



Consejo de Redacción: Ana Isabel Rivas Pérez; Mauricio Vázquez Cantero
Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Consejería de Sanidad y Consumo
Carretera de San Amaro nº 12. Ceuta. 51.001

Tfno: 856200239; Fax: 956513971; E-mail: boletin@ceuta.es; www.ceuta.es/sanidad

Edita: Consejería de Sanidad y Consumo
Imprime: Sociedad Cooperativa Imprenta Olimpia
I.S.S.N.: 1988-8899
Depósito Legal:CE. 95-2007

SUMARIO:

Comportamiento de la varicela en Ceuta de 2.002 a 2.007 y propuesta de Vigilancia.
Descripción de la Prueba rápida Determine HIV-1/2.

COMPORTAMIENTO DE LA VARICELA EN CEUTA DE 2.002 A 2.007 Y PROPUESTA DE VIGILANCIA

Barrientos Reyes, M^a Dolores. D.U.E.*

Martínez Rubio, Laura. Médico de Familia.**

*Consejería de Sanidad y Consumo. Ciudad Autónoma de Ceuta.

**Centro de Salud Zona III. INGESA. Ceuta.

INTRODUCCIÓN

La varicela está producida por el virus de la varicela zóster. Es una enfermedad vírica característica de la edad infantil, en general leve, pero en algunos casos puede ser más grave con posibles complicaciones en bebés, adultos y personas inmunodeprimidas. El riesgo de hospitalización en adultos con varicela es del 14-18% y sólo del 1-2% en niños. Después de la primoinfección el virus queda latente y puede reactivarse produciendo herpes zóster.



Virus varicela- zóster

Hasta ahora la varicela es una enfermedad de declaración numérica obligatoria. En Ceuta, la declaración la realizan por sospecha clínica los médicos de atención primaria, fundamentalmente los pediatras aunque también los médicos de familia y los facultativos de urgencias tanto de atención primaria como hospitalaria. Los datos se agregan en el Servicio de Epidemiología y la información se difunde a toda la Red Ceutí de Vigilancia Epidemiológica y al Centro Nacional de Epidemiología.

En el momento actual existen dos vacunas, con características diferentes, comercializadas en España.

La estrategia de vacunación infantil plantea por el momento algunas incógnitas relacionadas con la duración

de la inmunidad conferida con la vacuna, lo que podría implicar la necesidad de dosis de recuerdo, y con el efecto que podrían tener niveles de coberturas altos.

Niveles de cobertura medios pueden modificar la epidemiología de la enfermedad produciendo un desplazamiento de la edad de presentación de la misma a edades más avanzadas, lo que conllevaría un mayor porcentaje de casos graves y/o complicados.

En España y otros países europeos como Suiza se ha optado por la estrategia de vacunación de adolescentes susceptibles, cada Comunidad Autónoma puede elegir una cohorte de edad que esté incluida entre los 10 y 14 años. Es la estrategia más coste-efectiva, si se aplica antes de los 13 años sólo se precisa una dosis de vacuna.

En Ceuta, la vacunación incluida en calendario comenzó en el año 2.006 mediante campaña escolar, dirigida a la cohorte de 10 años de edad (susceptibles, que no han pasado la enfermedad ni han sido vacunados con anterioridad) con la vacuna Varivax. En 2.008 se inicia primovacuna universal a los 18 meses.

En Enero de 2.007, la Ponencia de Vigilancia consensuó una nueva propuesta de vigilancia que incorpora además de la notificación semanal numérica, la vigilancia de la incidencia anual por grupos de edad, el seguimiento de la gravedad y complicaciones, a partir del análisis anual del Conjunto Mínimo Básico de Datos de ingreso hospitalario (CMBD) y el seguimiento de la mortalidad a partir de los registros de defunción.

El nuevo modelo de declaración de varicela comenzó a usarse en Ceuta a principios de este año, con una aceptación todavía escasa por parte de los profesionales, y resulta imprescindible para evaluar el impacto de la vacunación en la epidemiología de la enfermedad.

OBJETIVO

Analizar la situación epidemiológica de la varicela en Ceuta, a partir de los datos existentes en la declaración numérica , para establecer el patrón basal de presentación de esta enfermedad en los años previos a la introducción de la vacuna en los programas de vacunación sistemática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal.

La fuente de datos han sido las varicelas declaradas numéricamente a la Red Ceutí de Vigilancia Epidemiológica de Ceuta durante el periodo 2.002-2.007, y los casos agregados a nivel nacional publicados por el Centro Nacional de Epidemiología en su boletín.

La declaración ha sido numérica de sospecha .

La definición clínica de caso fué la recogida en el Protocolo de Enfermedades de Declaración Obligatoria del Ministerio de Sanidad y Consumo vigente desde el año 2.000:

Enfermedad de comienzo repentino, con fiebre

moderada, síntomas generales mínimos y erupción cutánea de tipo maculo -papular durante unas horas que se transforman en vesículas durante 3 ó 4 días que deja costras granulares. Las diversas fases coexisten y las lesiones son superficiales.

Los datos han sido agregados según los procedimientos del Reglamento Regulator de la Red Ceutí de Vigilancia Epidemiológica.

Los cálculos se realizaron mediante excell.

Los datos se presentan en forma de tablas con los casos y tasas por 100.000 habitantes tanto de Ceuta como de España y de gráficos de barras simples y agrupadas.

RESULTADOS

El número de casos declarados en el total del periodo estudiado fue de 2.522 en la población ceutí , con una mayor incidencia de casos sobre todo en el año 2.004 (983) y 2.006 (623) . A nivel nacional el año de mayor incidencia fue el 2.004(237.156).

Las tasas más elevadas en Ceuta ocurrieron durante 2.004(1299,89) y en menor proporción en 2.006 (687,39) y a nivel nacional en 2.004 (598,11).

En España se notificaron a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica durante el periodo 2.002-

2.007 una media anual de 176.089 casos de varicela con una tasa media de 450,97 y una importante onda epidémica en el 2.004 .

En Ceuta se notificaron durante el periodo 2.002-2.007 una media anual de 420 casos de varicela con una tasa media de 537,16 y dos importantes ondas epidémicas , una en el año 2.004 y otra en el año 2.006.

El porcentaje de cambio presenta amplias oscilaciones en Ceuta y variaciones mucho menores en España.

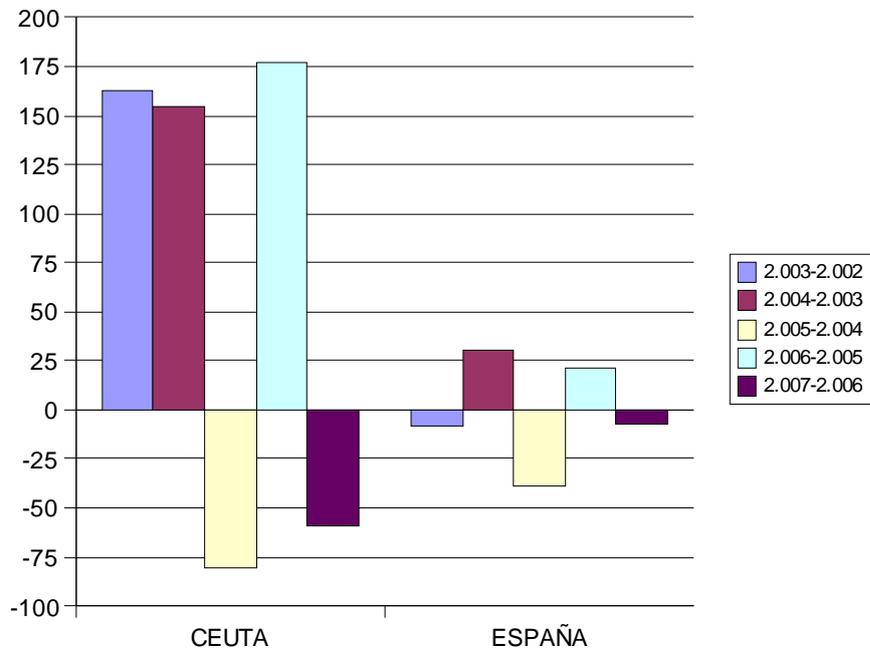
Tabla 2: Número de casos y tasas de varicela en Ceuta y España de 2.002 a 2.007.

AÑO	CASOS CEUTA	TASAS CEUTA	CASOS ESPAÑA	TASAS ESPAÑA
2007	198	281,75	150159	339,48
2006	623	687,39	146113	447,74
2005	189	248,41	146066	368,01
2004	983	1299,89	237156	598,11
2003	384	511,21	180783	456,44
2002	145	194,35	196257	496,09

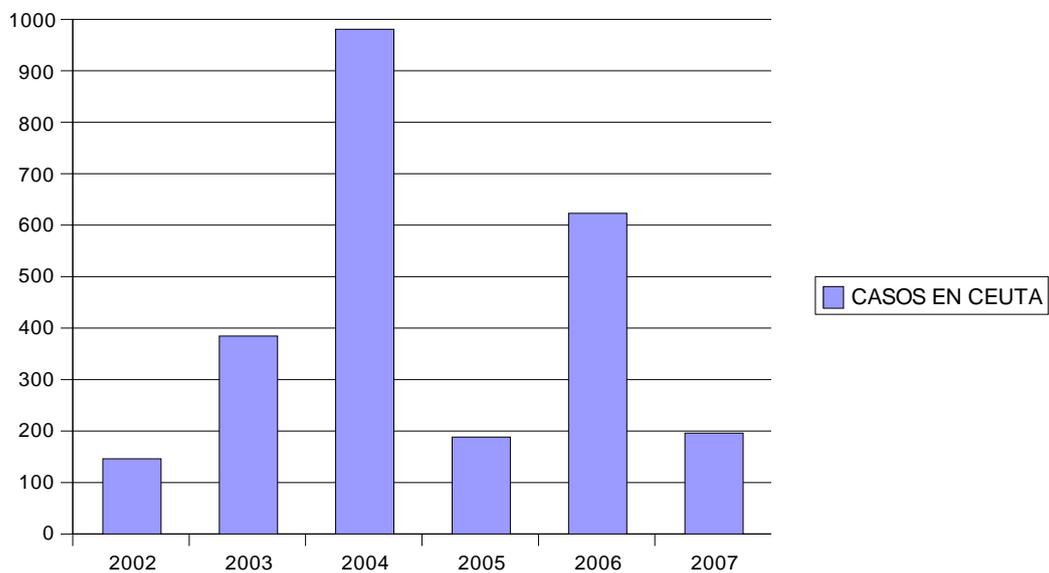
Tabla 3 : Porcentaje de cambio interanual en Ceuta y España.

% DE CAMBIO	2003/02	2004/03	2005/04	2006/05	2007/06
Ceuta	163,03%	154,27%	-80,88%	176,71%	-59,01%
España	-7,99%	31,03%	-38,47%	21,66%	-7,78%

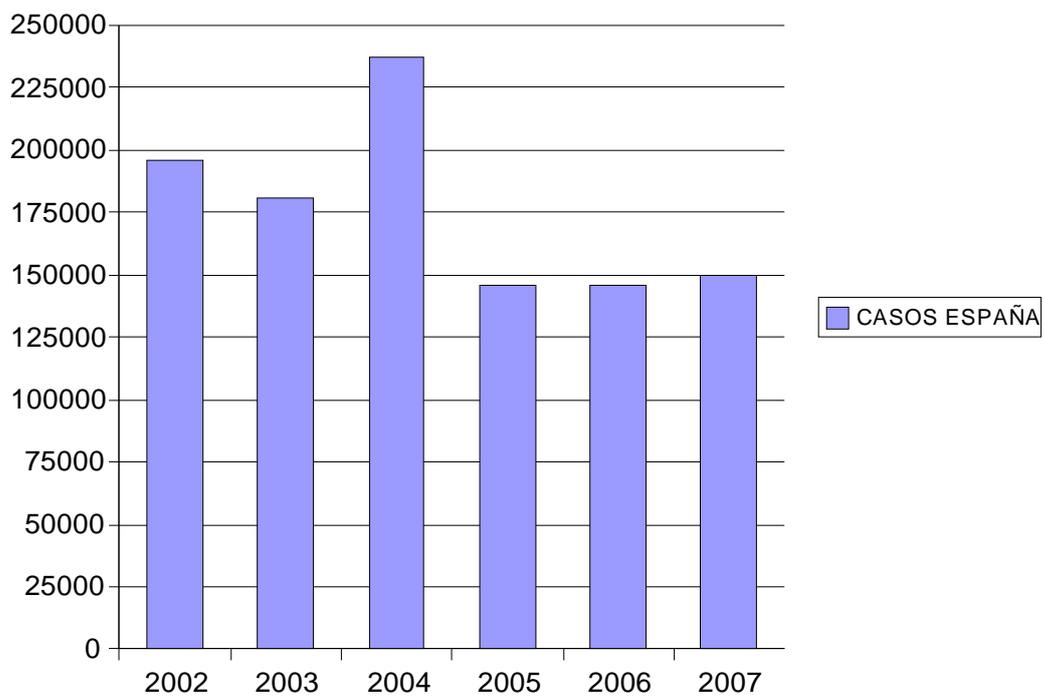
Gráfica 1 : Comparación de porcentaje de cambio interanual entre España y Ceuta.



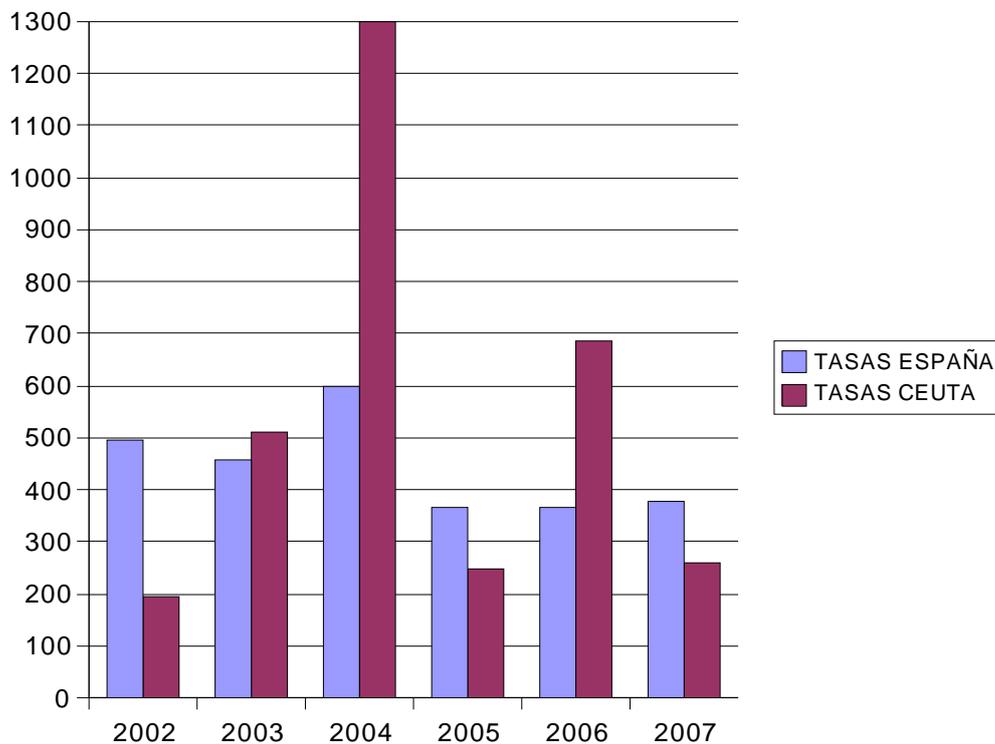
Gráfica 2 : Casos declarados de varicela en Ceuta al sistema EDO de 2.002 a 2.007.



Gráfica 3: Casos declarados de varicela en España al sistema EDO de 2.002 a 2.007.



Gráfica 4 : Comparación de Tasas entre Ceuta-España.



DISCUSIÓN

La evolución en la declaración de casos numéricos presenta en Ceuta importantes variaciones con las consiguientes variaciones en las tasas. Al tratarse de una muestra pequeña en relación a la población total española, pequeños cambios en el número de casos dan lugar a variaciones importantes en las tasas.

En comparación con el resto del territorio nacional, coincide el pico de incidencia más alto sobre todo en el 2.004 y también en 2.006.

La muestra estudiada permite estimar las características de presentación de la varicela en pacientes no hospitalizados. Las complicaciones graves no son detectadas por el sistema, su estudio precisaría la revisión de fuentes hospitalarias (CMBD) ampliando el estudio a población general.

En España, la media anual de ingresos por varicela por 100.000 habitantes menores de 15 años es 13,09 y en mayores de 14 años es 1,44. Del total de ingresados, el 49,4% tienen complicaciones y dentro de este grupo hay diferencias según la edad, el mayor porcentaje se da en adultos de 35 a 44 años (72%) y de 25 a 34 años (68,5%).

Durante el año 2.007, 10 CCAA iniciaron la vigilancia de varicela por grupos de edad encontrando una distribución similar entre

las distintas comunidades, y en aquellas con información de varios años, el patrón por grupos de edad se mantiene estable (el 87% de casos son menores de 15 años y de ellos la gran mayoría tienen entre 1 y 4 años; los casos en mayores de 14 años se concentran en las edades de 25 a 34 años).

En Ceuta, a partir de 2.008, con la implantación del nuevo modelo de declaración podremos conocer la distribución por sexo y edad, además de la presencia de complicaciones y compararlos con el resto del territorio español.

La opción recomendada en el momento actual, de vacunación de adolescentes susceptibles, tiene como objetivo disminuir la incidencia de la enfermedad en edades en que las complicaciones son más graves y hay más mortalidad. Esta estrategia tiene poco impacto en la incidencia global de la enfermedad, pero tiene menor riesgo de efectos adversos sobre la epidemiología de la enfermedad: no reduce la circulación del virus en la población por lo que no produce aumento de la edad media de infección y no produce ningún efecto sobre la epidemiología del herpes zóster. El análisis continuado de las diferentes experiencias permitirá replantear otras estrategias de vacunación en función de los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES

-Enfermedad frecuente en nuestro medio.

-Presenta importantes variaciones interanuales en casos globales y tasas.

-Se considera conveniente ampliar la vigilancia, tanto de varicela como de herpes zóster, con nuevas variables, para caracterizar la epidemiología de la enfermedad y el impacto de la estrategia de vacunación elegida.

BIBLIOGRAFÍA

-Protocolos de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.MSC. Versión año 2.000.

-Murray et al. Manual of Clinical Microbiology.6 th edición.

-Román E. Infección por varicela. 2.006.

-Piedrola y Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública.10ª edición.

-Guía práctica de vacunaciones. Juan Picazo de la Garza. 2.007.

-Propuesta para la vigilancia de la varicela y el herpes zóster.

CNE.Junio 2.007.

-Recomendaciones de vacunación y sus implicaciones en salud pública.Mayo 2.005.

-Situación de la Varicela en España. Centro Nacional de Epidemiología.Junio 2.006.

DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DETERMINE HIV-1/2

López Corrales, I
DUE del Plan sobre SIDA
Consejería de Sanidad y Consumo. Ciudad Autónoma de Ceuta.

El SIDA se caracteriza por los cambios en la población de linfocitos T. El virus reduce el número de linfocitos T colaboradores, lo que provoca que los individuos infectados sean más vulnerables a tumores e infecciones oportunistas. El virus causante del SIDA es de dos tipos relacionados entre sí, denominados VIH-1 Y VIH-2. La presencia del virus del SIDA provoca la producción de anticuerpos específicos antiVIH-1 o antiVIH-2.

Determine HIV-1/2 es un inmunoanálisis cualitativo *in vitro* de interpretación visual para la detección de anticuerpos antiVIH-1 y antiVIH-2 en suero, sangre o plasma humano. Este ensayo es un test rápido indicado como ayuda en la detección de anticuerpos antiVIH-1/VIH-2 en muestras de individuos infectados. La muestra se añade a la superficie absorbente, y mientras traspasa el área del conjugado se mezcla con el coloide de selenio-antígenos.

Esta mezcla emigra por la fase sólida hasta llegar a los antígenos recombinantes y péptidos sintéticos inmovilizados en la ventana de resultados del paciente. Si los anticuerpos antiVIH-1 o antiVIH-2 están presentes en la muestra, se unen al coloide de selenio-antígenos y a los antígenos en la ventana de resultados del paciente formándose una barra roja en esta ventana.

Si los anticuerpos antiVIH-1 o antiVIH-2 no están presentes, el coloide de selenio-antígenos traspasa la ventana de resultados del paciente y no aparece ninguna barra roja en esta ventana. Para asegurar la validez de los resultados, este ensayo incluye una barra de control del procedimiento.

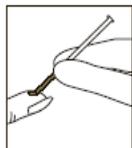


Las muestras de suero, plasma y sangre humana recogida por venopunción se deben recoger asépticamente de manera que se evite la hemólisis.



Recogida de muestras por punción digital:

Antes de recoger una muestra por punción digital, coloque un tubo capilar con EDTA



en una superficie limpia y seca.

- 1.- Recoger la muestra de la punta de los dedos corazón, anular o índice en adultos y niños mayores de 1 año.
- 2.- Limpiar el dedo con alcohol y dejar que se seque, colocar la mano con la palma hacia arriba.
- 3.- Utilizar una lanceta y desechar la primera gota con una gasa estéril.
- 4.- Mantener el dedo por debajo de la altura del codo y presionar suavemente a intervalos en la base del dedo, tocar con la punta del tubo capilar con EDTA la gota de sangre, evitando las burbujas de aire.
- 5.- Llenar el tubo capilar de EDTA hasta donde indica la flecha.
- 6.- Depositar en la superficie absorbente y añadir una gota de tampón de arrastre.
- 7.- Esperar un mínimo de 15 minutos y leer el resultado.

Para asegurar la validez de los resultados, este ensayo incorpora un control del procedimiento (denominado "Control"). Si la barra de control no se torna de color rojo al finalizar el análisis, el resultado no es válido y se debe volver a analizar la muestra.

Interpretación de los resultados:

Positivo (2 barras):

Tanto en la ventana de "control" como en la ventana de resultados del paciente aparecen barras rojas. Cualquier tipo de tonalidad roja que pueda aparecer en la ventana de resultados del paciente implica que el resultado es positivo.

Negativo (1 barra):

En la ventana de "control" aparece 1 barra roja y en la ventana de resultados del paciente no aparece ninguna barra roja.

No válido (ninguna barra):

Si no aparece ninguna barra roja en la ventana de control del ensayo, el resultado no es válido y se debe repetir el análisis (aunque haya aparecido una barra roja en la ventana de resultados del paciente)

