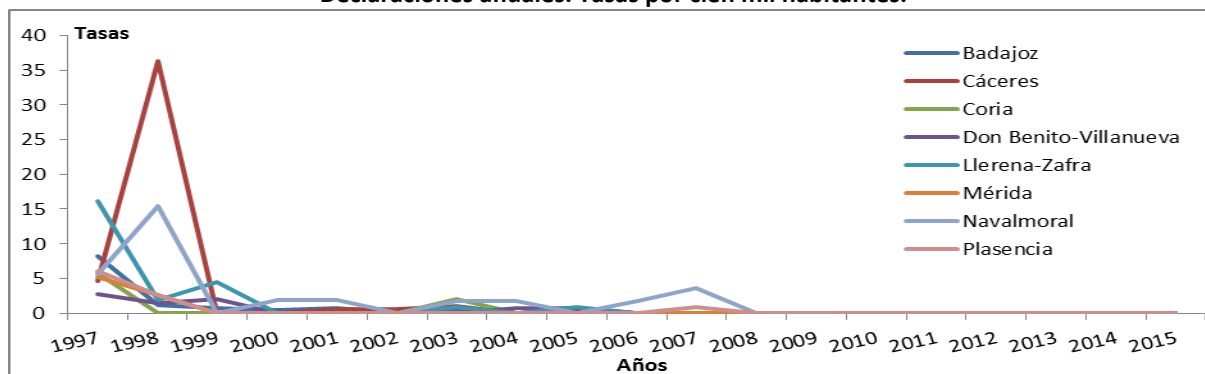
La vigilancia epidemiológica de la rubéola comenzó en España en 1982, con el objetivo inicial de evaluar la eficacia de los programas de vacunación, tras la puesta en marcha del primer calendario de vacunaciones infantiles en 1981. Desde entonces, como en el resto del Estado, en Extremadura la incidencia de la rubéola ha mostrado un descenso continuo, con altibajos, hasta principios de siglo, cuando se aprecia una ruptura en la cadena de transmisión, de manera que se ha pasado de tasas cercanas a 300 casos por cien mil habitantes en 1985, a no tener ningún caso declarado desde 2008, por lo que el descenso global puede considerarse del 100 % en estos 30 años.

Esta dismunción ha sido continua en todas las áreas de salud, especialmente tras el brote acaecido en 1998 en un centro formativo con internado del área de Cáceres (69 casos) y que afectó al área de Navalmoral de la Mata (8 casos); y se debe sin duda a las elevadas coberturas de vacunación con vacuna "triple vírica") que se consiguen en Extremadura, especialmente en primera dosis, si bien algunos años no se ha conseguido el 95 % exigido por la OMS como requisito para la eliminación oficial de la rubéola. Además, estas coberturas bajan algo en la dosis de recuerdo.

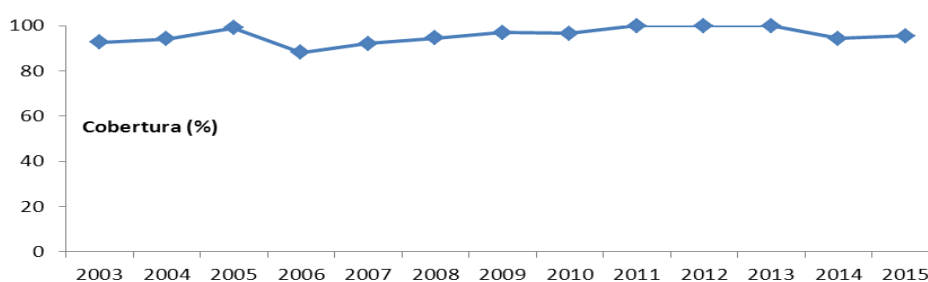
Rubéola en España, Extremadura y su provincias de 1982 a 2015.
Declaraciones anuales. Tasas por cien mil habitantes.



Rubéola en las Áreas de Salud de Extremadura de 1997 a 2015.
Declaraciones anuales. Tasas por cien mil habitantes.



Primo-vacunación frente a rubéola en Extremadura (vacuna tripe vírica) de 2003 a 2015.
Cobertura (porcentaje de niños de 15 meses con una dosis de triple vírica).



Sistema EDO. Situación en la semana 48 de 2016.

Se presentan los datos de las EDO de las que se ha notificado algún caso a lo largo del año en curso o del anterior, a efectos de comparación de ambos años; no se incluyen las EDO de las que no se han notificado casos en ambos años, ni las de

especial vigilancia, gripe e infección VIH-Sida que tiene su gestión de datos e informe específicos. Del resto de EDO que no aparecen reflejadas no se ha notificado ningún caso.

Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, en Extremadura.						
Enfermedad	Casos declarados en la semana		Casos acumulados hasta la semana		Índice epidémico	
	2015	2016	2015	2016	Semanal	Acumulado
EDO de alta incidencia (más de 10 casos/año en el último año natural)						
Varicela	33	16	2012	632	0,41	0,30
Campilobacteriosis	2	6	264	289	3,00	1,09
Salmonelosis (excluye F. Tif. y Paratifoidea)	4	4	249	348	1,00	1,40
Chlamydia trachomatis	14	1	59	75	0,0	1,27
Sífilis (excluye sífilis congénita)	0	0	54	52	0,0	0,96
Tuberculosis (de cualquier localización)	0	0	48	74	0,0	1,19
Tos ferina	0	0	46	34	nc	6,80
Giardiasis	0	1	0	38	0,33	0,95
Infección Gonocócica	0	0	19	43	nc	2,26
Herpes zoster	0	20	36	224	2,00	1,26
Parotiditis	1	2	16	60	nc	1,71
Enfermedad Neumocócica Invasora	1	1	15	42	1,00	2,80
Hepatitis C	0	0	15	29	nc	2,42
Criptosporidiosis	0	5	11	7	nc	0,64
Hepatitis A	0	1	13	24	nc	1,50
EDO de incidencia media (entre 6 y 10 casos/año en el último año natural)						
Legionelosis	1	0	10	21	0,0	1,75
Yersiniosis	0	1	9	15	nc	1,67
Listeriosis	1	0	9	7	0,0	0,78
Hidatidosis	0	0	6	8	nc	1,60
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	6	2	nc	0,33
EDO de incidencia baja (entre 1 y 5 casos/año en el último año natural)						
Infección por E. Coli.	0	0	0	2	nc	nc
Leptospirosis	0	0	0	1	0	2,00
Shigelosis	1	0	1	1	0,0	1,00
Brucelosis	0	0	1	2	nc	0,29
Enfermedad Meningocócica	0	0	1	4	nc	1,00
Enfermedad por virus Chikungunya	0	0	0	4	nc	4,00
Fiebre Q	0	0	2	3	nc	1,50
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	1	1	nc	nc
Paludismo	0	0	2	5	nc	1,25
Carbunco	0	0	3	2	nc	nc
Enf. invasora por Haemophilus influenzae	0	0	3	3	nc	1,00
Hepatitis B	0	1	5	15	nc	1,36
Leishmaniasis	0	0	1	2	nc	0,67

Notas: - Casos notificados en la semana NO corregidos por retraso de notificación.

- El índice epidémico se calcula sobre la mediana de casos, del periodo, de los cinco años anteriores; en las enfermedades sin datos históricos, se ha calculado directamente sobre los datos del año anterior. Valores superiores a 1 indican incidencia superior a la esperada, y viceversa.

- nc: índice epidémico no calculable por ser el denominador "cero".

Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud (I).									
Casos notificados en la semana del informe.									
(No corregidos por retraso de notificación).									
Enfermedad	BA	CC	CO	DB	LL	ME	NA	PL	Total C.A.
EDO de alta incidencia (más de 10 casos/año en el último año natural)									
Varicela	1	1	0	0	1	3	0	10	16
Campilobacteriosis	0	1	2	0	1	2	0	0	6
Salmonelosis (excluye F. tifoidea paratifoidea)	2	0	0	0	0	1	0	1	4
Chlamydia trachomatis	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Sífilis (excluye sífilis congénita)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis (de cualquier localización)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Giardiasis	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Infección Gonocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herpes zoster	0	4	1	0	0	0	0	1	20
Parotiditis	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Enfermedad Neumocócica Invasora	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Hepatitis C	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Criptosporidiosis	5	0	0	0	0	0	0	0	5
Hepatitis A	0	0	0	0	0	0	0	1	1
EDO de incidencia media (entre 6 y 10 casos/año en el último año natural)									
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yersiniosis	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Listeriosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hidatidosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EDO de incidencia baja (entre 1 y 5 casos/año en el último año natural)									
Infección por E. Coli.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leptospirosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Shigelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Meningocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad por virus Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf. invasora por Haemophilus influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Listado de números de teléfonos y de fax de contacto, de las Direcciones de Salud de Área del SES:

Área	Badajoz	Cáceres	Coria	Don Benito	Mérida	Llerena	Navalmoral	Plasencia
Teléfono	924 215 250	927 004 203	927 149 227	924 382 850	924 382 435	924 029 292	927 538 252	927 428 368
Fax	924 215 218	927 004 292	927 149 221	924 802917	924 382 453	924 029 196	927 538 259	927 428 418

**Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud (II).
Casos ACUMULADOS, notificados en lo que va de año, hasta la semana del informe
(Corregidos por retraso de notificación).**

Enfermedad	BA	CC	CO	DB	LL	ME	NA	PL	Total C.A.
EDO de alta incidencia (más de 10 casos/año en el último año natural).									
Varicela	50	53	57	19	20	352	5	76	632
Campilobacteriosis	87	42	4	2	50	79	1	24	289
Salmonelosis (excluye F. tifoidea paratifoidea)	68	34	16	39	34	68	6	83	348
Chlamydia trachomatis	61	7	1	4	1	0	0	1	75
Sífilis (excluye sífilis congénita)	15	12	0	8	3	13	1	0	52
Tuberculosis (de cualquier localización)	25	14	2	5	4	10	2	12	74
Tos ferina	11	7	0	4	3	9	0	0	34
Giardiasis	9	2	2	7	8	6	0	4	38
Infección Gonocócica	11	18	1	0	2	9	1	1	43
Herpes zoster	24	110	9	13	8	28	13	19	224
Parotiditis	11	21	1	0	2	19	2	4	60
Enfermedad Neumocócica Invasora	16	2	0	2	1	4	1	16	42
Hepatitis C	6	9	0	4	6	2	0	2	29
Criptosporidiosis	0	1	0	0	1	0	0	5	7
Hepatitis A	7	0	0	0	2	11	2	2	24
EDO de incidencia media (entre 6 y 10 casos/año en el último año natural)									
Legionelosis	5	13	0	0	0	1	1	1	21
Yersiniosis	0	7	1	2	0	5	0	0	15
Listeriosis	2	3	0	0	0	0	0	2	7
Hidatidosis	0	5	1	1	0	1	0	0	8
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	1	0	0	0	0	0	1	2
EDO de incidencia baja (entre 1 y 5 casos/año en el último año natural)									
Infección por E. Coli.	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Leptospirosis	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Shigelosis	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Brucelosis	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Enfermedad Meningocócica	1	0	0	0	0	1	0	2	4
Enfermedad por virus Chikungunya	1	1	0	2	0	0	0	0	4
Fiebre Q	1	0	1	0	1	0	0	0	3
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Paludismo	2	1	0	0	0	0	0	2	5
Carbunco	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Enf. invasora por Haemophilus influenzae	0	0	0	0	0	3	0	0	3
Hepatitis B	2	5	1	4	0	2	1	0	15
Leishmaniasis	0	1	0	0	1	0	0	0	2

Boletín Epidemiológico Semanal de Extremadura.

Depósito legal: BA-000615-2016.

Equipo de redacción: Julián-Mauro Ramos Aceitero, Amelia Fuentes Sánchez, Carmen Serrano Martín, Carmen Rojas Fernández, Beatriz Caleyá Olivas. Apoyo administrativo: Estíbaliz Piñero Bautista. Apoyo informático: Cecilia Gordillo Romero.

Servicio Extremeño de Salud. Dirección General de Salud Pública. Subdirección de Epidemiología.

Avda. de las Américas, nº 2 – 06800 – Mérida (Badajoz).

Tel.: 924 38 21 73. Fax: 924 38 25 09. Correo-e: vigilancia.epidemiologica@salud-juntaex.es

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales