

Consejería de Sanidad y Dependencia

Edita: Dirección General de Salud Pública

Semanas 43-52. Año 2010.

Ejemplar gratuito

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA TEMPORADA EPIDÉMICA 2009/2010

AUTORES: Álvarez Díaz, M^ª del Mar, Serrano Martín, M^ª Del Carmen, Pozzati Piñol, Manuel.
Subdirección de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud.

1. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Meningocócica engloba un conjunto de cuadros clínicos que están producidos por la bacteria *Neisseria Meningitidis*, de los cuales el más característico es la Meningitis, pero que incluye a septicemia, shock endotoxínico, artritis, endocarditis, rinofaringitis, otitis, conjuntivitis,...etc. siendo las formas subclínicas las más comunes.

Es una enfermedad transmisible cuyo único reservorio y fuente de infección es el hombre, y su mecanismo de transmisión habitual es por contacto directo.

En la actual **definición de caso**, aplicable desde Enero de 2001 en nuestra Comunidad, y en el ámbito nacional se entiende como caso sospechoso de Enfermedad Meningocócica aquel que se presenta como meningitis y/o meningococemia que puede progresar rápidamente a púrpura fulminante, shock y muerte. La meningitis meningocócica suele tener comienzo brusco con fiebre, cefalea intensa, náuseas, vómitos, rigidez de nuca y eventualmente petequias.

1.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATO-

Aislamiento de *Neisseria Meningitidis* en sitios normalmente estériles (sangre, LCR...) o aspirado de petequias.

Presencia de ADN de meningococo en sitios normalmente estériles o aspirados de petequias.

Presencia de antígeno de meningococo en sangre, LCR u orina.

1.2 CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso/Probable: Compatible con la definición clínica de caso y presencia de alguna prueba analítica de

presunción (presencia de diplococos gram-negativos intracelulares en LCR u otras pruebas bioquímicas).

Confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y al menos una de las pruebas del apartado que incluye los criterios de diagnóstico de laboratorio.

2. MATERIAL Y MÉTODO

La información se ha obtenido del Sistema de Declaración Obligatoria, así como del sistema de información especial de la enfermedad meningocócica. Los datos de población son los correspondientes al censo del 2001.

Presentamos la serie histórica según el modelo multiplicativo desde el año 1964 hasta el año 2010 ambos inclusive, definiendo sus 4 componentes: tendencia, componente cíclico, componente estacional y componente irregular.

Los datos que se presentan corresponden a la temporada epidémica 2009/2010, que comprende desde la semana 40 de año 2009 hasta la semana 41 del año 2010.

Para el análisis de la situación de la temporada 2009-2010, se han calculado tasas de incidencia acumulada por cien mil habitantes, presentando además el canal epidémico acumulado para la temporada 2009-2010, y la comparativa histórica de la temporada 2009-2010.

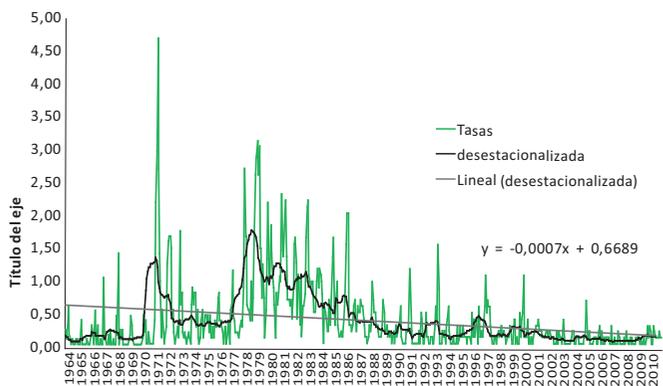
Para el análisis de variables de persona y forma clínica, así como de serogrupo C y B utilizamos porcentajes, y tasas de incidencia acumuladas por grupos de edad.

3.RESULTADOS

3.1 SERIE HISTÓRICA

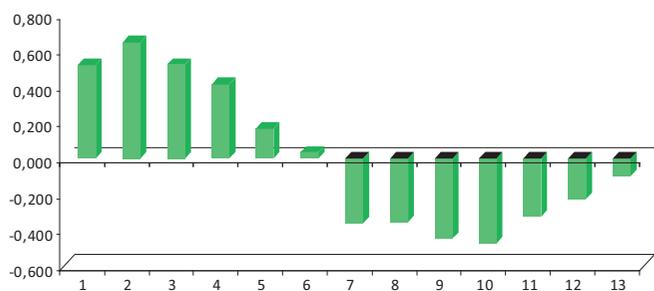
3.1.1 Tendencia: Existe una clara tendencia descendente a lo largo de los años de estudio, figura 1.

Figura 1. Enfermedades meningocócicas. Serie histórica. Serie desestacionalizada y su línea de tendencia.



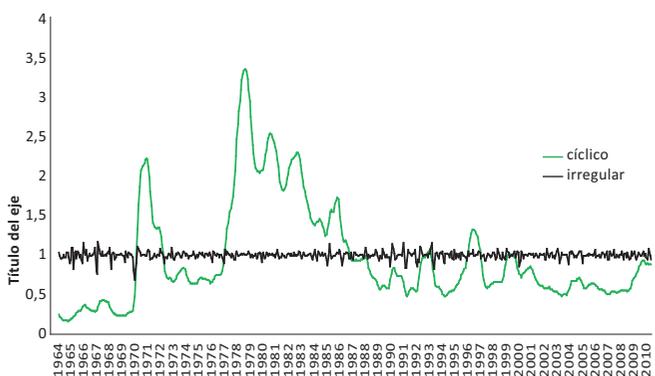
3.1.2. Coeficiente estacional fijo: Existe componente estacional fijo muy marcado siendo la enfermedad más incidente en las primeras 4 cuatrisesmanas del año coincidiendo por tanto con los meses más fríos, figura 2.

Figura 2. Enfermedades meningocócicas. Serie histórica. Coeficiente estacional fijo.



3.1.3. Componente cíclico e irregular: No existe un componente cíclico e irregular claro, es decir la enfermedad no presenta un comportamiento cíclico durante el periodo de estudio, figura 3.

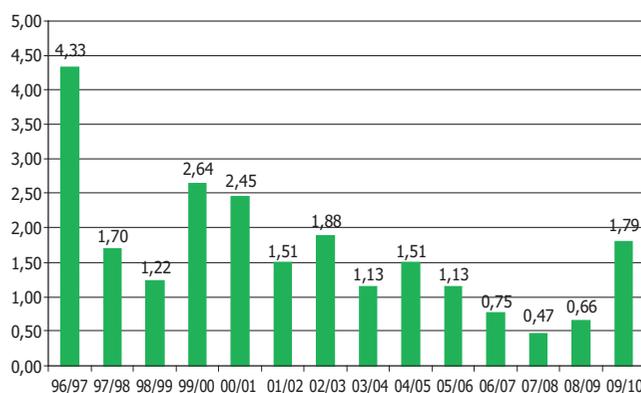
Figura 3. Enfermedades meningocócicas. Serie histórica. Componente cíclico e irregular.



3.2. RESULTADO DE LA TEMPORADA EPIDÉMICA 2009/2010.

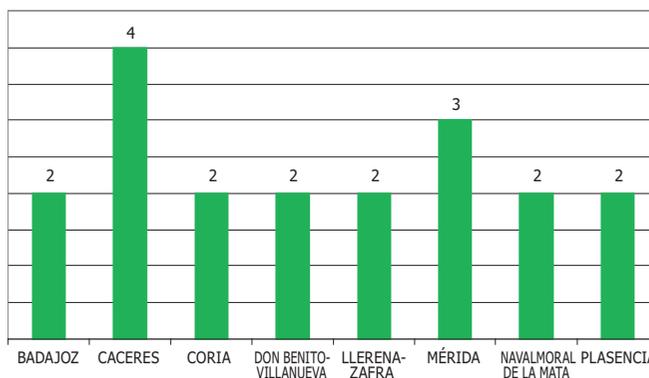
Durante esta temporada epidémica 2009/2010 se han notificado 19 casos que cumplen con los criterios de la red nacional de vigilancia epidemiológica para ser considerados como casos sospechosos de enfermedad meningocócica, lo que supone una tasa de incidencia acumulada para la temporada de 1.79 por cien mil habitantes, siendo superior a la ocurrida en anteriores temporadas, figura 4.

Figura 4. Enfermedad meningocócica. Distribución de casos por temporadas.



Por áreas de salud encontramos que el mayor nº de casos aparece en el área de Cáceres, figura 5.

Figura 5. Enfermedad meningocócica. Distribución de casos según área de salud de residencia del paciente.



Según el sexo de los casos, un 36.82% fueron hombres y un 63.15% mujeres.

Según la distribución de casos por grupos de edad observamos que la mayor incidencia en esta temporada aparece en el grupo etario de 10 a 14 años, tabla 1.

Tabla 1. Enfermedad meningocócica. Tasas por 10⁵ hab. según grupo etario

Temporadas	< de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	18 meses/19 años
	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa
96/97	0,47	1,70	0,94	0,00	0,66	3,67
97/98	15,36	13,44	2,75	6,11	2,31	3,84
98/99	23,05	9,60	0,00	3,67	1,16	2,09
99/00	30,73	15,36	6,88	1,22	3,47	6,63
00/01	30,73	17,28	6,88	4,89	5,78	6,63
01/02	30,73	11,52	2,75	1,22	0,00	2,79
02/03	23,05	5,76	1,38	1,22	1,16	3,84
03/04	7,68	7,68	0,00	8,56	2,31	2,09
04/05	38,41	3,84	2,75	1,22	3,47	2,44
05/06	7,68	11,52	0,00	0,00	2,31	2,79
06/07	23,05	1,92	1,38	0,00	1,16	0,70
07/08	7,68	3,84	1,38	0,00	3,47	1,40
08/09	0,09	0,19	0,00	0,00	0,00	0,38
09/10	0,19	0,38	2,75	4,89	2,31	0,94

Según la forma Clínica de aparición del cuadro la más incidente durante todas las temporadas fue "meningitis", tabla 2.

Tabla 2. Enfermedad Meningocócica en Extremadura. Casos y distribución porcentual según cuadro clínico.

Clínica	Casos	N= 242%
Ambas	35	14,46
Meningitis	115	47,52
Sepsis	92	38,02
Desconocida	4	
Total	246	

3.2.1 INCIDENCIA POR SEROGUPOS

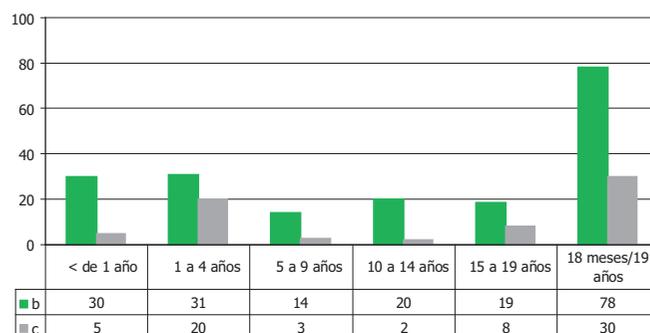
De los 19 casos declarados en la temporada 09/10 se confirmaron 11, siendo todos del serogrupo B, no apareciendo ningún caso del serogrupo C, observando un descenso importante de este último desde la temporada 04/05 a favor del serogrupo B, figura 6.

Figura 6. Enfermedad Meningocócica en Extremadura. Casos serogrupo B vs casos por serogrupo C. Temporadas epidémicas de 1.997 a 2.010



Por edades podemos observar cómo el serogrupo B ha predominado siempre sobre el C independientemente de la edad, siendo ambos más incidente en el grupo de edad de 1-4 años, figura 7.

Figura 7. Enfermedad Meningocócica en Extremadura. Casos serogrupo B vs casos por serogrupo C. Temporadas epidémicas de 1.997 a 2.010. Grupos de edad.



3.2.2 ANÁLISIS DE LA LETALIDAD.

De los 19 casos notificados durante la temporada epidémica 2009 – 2010, no se ha producido ningún fallecimiento.

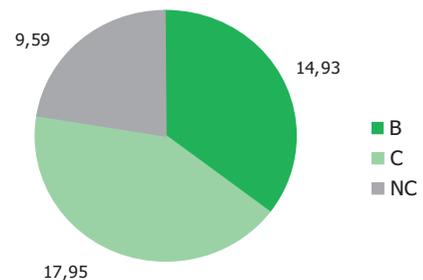
La temporada con mayor tasa de letalidad fue la temporada 03/04, tabla 4.

Tabla 4. Enfermedad Meningocócica en Extremadura. Tasas de letalidad por temporada epidémica.

Temporada	Casos	Fallecidos	T. L
96/97	46	5	10,87
97/98	18	0	0,00
98/99	13	3	23,08
99/00	28	4	14,29
00/01	26	4	15,38
01/02	16	3	18,75
02/03	20	2	10,00
03/04	12	6	50,00
04/05	16	2	12,50
05/06	12	2	16,67
06/07	8	1	12,50
07/08	5	0	0,00
08/09	7	2	28,57
09/10	19	0	0,00
Total	246	34	13,82

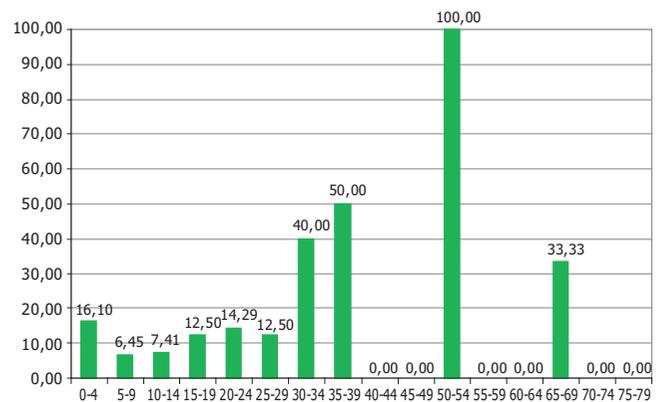
La tasa de letalidad acumulada durante estos años es mayor en el serogrupo C que en el B, figura 8.

Figura 8. Enfermedad Meningocócica en Extremadura. Tasas de letalidad (%) por serogrupos.



La mayor tasa de letalidad acumulada aparece entre 50 y 54 años, y en la edad pediátrica en el grupo etario de 0-4 años, figura 9.

Figura 9. Enfermedad Meningocócica en Extremadura. Tasas de letalidad acumulada por grupo etario.



Enfermedades de Declaración Obligatoria. Semana 43-52. Año 2010.

Centro Declaración	Enfermedad	Medidas									
		Casos									
		Tiempo Epidemiológico									
		43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
BADAJOZ	Gripe	29	30	41	42	35	34	29	86	77	192
	TBC respiratoria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	Sarampión	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	Varicela	2	3	8	3	3	1	0	1	1	0
	Enfermedad Meningocócica	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Parotiditis	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	TBC Otras localizaciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
MÉRIDA	Gripe	17	11	11	24	23	14	17	31	46	44
	Varicela	1	7	10	8	15	10	11	12	4	8
	Hepatitis A	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hepatitis C	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
DON BENITO-VILLANUEVA	Gripe	19	18	19	34	26	17	12	35	23	72
	Varicela	0	6	5	2	16	7	11	7	8	10
	Enfermedad Meningocócica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
LLERENA-ZAFRA	Gripe	37	27	23	37	26	29	30	25	46	90
	Varicela	1	0	0	0	5	4	8	4	4	0
	Infección Gonocócica	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Lepra	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Neumococo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
CACERES	Gripe	14	9	9	16	16	20	28	53	100	146
	Varicela	18	15	15	5	7	5	5	1	1	0
	Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Sífilis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Infección Gonocócica	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Parotiditis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CORIA	Gripe	13	15	10	7	17	23	35	18	28	0
	Parotiditis	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0
	Legionelosis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PLASENCIA	Gripe	13	27	14	21	24	26	42	69	111	206
	TBC respiratoria	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	Varicela	2	1	0	3	11	6	10	13	15	8
	Sífilis	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Parotiditis	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	TBC Otras localizaciones	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Neumococo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
NAVALMORAL DE LA MATA	Gripe	18	4	8	11	9	11	14	25	20	83
	Varicela	1	1	0	2	5	3	0	0	4	1
	Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	Sífilis	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
	Hepatitis A	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0

Sistema de Información microbiológica. Sensibilidad/Resistencia antimicrobianos. Semana 52.

Patógeno	Antibiótico	Total	Sensible	% S	Intermedia	% I	Resistente	% R	No Consta	%
Campylobacter yeyuni	Eritromicina	137	136	99,27%	0	0,00%	1	0,73%	0	0,00%
Campylobacter spp.	Eritromicina	35	34	97,14%	0	0,00%	1	2,86%	0	0,00%
Listeria monocytogenes	Ampicilina	2	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Cotrimoxazol	2	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Gentamicina	2	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Mycobacterium tuberculosis	Estreptomina	39	37	94,87%	0	0,00%	1	2,56%	1	2,56%
	Etambutol	41	40	97,56%	0	0,00%	1	2,44%	0	0,00%
	Isoniacida	41	40	97,56%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,44%
	Pirazinamida	40	39	97,50%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,50%
	Rifampicina	41	41	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxona	4	4	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Ciprofloxacino	4	2	50,00%	0	0,00%	2	50,00%	0	0,00%
	Penicilina	4	4	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Neisseria Meningitidis	Cefotaxima	2	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Penicilina	2	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Neisseria Meningitidis b	Cefotaxima	3	3	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Penicilina	3	2	66,67%	1	33,33%	0	0,00%	0	0,00%
Salmonella grupo C	Ampicilina	7	3	42,86%	0	0,00%	4	57,14%	0	0,00%
	Cefotaxima	7	6	85,71%	0	0,00%	0	0,00%	1	14,29%
	Ciprofloxacino	7	6	85,71%	0	0,00%	0	0,00%	1	14,29%
	Cotrimoxazol	7	3	42,86%	0	0,00%	0	0,00%	4	57,14%
Salmonella grupo B	Ampicilina	55	8	14,55%	0	0,00%	47	85,45%	0	0,00%
	Cefotaxima	55	50	90,91%	0	0,00%	3	5,45%	2	3,64%
	Ciprofloxacino	55	54	98,18%	0	0,00%	1	1,82%	0	0,00%
	Cotrimoxazol	50	25	50,00%	0	0,00%	10	20,00%	15	30,00%
Salmonella grupo D	Ampicilina	27	21	77,78%	1	3,70%	5	18,52%	0	0,00%
	Cefotaxima	26	23	88,46%	0	0,00%	2	7,69%	1	3,85%
	Ciprofloxacino	27	26	96,30%	0	0,00%	1	3,70%	0	0,00%
	Cotrimoxazol	24	14	58,33%	0	0,00%	0	0,00%	10	41,67%
Salmonella spp	Ampicilina	120	49	40,83%	0	0,00%	70	58,33%	1	0,83%
	Cefotaxima	105	104	99,05%	0	0,00%	1	0,95%	0	0,00%
	Ciprofloxacino	88	88	92,05%	0	0,00%	7	7,95%	0	0,00%
	Cotrimoxazol	115	115	88,70%	0	0,00%	12	10,43%	1	0,87%
Streptococcus pneumoniae	Cefotaxima	25	25	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Eritromicina	26	26	57,69%	1	3,85%	5	19,23%	5	19,23%
	Penicilina	25	25	96,00%	0	0,00%	1	4,00%	0	0,00%
	Vancomicina	25	25	88,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	12,00%

Sistema de información microbiológica. Aislamientos semanas 43-52

Microorganismo	semana 43	semana 44	semana 45	semana 46	semana 47	semana 48	semana 49	semana 50	semana 51	semana 52	Total
Adenovirus 40/41	4	1	4	1	1	0	1	1	1	0	14
Aspergillus spp.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bacilo acido alcohol resistente	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	6
Campilobacter jejuni	0	1	4	4	1	0	0	11	5	0	26
Campilobacter spp.	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	4
Echinococcus granulosus	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Giardia lamblia	0	0	2	2	2	0	1	0	0	1	8
H.I.V.	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	3
Hepatitis A	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3
Listeria monocytogenes	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Mycobacterium avium intracellulare	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3
Mycobacterium spp.	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3
Mycobacterium tuberculosis complejo	2	0	1	0	0	0	0	1	2	3	9
Neisseria gonorrhoeae	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Neisseria meningitidis b	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rickettsia coronii	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Rotavirus	0	0	0	1	3	2	1	2	3	2	14
salmonela grupo c	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4
Salmonella Grupo B	0	3	0	1	0	1	0	2	1	0	8
Salmonella spp.	0	0	1	2	0	1	0	3	1	0	8
Salmonella Grupo D	0	0	0	0	1	0	0	5	2	0	8
salmonella typhi	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Salmonella enteritidis	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Streptococcus pneumoniae	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Taenia saginata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Treponema palidum	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Trichomonas vaginalis	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	4
Virus respiratorio sincitial	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Virus del sarampion	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1

PLAN DE ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN.

De acuerdo con las recomendaciones establecidas por la OMS en el plan estratégico para la eliminación del sarampión en la Región Europea y en función del análisis de la situación epidemiológica del sarampión en Extremadura, la Consejería de Sanidad y Dependencia, estableció un Plan de acción para la eliminación del sarampión en la Comunidad Autónoma de Extremadura, en entre cuyas actividades se incluye el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica con el objetivo de conseguir la detección rápida de la circulación del virus en la población.

Ello implica la notificación e investigación inmediata de todos los casos sospechosos, su confirmación mediante pruebas de laboratorio, la detección urgente de brotes y la adopción de las medidas adecuadas de control en cada situación.

La investigación de todos los casos de sarampión ha de realizarse a la mayor brevedad y siempre dentro de los 7 días siguientes AL INICIO DE SÍNTOMAS, y se realizará por la Unidad de Epidemiología de la Dirección de Salud del Área.

PLAN DE ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN.

Todo caso de enfermedad que curse con exantema máculopapular, fiebre alta (>38°C) y tos o coriza o conjuntivitis, es considerado sospechoso de sarampión y su declaración es obligatoria y urgente

SISTEMA ESPAÑOL DE FARMACOVIGILANCIA PROGRAMA DE NOTIFICACIÓN ESPONTÁNEA TARJETA AMARILLA

¿Quién debe de notificar?

Los **médicos, farmacéuticos, enfermeros** y demás profesionales sanitarios tienen la obligación de:

Notificar toda **sospecha de reacción adversa** de las que tengan conocimiento durante su práctica habitual y enviarla lo más rápidamente posible al órgano competente en materia de farmacovigilancia de la comunidad autónoma correspondiente, mediante el formulario de recogida de sospechas de reacciones adversas (Tarjeta Amarilla).

*Art.7, Real Decreto 711/2002, de 19 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.

¿Qué se debe notificar?

- **Medicamentos nuevos** (menos de 5 años en el mercado): Todo tipo de reacciones adversas.
- **Resto de medicamentos:** Todo tipos de reacción adversa, especialmente las graves e inesperadas.

Definiciones:

- **Reacción adversa:** cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.
- **Reacción adversa grave:** aquella que ocasione la muerte, pueda poner en peligro la vida, exija hospitalización o la prolongue, constituya una anomalía congénita o defecto de nacimiento, cualquier otra que se considere importante desde el punto de vista médico.

¿Cómo y dónde notificar las reacciones adversas?

Por Tarjeta Amarilla

*Si necesita Tarjetas Amarillas puede llamar para al 924 00 43 74/72/62.

Centro Regional de Farmacovigilancia de Extremadura

Dirección General de Salud Pública
Subdirección de Epidemiología
Avda. de Las Américas, 2
06800 Mérida (Badajoz)

Dirección de envío de originales y de suscripciones. La suscripción es gratuita.

Dirección General de Salud Pública.

Subdirección de Epidemiología. Avenida de las Américas, 2. 06800 Mérida (Badajoz)

Tlfs.: 924 00 43 63 - 924 00 43 62 Fax: 924 00 49 46

Depósito Legal:BA-383-98

ISSN:1139-6199