

SALUD PÚBLICA

Boletín Epidemiológico Trimestral (julio-septiembre 2014)

Índice de contenidos:

- Editorial:
- Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria
- Brotes de intoxicación alimentaria
- Alerta alimentarias
- Vigilancia I.V.E.
- Brotes y Alertas internacionales
 - El Cjinkungunya de las Américas
 - Ébola : crónica de una reemergencia internacional
 - Virus del Nilo Occidental (VNO)

EDITORIAL

Es inevitable hacer referencia al protagonista absoluto, en las portadas de todos los medios de comunicación, en el ámbito de la salud durante este verano pasado: El Ébola. Una enfermedad que hasta ahora solo afectaba periódicamente a las más recónditas aldeas de lejanos y pobres países de África.

El salto cualitativo ha sido comprobar en nuestro propio país la veracidad de su extrema contagiosidad y, por primera vez, sentir que ha sido necesaria la adopción de medidas extraordinarias no solo sanitarias, mas o menos aparatosas, sino también de salud pública con el fin de controlar su potencial expansión a la comunidad.

Es evidente el crucial papel que están jugando las organizaciones no gubernamentales en el control del brote desde el primer día. Ellas son, junto a la OMS, las verdaderas artífices de la intervención eficaz que controlará el brote y su expansión.

Es grato saber que durante el mes de septiembre una médico argentina, de Médicos Sin Fronteras, eligió Cantabria para descansar, tras conseguir el control del brote en Congo. Se le puede ver en acción en:

https://www.youtube.com/watch?v=Ow_7FuseoUM

Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración obligatoria

Enfermedad	Casos 3 ^{er} Trimestre 2014	Casos 3 ^{er} Trimestre 2013	Total Año 2014
Brucelosis	1	1	2
Dengue	1	0	1
Enf. meningocócica	0	0	2
Otras meningitis/encef.	6	2	10
Fiebre Chikungunya	2	0	3
Fiebre Q	0	0	1
Fiebre Tifoidea	1	0	2
Gripe	34	49	9133
Hepatitis A	3	1	6
Hepatitis B	0	2	1
Otras hepatitis (VHC)	4	4	16
Inf. Gonocócica	4	8	20
Legionelosis	13	4	18
Listeriosis	0	0	1
Paludismo	0	0	3
Parotiditis	18	23	108
Sífilis	4	6	22
Tos ferina	1	8	8
Tuberculosis respirat.	10	4	35
Meningitis TBC	0	0	1
Otras tuberculosis	4	8	8
Varicela	223	307	1590

SALUD PÚBLICA

Boletín Epidemiológico Trimestral (julio-septiembre 2014)

Comentario: El tercer trimestre del año 2014 en Cantabria ha resultado de estabilidad en cuanto a las enfermedades transmisibles sometidas a vigilancia. No se han presentado incidencias especialmente reseñables. Al contrario, resulta más destacada la poca actividad de algunos procesos o su práctica ausencia dentro de la notificación de enfermedades.

El mayor número de casos registrados de estas enfermedades corresponde a la varicela, que presenta una morfología de onda estacional anual habiendo registrado el máximo en el mes de junio. En julio se inicia un descenso drástico y se ha alcanzado el mínimo anual en el mes de septiembre con tan solo 14 casos. Corresponde al comportamiento habitual de esta enfermedad para esta época.

También la gripe y la parotiditis han tenido un comportamiento similar. La gripe entró a partir de marzo en niveles interepidémicos hasta el mínimo registrado en agosto con tan solo 8 casos. En cuanto a la parotiditis se ha constatado su carácter estacional, tras haber conseguido el máximo nivel en marzo. La reducción de casos se acerca a la no circulación del virus (3 casos en el mes de septiembre) y ausencia en este período de brotes o agrupaciones temporo-espaciales evidentes de los casos.

Sigue siendo destacable la muy baja incidencia que se llevaba registrando en infección por *neisseria meningitidis*. Durante el período referenciado no se han producido cuadros clínicos por este patógeno. Sólo, Otros procesos meningoencefálicos sin embargo han incrementado su presencia respecto al inicio del año, aunque en conjunto su nivel sigue estando dentro de la normalidad. En ningún caso se ha producido clínica de gravedad.

Las enfermedades de transmisión sexual, que empezaron el año con niveles significativamente mayores a períodos precedentes, han disminuido su incidencia y se han estabilizado en cifras coherentes a las de los últimos años.

La legionelosis, en su forma neumónica, se ha incrementado en julio de manera notable y en menor medida en septiembre. Sin embargo esto es la norma todos los años pues esta enfermedad, debido a condiciones ambientales, movimientos de pasajeros, etc, siempre aumenta en este tercer trimestre.

Destacan en el trimestre por su rareza, no por su incidencia, las declaraciones de 2 enfermedades atípicas ambas importadas: la **Fiebre Chikungunya** con dos casos confirmados, importados de la República Dominicana que se unen al notificado en junio; y un caso de **Dengue** en un viajero procedente de Tailandia.

El resto de los procesos declarados (tuberculosis, tos ferina, tifoidea, hepatitis, etc.) han presentado niveles dentro de la normalidad o incluso inferiores a lo esperable.

Brotos de intoxicación alimentaria

Durante el tercer trimestre del año se ha tenido constancia de 4 brotes de origen alimentario, tres de ellos en establecimientos públicos y uno en ámbito domiciliario. En el de mayor número de afectados (20) no se aisló el germen responsable y todos los demás fueron producidos por salmonella enteritidis. El rango de afectados de unos brotes a otros ha variado entre 3 y 20 casos por brote.

Por otra parte y como consecuencia de los datos aportados por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla se han realizado otras cuatro investigaciones más de intoxicaciones

SALUD PÚBLICA

Boletín Epidemiológico Trimestral (julio-septiembre 2014)

alimentarias que resultaron casos aislados de salmonelosis no vinculadas a brote.

Alertas alimentarias

Durante el **tercer trimestre del año 2014** se han recibido 20 notificaciones de Alerta de las que 9 han requerido de algún tipo de intervención por parte del Servicio de Seguridad Alimentaria.

Según la naturaleza del peligro:

1. Biológicos:

- *Listeria monocytogenes*: 1
- Norovirus: 1
- *Salmonella typhimurium*: 1
- *Salmonella enteritidis*: 1

2. Químicos:

- Toxinas fúngicas: 1
- Sustancias no autorizadas: 1
- Migración: 2

3. Físicos: ninguna.

4. Otros: deficiencias de etiquetado: 1

Productos alimenticios implicados

- Pescados y derivados: 2
- ◆ Otros productos: 2
- ◆ Materiales en contacto con alimentos: 2
- ◆ Carne y derivados: 1
- ◆ Cereales, harinas y derivados: 1
- ◆ Condimentos y Especies: 1

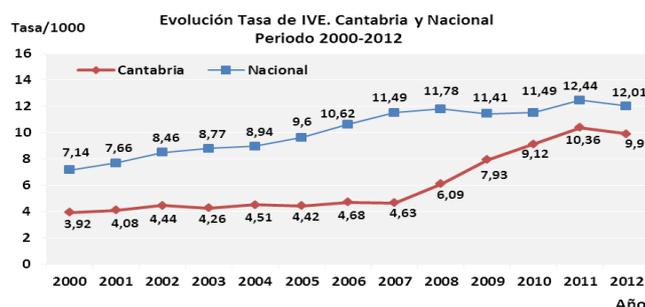
Vigilancia de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se encuentra sometida a vigilancia epidemiológica desde la despenalización parcial del aborto en 1985. Cantabria participa de esta vigilancia a través del registro autonómico al que llegan periódicamente las notificaciones de las intervenciones realizadas en los

centros sanitarios públicos y privados autorizados para la práctica de la IVE en la región.

Durante el año 2012 se realizaron 1.108 IVE a mujeres residentes en Cantabria, lo que supone una tasa de 9,9 por cada mil mujeres en edad fértil (15-44 años).

La tasa de IVE en nuestra Comunidad se ha mantenido siempre por debajo de la media nacional. A partir de 2008 se ha observado un incremento, respecto al periodo previo, que puede estar relacionado con diversas causas.



Fuente: Registro de IVE Cantabria

Por un lado, su coincidencia en el tiempo con la autorización en Cantabria de un centro sanitario privado, donde se realizaban la mayoría de las IVE, y con el que la Consejería estableció un estricto protocolo de notificación de casos, que contribuyó a visibilizar la realidad del número de IVE de nuestra región.

Por otra parte, la llegada de población inmigrante, con unas pautas reproductivas diferentes y una situación socioeconomía desfavorable, ocasiona que las mujeres inmigrantes tengan una tasa de IVE muy superior a las mujeres españolas. Así, en 2012, la tasa de IVE para la población extranjera fue de 26,85%, frente al 7,64 % de la población autóctona.

SALUD PÚBLICA

Boletín Epidemiológico Trimestral (julio-septiembre 2014)



Fuente: Registro de IVE Cantabria

Por último, la situación de crisis económica de estos últimos años, también es un factor a tener en cuenta, ya que se ha incrementado el número de mujeres en situación de desempleo que recurren a la IVE, pasando del 8,39% en 2008 al 19,14% en 2012.

(Más información: Dirección General de Salud Pública; *Programa de Salud de la Mujer*)

Web:

<http://www.saludcantabria.es/index.php?page=ive>

Brotos y Alertas internacionales

El Chikungunya de las Américas

A finales de septiembre en España se habían declarado 173 casos (140 confirmados y 33 probables). La mayoría de los casos (83,2%) proceden de República Dominicana.

Hasta finales de septiembre, en la Región de las Américas se habían declarado 23.971 nuevos casos de transmisión autóctona de Chikungunya, la mayoría en República Dominicana (19.240), con lo que el total de casos notificados en la Región desde el inicio de la epidemia asciende a 729.178 sospechosos y 9.537 confirmados, con una tasa de incidencia 76,6/100.000 habitantes y ya se han confirmado por primera vez casos autóctonos en Brasil y Guatemala. La expansión parece imparable.

Ébola, crónica de una reemergencia internacional.

En diciembre de 2013, fallece un niño de dos años que vivía en Guéckédu, una ciudad al sudeste de Guinea-Conakry muy cercana a la frontera con Sierra Leona y Liberia. Una semana después, murió también su madre, después su hermana de tres años y más tarde su abuela. Todos ellos habían sufrido vómitos, fiebre y diarrea. Lo primero que se pensó fue en alguna contaminación alimentaria.

Hasta el 31 de marzo los laboratorios del Instituto Pasteur de Lyon y Dakar y el de Medicina tropical de Hamburgo, no confirmaban el brote de Ébola en el oeste de África.

A primeros de julio de este año, el número de casos confirmados de Enfermedad por Virus Ébola (EVE) acumulados en los tres países (Guinea Conakry, Liberia y Sierra Leona) eran 759 de los cuales habían fallecido 457.

El 20 de julio, se produjo en Nigeria el primer caso importado desde Liberia, y el 2 de agosto se producía la primera repatriación de un caso confirmado a los Estados Unidos.

Los días 6 y 7 de agosto, coincidiendo con la primera repatriación de un español con EVE desde Liberia, la Directora General de La OMS reunió el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional para determinar si la situación en el Oeste de África es una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. En ese momento el número de casos confirmados entre los cuatro países afectados ascendía a 1711, incluidos 932 fallecimientos. La tasa de letalidad se situaba en torno al 54,5%.

El día 7 de agosto tiene lugar la primera convocatoria de reunión de la Ponencia de Alertas, Planes y preparación de Respuesta del Ministerio de Sanidad, SS e I constituido con las CCAA y órganos de la Administración General del Estado para refrendar el

SALUD PÚBLICA

Boletín Epidemiológico Trimestral (julio-septiembre 2014)

primer protocolo de actuación ante posibles casos en nuestro país, siguiendo las directrices de la OMS y los CDCs de Estados Unidos y Europa.

El comité de la OMS consideró que la situación del brote en África Occidental un 'evento extraordinario' dado el evidenciado riesgo de propagación a otros países, la virulencia del virus, el patrón de transmisión y la fragilidad del sistema sanitario en los países afectados reclamando una respuesta internacional coordinada para detener la diseminación internacional del Ébola.

El 26 de agosto se declaraba un foco de Ébola, pero independiente de este y por otra cepa, en la República Democrática del Congo, que pocas semanas después sería dado por controlado.

El 29 de agosto se produjo el primer caso importado (procedente de Guinea Conakry) en Senegal que hasta fecha de hoy es el único registrado en este país.

La primera repatriación efectuada por España tuvo lugar el 5 de agosto y falleció el 12. La segunda fue el 20 de septiembre y falleció el 25.

Durante los meses de agosto y septiembre se repatriaron varios sanitarios y cooperantes hasta Alemania, Reino Unido, Francia y Suiza.

A partir de ese momento se sucedieron diferentes casos de sospecha en España que obligaron a adoptar en varias provincias las medidas extraordinarias de prevención hasta ser descartados. En Cantabria, se ha activado el protocolo de alerta en una sola ocasión, por una joven procedente de Lagos (Nigeria) con síntomas de sospecha el 10 de septiembre y el 13 fue definitivamente descartado.

El primer caso secundario en España se comunicó el 6 de octubre y será objeto de atención en el siguiente boletín, especialmente para significar la magnitud de

la respuesta de salud pública que este caso ha supuesto.

A finales de septiembre, el número de casos acumulados en los tres países con transmisión ascendía ya a 6553, de los cuales 3083 habían fallecido (letalidad del 47%).:

Virus del Nilo Occidental (VNO)

Siguen apareciendo poco a poco nuevos casos que ascienden, en lo que va de año a 55 casos en los países de la UE (de los cuales 15 en Grecia, 8 en Hungría, 14 en Italia, 1 en Austria, 17 en Rumania). En los países vecinos se han comunicado 94 casos: 13 en Bosnia Herzegovina, 29 en Rusia, 58 en Serbia y 2 en Israel.

En España no se han producido casos en humanos, pero sí en explotaciones equinas de Andalucía y Castilla la Mancha.

Tanto el **nuevo coronavirus MERS-CoV de Oriente Próximo** como el **virus de la gripe A(H7N9)** se encuentran en una situación de relativa calma con casos esporádicos y aislados durante este período.

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

boletinepidemiologico@cantabria.es