

SALUD PÚBLICA

Boletín Epidemiológico Semestral (enero - junio 2014)

Índice de contenidos:

- Editorial: Gripe y Ébola, los protagonistas del semestre.
- Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria
- Brotes de intoxicación alimentaria
- Campaña de Gripe 2013-14. Seguimiento de la Red Centinela
- Gestión de alertas alimentarias
- Brotes y Alertas internacionales

EDITORIAL

Con el fin de adelantar el calendario y periodicidad del Boletín Epidemiológico de Cantabria, se ha elaborado el presente BEC referido al período enero a junio del presente año 2014.

La onda gripal ha sido el principal elemento de interés en nuestro medio y, la evaluación de su impacto, el objeto del análisis epidemiológico del que se muestra un resumen en este Boletín.

Pero desde los inicios de la primavera, ha sido el virus Ébola quien ha tomado el protagonismo absoluto en todas las portadas dada la virulencia y transmisibilidad con que se ha presentado en el occidente de África.

Si hubiera que extraer algún aspecto positivo de esta situación, desde el punto de vista epidemiológico, sería la rapidez con que nuestro sistema sanitario es capaz de organizarse para dar respuesta a potenciales casos y adoptar medidas eficaces de control de su transmisión.

Situaciones como estas, pueden servir para entrenar a las organizaciones sanitarias y no sanitarias para responder a situaciones en las que el conocimiento epidemiológico de la enfermedad es el elemento esencial para organizar, con garantías de éxito, su control y prevención en nuestro medio.

Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración obligatoria

Enfermedad	Casos 1er semestre 2014	Acumulados hasta junio 2013
Brucelosis	1	-
Enf. meningocócica	2	3
Otras meningitis/encef.	4	22
Fiebre Chikungunya	1	-
Fiebre Q	1	-
Fiebre Tifoidea	1	-
Gripe	9099	8106
Hepatitis A	3	2
Hepatitis B	1	7
Otras hepatitis (VHC)	12	7
Inf. Gonocócica	16	11
Legionelosis	5	10
Listeriosis	1	3
Paludismo	3	2
Parotiditis	90	80
Sífilis	18	17
Tos ferina	7	19
Tuberculosis respirat.	25	29
Meningitis TBC	1	3
Otras tuberculosis	4	19
Varicela	1367	2782

SALUD PÚBLICA

Boletín Epidemiológico Semestral (enero - junio 2014)

Comentario: El inicio del año 2014 no ha presentado apenas situaciones de especial relieve en cuanto a las enfermedades sometidas a Vigilancia y declaración obligatoria, aunque la aparición de las mismas, su situación y tendencia merecen algunos comentarios.

El mayor número de casos registrados de estas enfermedades corresponde como era previsible a la gripe ya que tradicionalmente esta época incluye el período más habitual en el que sucede la onda epidémica anual, habiéndose registrado en estos meses algo más de nueve mil casos. En este mismo boletín se hace un breve análisis de la onda epidémica gripal de la presente temporada.

Vuelve a llamar la atención la muy baja incidencia que se está registrando en cuanto a la infección meningocócica, sólo dos casos en medio año siendo estos además los de mejores condiciones ambientales para la circulación del germen. Se confirma por tanto la tendencia descendente observada en los últimos años. Otros procesos meningoencefálicos también han en niveles inferiores a otros años durante los primeros meses de 2014.

Las enfermedades de transmisión sexual, y más en concreto la sífilis, presentaron un incremento significativo en los primeros meses frente al año anterior con casi un 80% más de casos, sin embargo la escasez de declaraciones durante las últimas semanas ha hecho que prácticamente el nivel global sea similar a lo esperable para este período.

También se han detectado bajadas importantes respecto del año anterior en varicela (reducción del 50%) o tos ferina. En cuanto a la tuberculosis se están observando globalmente menos casos que en años precedentes, pero la mayoría corresponden a formas respiratorias y tras la identificación del entorno específico de cada uno de los pacientes se han incrementado notablemente los estudios de contactos durante estos primeros meses del año.

Hay que destacar que al finalizar el semestre se han empezado a registrar en España casos importados de **Fiebre Chikungunya**. Esta enfermedad transmitida por vectores (*Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*) está siendo epidémica de manera muy notable en la zona del Caribe desde principios de año.

El tráfico habitual de viajeros desde estos países, y especialmente de la República Dominicana, por motivos turísticos o familiares en el caso de residentes en España con ese origen, ha hecho que hayan ido apareciendo algunos casos en nuestro país.

En Cantabria el primer caso se declaró en las últimas semanas de junio. Dado que en nuestro entorno no existen vectores competentes no hay riesgo de transmisión secundaria por lo que no ha sido preciso tomar ninguna medida extraordinaria. El sistema sin embargo ha demostrado capacidad para recoger e investigar de forma adecuada nuevas enfermedades emergentes.

Brotos de intoxicación alimentaria

Durante el primer trimestre del año se ha tenido constancia de 5 brotes de origen alimentario, dos de ellos en establecimientos públicos y los otros 3 en ámbito domiciliario. Salvo uno de estos últimos, originado por *campylobacter* el resto estuvieron producidos por *salmonella enteritidis*. El rango de afectados ha variado de unos brotes a otros entre 2 y 10 casos por brote, registrándose la mayor parte entre los meses de mayo y junio.

Por otra parte se ha puesto en marcha un sistema experimental de vigilancia y seguimiento de salmonelosis no vinculadas inicialmente a brote, en colaboración con el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se

SALUD PÚBLICA

Boletín Epidemiológico Semestral (enero - junio 2014)

espera gracias a ello un incremento en la detección de brotes ocultos o indefinidos. El modelo se está planteando también para la colaboración con los Servicios de Medicina Preventiva y Laboratorio.

Campaña de Gripe 2013-14. Seguimiento de la Red Centinela

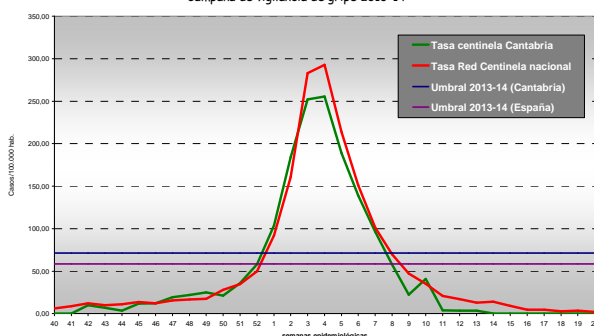
La actual campaña de gripe estuvo precedida de informaciones imprecisas sobre una posible mayor gravedad y trascendencia de la onda epidémica al haberse observado desde sus inicios el aislamiento del virus AH1N1, responsable de la crisis epidémica del año 2009. Por esta razón en algunas publicaciones se consideró una situación de mayor riesgo que otros años, aunque con criterios científicos *a priori* no se podría hacer este tipo de afirmaciones.

La realidad además ha demostrado que la onda epidémica ha tenido un comportamiento que podemos clasificarlo como convencional, con los parámetros dentro de la normalidad en sus resultados finales y tan solo registrando un número sensiblemente destacado de los denominados “casos graves”.

casos detectados, ajustada a patrones normales en cuanto a presentación y duración (inicio en la primera semana del año, duración de onda 7 semanas, pico máximo de incidencia en 250 casos por 100.000 habitantes y semana). La onda además se ha comportado de manera similar a lo sucedido en el conjunto nacional, en cuanto a presentación, niveles y duración. La morfología de esta temporada ha sido diferente de la presentación del año anterior, en la que fue más duradera, con morfología de “meseta” de nivel máximo mucho menor pero con un total de casos similar.

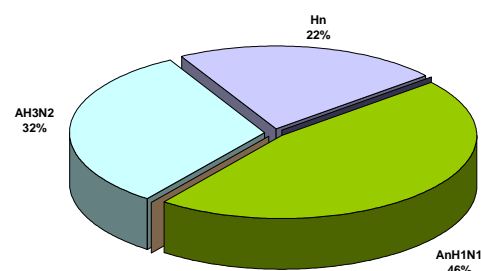
El seguimiento virológico ha constatado una circulación mixta de virus AH3N2 y AH1N1 (variante de 2009), aunque en muchas ocasiones no se ha obtenido el subtipado del virus. El tipo B, predominante el año anterior, en esta ocasión ha estado ausente. Es destacado que en más del 50% de los casos se ha aislado simultáneamente algún otro virus productor de cuadros pseudogripales, con mayor frecuencia Adenovirus y VRS.

Tasas nacionales y autonómicas comparadas
Campaña de vigilancia de gripe 2013-14



En Cantabria se ha tratado de una onda de nivel global de incidencia media, con alrededor de 9.000

Tipificación de virus gripales en muestras centinela
Sistema de Vigilancia Centinela de Gripe. Cantabria 2013-14



El perfil epidemiológico que ha presentado la enfermedad nos indica una distribución similar entre hombres y mujeres, y parecido nivel en todas las franjas de edad, salvo en mayores de 65 años en los que la incidencia ha sido menor, probablemente debido a la cobertura vacunal. La distribución

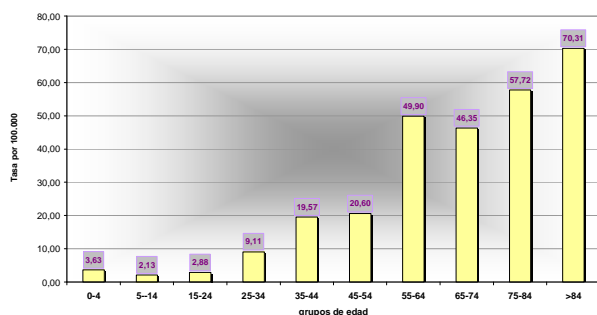
SALUD PÚBLICA

Boletín Epidemiológico Semestral (enero - junio 2014)

geográfica ha sido homogénea salvo que la onda afectó antes a las zonas más orientales de la Comunidad (Área de Laredo), describiendo un patrón de progresión este-oeste. Los síntomas principales, en casi la totalidad de los casos, fueron la fiebre y el malestar general. Tos, mialgias y escalofríos se observaron en casi el 80% de los casos.

En relación al seguimiento de casos graves este año se realizó un esfuerzo suplementario en identificar todos ellos. El incremento de este tipo de casos se debe, en parte, a una mayor sensibilidad para su detección, aunque probablemente el aumento de casos sea también real. Estos se han dado con mayor frecuencia en mujeres y su distribución ha sido función directa de la edad, aumentando el número de casos al aumentar ésta. Al menos en el 70% se identificaba algún factor de riesgo. El subtipado de los casos graves también ha mostrado una participación mixta de los virus ya reseñados con una frecuencia parecida entre los AH3N2 y los AH1N1. La forma clínica más frecuente de estos casos fue la neumonía en el 90% de ellos y hasta el 55% han precisado ingreso en UCI. La letalidad alcanzada por estas formas graves ha sido de 17,8%.

Tasas por grupos de edad. Casos Graves acumulados
Campaña de gripe 2013-14. CANTABRIA



Gestión de alertas alimentarias

La gestión de cualquier incidencia en la cadena alimentaria que suponga un riesgo directo o indirecto para la salud de los consumidores, se realiza a través del Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI), cuyo objetivo fundamental es garantizar que los alimentos que se encuentran en el mercado sean seguros y no presenten riesgos para la salud.

Se trata de un sistema de alerta rápida, en forma de red, destinado a notificar los riesgos directos o indirectos para la salud humana y que se deriven de alimentos.

A su vez este sistema se integra en los restantes sistemas de alerta alimentaria comunitarios (RASFF: Rapid Alert System for Food and Feed) e internacionales (INFOSAN).

En el SCIRI participan la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), responsable de la coordinación a nivel nacional, las autoridades competentes en materia de seguridad alimentaria de las CCAA y de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, la Comisión Europea (a través de la DG SANCO), la Subdirección General de Sanidad Exterior de la Dirección General de Salud Pública, para las notificaciones de riesgos relacionados con la importación de productos procedentes de países terceros, el Ministerio de Defensa, organizaciones nacionales en representación de la industria alimentaria (FIAB) y la distribución (ANGED, AEDAS y AECS), entre otros.

En nuestra Comunidad, la unidad responsable de la gestión de las alertas notificadas a través del SCIRI es el Servicio de Seguridad Alimentaria que, durante el primer semestre del presente año 2014, ha tramitado 130 notificaciones e intervenido en 17 de ellas.

SALUD PÚBLICA

Boletín Epidemiológico Semestral (enero - junio 2014)

Considerando la **naturaleza del peligro**, estas 17 notificaciones se clasifican en:

1. **Biológicos:** 6, siendo los agentes etiológicos implicados:
 - *Listeria monocytogenes* (3)
 - Norovirus (2)
 - *E. coli* (1)
2. **Químicos:** se han tramitado 8 alertas por los siguientes motivos:
 - Toxinas fúngicas (3)
 - Aditivos con niveles superiores a los permitidos (2)
 - Sustancias **no autorizadas** (2)
 - Migración de sustancias (materiales en contacto) (2)
3. **Físicos:** se ha tramitado una notificación por presencia de cuerpo extraño (fragmento de metal).
4. **Otros:** se han tramitado 2 notificaciones por deficiencias de etiquetado, concretamente por la presencia de alérgenos no declarados e información del etiquetado en lengua diferente al castellano.

En cuanto a la **clasificación** de los **productos alimenticios implicados** en las mismas:

<i>Pescados y derivados</i>	4
<i>Carne y derivados</i>	3
<i>Leche y derivados</i>	2
<i>Cereales, harinas y derivados</i>	2
<i>Otros productos</i>	2
<i>Materiales en contacto</i>	1
<i>Hortalizas, verduras, leguminosas y tubérculos</i>	1
<i>Condimentos y Especies</i>	1
<i>Platos preparados</i>	1

Todas ellas han requerido la localización y retirada de la comercialización de los productos afectados, y en una de ellas además actuaciones en el establecimiento fabricante ubicado en nuestra Comunidad Autónoma.

Brotos y Alertas internacionales

Países Árabes: MERS_CoV

Desde septiembre de 2012 la OMS ha sido informada de 820 casos confirmados por laboratorio de infección por MERS-CoV, incluidos 286 fallecidos. La letalidad en 2013 estaba en torno al 43% y en la actualidad ha pasado a ser de aproximadamente el 35%.

La principal medida de prevención que se indica a la población sigue siendo la de evitar el contacto con animales enfermos o personas diagnosticadas de esta enfermedad sin medidas de protección. Y en el caso de los sanitarios, la adopción estricta de las medidas de protección frente a transmisión aérea, es la estrategia de prevención esencial, por ser este el mecanismo principal de transmisión secundaria.

China: Gripe A(H7N9)

Desde octubre de 2013 se han notificado 315 casos de gripe A(H7N9) en China, distribuidos, según lugar más probable de exposición, en las siguientes provincias: Zhejiang (94), Guangdong (119), Fujian (17), Jiangsu (30), Shangai (8), Hunan (19), Beijing (2), Guangxi (4), Anhui (14), Jilin (2), Jiangxi (2), Shangdon (2) y Taipei (2).

Desde la primera detección del virus en abril de 2013 se han notificado a la OMS 450 casos de gripe A(H7N9), incluidos 158 fallecidos, lo que supone una letalidad del 35%.

SALUD PÚBLICA

Boletín Epidemiológico Semestral (enero - junio 2014)

Este virus circula normalmente entre aves y por ello, La medida de prevención que sigue siendo más efectiva en ese país es la de evitar lugares donde pueda haber aves enfermas, granjas o mercados de aves vivas así como el contacto con heces de las mismas.

Ébola

El 22.03.2014 Ministerio de Sanidad de Guinea notificó a la OMS un brote de fiebre hemorrágica por el virus Ébola. Los casos en Guinea se han producido en la capital Conakry (11), en distritos del sur fronterizos con Liberia y Sierra Leona: Guekedou (77), Macenta (23), Kissidougou (8), y 3 casos en un distrito del centro del país Dabola y Djingaraye

El virus del Ébola genera brotes de elevada letalidad que puede llegar al 90%. Los brotes de EVE se producen principalmente en aldeas remotas de África central y occidental, cerca de la selva tropical.

El virus es transmitido al ser humano por animales salvajes y se propaga en las poblaciones humanas por transmisión de persona a persona. Se considera que los huéspedes naturales del virus son los murciélagos frugívoros de la familia "Pteropodidae". No hay tratamiento específico ni vacuna para las personas ni los animales.

En total, hasta el 30 de junio 2014, el número de casos acumulados en los tres países origen de la Enfermedad por virus Ébola son 759, incluido 457 fallecimientos: 413 casos en Guinea (293 confirmados, 88 probables, y 32 sospechosos) y 303 fallecidos (193 confirmados, 82 probables, 28 sospechosos); 107 en Liberia, (52 confirmados, 21 probables, y 34 sospechosos) y 65 fallecidos (33 confirmados, 17 probables, y 15 sospechosos); y 239 en Sierra Leona (199 confirmados, 31 probables, y 9 sospechosos) y 99 fallecidos (65 confirmados, 29

probables, y 5 sospechosos. Posteriormente se añadió Nigeria a partir de varios casos importados.

NOTA: La situación actualizada, su declaración como Alerta de Salud Pública de importancia internacional por la OMS y la organización de la respuesta sanitaria será objeto de un mayor análisis en el siguiente BEC que verá la luz en los primeros días del mes de octubre

Poliovirus salvaje

El Comité de Emergencia convocado por la Directora General de la OMS, ha considerado que la extensión internacional de la transmisión del **poliovirus salvaje** en el 2014 constituye un evento "extraordinario" y un riesgo para la salud pública para otros Estados, para el que se requiere una respuesta internacional coordinada.

En base a la opinión del Comité de Emergencia, a los informes realizados por los Estados afectados y a la información disponible, la Directora General de la OMS ha aceptado la recomendación del Comité el 5 de mayo ha declarado que, la extensión internacional de la transmisión del poliovirus salvaje en 2014 representa un Evento de Salud Pública de Importancia Internacional.

En la práctica, ello supone la adopción de medidas de refuerzo de la vigilancia epidemiológica y de las medidas de control ante casos de sospecha.

Si desea recibir el Boletín Epidemiológico de Cantabria directamente, envíe un correo electrónico a:

boletinepidemiologico@cantabria.es