



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA

BOLETÍN Nº10
ABRIL DE 2.010

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:

- Enfermedades de Declaración Obligatoria. Ceuta. 2009.
- Sistema de Información Microbiológica. Ceuta. 2005 a 2009.
- Varicela y Herpes zóster. Ceuta. 2008/09.
- Brote de gastroenteritis asociado a varias celebraciones en un restaurante de Ceuta.

Enfermedades de Declaración Obligatoria .Ceuta. 2009.

ENFERMEDADES	CÓDIGO OMS 9 REV 1975	Casos 2009	Casos 2008	Tasas 2009	Tasas 2008	Mediana 2004-08	Índice epidémico
Enfermedades de transmisión alimentaria							
F. Tifoidea y paratifoidea	002	0	1	0,00	1,39	1	0,00
Enfermedades de transmisión respiratoria							
Enfermedad meningocócica	036	2	6	2,78	8,33	2	1,00
Gripe	487	1.295	803	1798,89	1115,45	1.596	0,81
Legionelosis	482.8	3	2	4,17	2,78	1	3,00
Tuberculosis respiratoria	011,012	28	34	38,89	47,23	35	0,80
Varicela	052	43	462	59,73	641,76	462	0,09
Enfermedades de transmisión sexual							
Infección gonocócica	098.0,098.1	0	2	0,00	2,78	2	0,00
Sífilis	091	2	2	2,78	2,78	4	0,50
Enfermedades prevenibles por inmunización							
Parotiditis	072	11	5	15,28	6,95	14	0,79
Rubeola	056	1	2	1,39	2,78	4	0,25
Sarampión	055	1	5	1,39	6,95	1	1,00
Tos ferina	033	1	0	1,39	0,00	0	0,00
Hepatitis víricas							
Hepatitis A	070.0,070.1	54	38	75,01	52,79	21	2,57
Hepatitis B	070.2,070.3	3	1	4,17	1,39	1	3,00
Otras hepatitis víricas	070.4-070.9	17	26	23,61	36,12	8	2,13

Tabla 1: Casos y tasas de Enfermedades de Declaración Obligatoria en Ceuta durante 2009 y 2008, índice epidémico acumulado 2009 y mediana del quinquenio. Fuente y elaboración propia.
Se excluyen las enfermedades de las que no ha habido casos declarados.

Índice epidémico acumulado para una enfermedad dada es la razón entre los casos acumulados y los que se esperan o preven (mediana del quinquenio anterior). Si el valor se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal; si es menor o igual a 0,75 se considera baja; y si es mayor o igual a 1,25 se considera alta. En enfermedades de baja incidencia no es de utilidad, ya que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en el índice.

Durante 2009 las siguientes rúbricas han presentado:

*Un I. E. superior o igual a 1,25:

Legionelosis (3,00). Hepatitis A (2,57) . Hepatitis B (3,00). Otras hepatitis víricas (2,13)

*Un I. E. inferior o igual a 0,75:

Varicela (0,09). Sífilis (0,50). Rubéola (0,25). Tos ferina (0,00)

*Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal.

Sistema de Información Microbiológica. Ceuta. 2005 a 2009.

BACTERIAS	2005	2006	2007	2008	2009
Aeromonas, Plesiomona	4	3		1	1
<i>Bordetella pertusis</i>					1
<i>Borrelia burgdorferi</i>					
<i>Brucella melitensis</i>					1
Campylobacter spp.	10	4	8	7	3
<i>Clostridium botulinum</i>	1	2		1	
<i>Clostridium tetani</i>					
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>					
<i>Coxiella burnetii</i>					
<i>Chlamydia trachomatis</i>				4	
<i>Chlamydia pneumoniae</i>					
<i>Escherichia coli verotoxigénico</i>					
<i>Streptococcus pneumoniae</i> Antígeno				21	19
<i>Streptococcus pneumoniae</i> Cultivo				5	
<i>Francisella tularensis</i>					
<i>Gardnerella vaginalis</i>					
<i>Haemophilus influenzae</i>					
<i>Legionella</i>	1			2	4
<i>Leishmania</i>					
<i>Leptospira</i>					
<i>Listeria monocytogenes</i>					1
<i>Mycobacterium leprae</i>					
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	46	28	44	29	23
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>					
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>					
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>		1		4	1
<i>Neisseria meningitidis</i>	2	1		1	1
<i>Neisseria meningitidis</i>					
<i>Plasmodium</i>					
<i>Rickettsia conorii</i>					
<i>Salmonella</i> spp.	59	55	37	60	27
<i>Salmonella typhi</i> y <i>S. paratyphi</i>					
<i>Shigella</i>	11	10	1	13	4
<i>Shigella dysenteriae</i>					
<i>Streptococcus agalactiae</i>					
<i>Streptococcus pneumoniae</i> AG	1			1	8
<i>Streptococcus pyogenes</i>					
<i>Treponema pallidum</i>	39	42	25	20	4
<i>Vibrio cholerae</i>					
<i>Vibrio fluviales</i>			1		
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>					
<i>Yersinia</i> spp			1	2	

VIRUS	2005	2006	2007	2008	2009
Adenovirus	32	29		9	3
<i>Dengue</i>					
Enterovirus					
<i>Herpes simple</i>					4
Influenza		2		1	36
<i>Rotavirus</i>	44	76	67	55	46
VHA	49	53	31	38	44
VHB	33	11		10	
VHC	74	61	32	11	1
VHE					
Virus de Epstein Barr		6	2	10	10
<i>Virus de la Fiebre Amarilla</i>					
Virus de la Fiebre del Nilo					
<i>Virus de la parotiditis</i>					
Virus de la polio					
<i>Virus de la rabia</i>					
Virus de la rubéola	8	1	1		
<i>Virus de la Varicela</i>					
Virus del sarampión					
<i>Virus respiratorio sincitial</i>	7	19	24	33	13
PARÁSITOS					
<i>Ascaris lumbricoides</i>				8	
<i>Blastocystis Hominis</i>				3	
<i>Cryptosporidium</i>					
<i>Echinococcus granulosus</i>					
<i>Endolimax nana</i> / <i>H. nana</i>				2	
<i>Entamoeba</i>				3	
<i>Enterobius vermicularis</i>				10	
<i>Giardia</i>				21	1
<i>Toxoplasma gondii</i>	7	2		2	1
<i>Trichomona vaginalis</i>					
HONGOS					
<i>Aspergillus</i>					

Tabla 2: Declaraciones microbiológicas de 2005 a 2009 en Ceuta. Fuente: Laboratorio de Microbiología del Hospital Universitario del Ingesa.

Comentarios a la tabla:

- Enfermedades exantemáticas infantiles

El Plan Nacional de Eliminación pretende una vigilancia y control especiales de sarampión, rubéola y parotiditis, por lo que las muestras biológicas de los casos detectados se envían directamente de la Consejería al Centro Nacional de Microbiología.

- Se afianza el problema de la hepatitis A.

- Incremento del diagnóstico etiológico de neumonías (*legionella* / *neumococo*) motivado por un incremento de solicitudes de este tipo de pruebas como protocolo previo a la solicitud de pruebas de nueva gripe A.

- Importante impacto de la detección de virus gripe a través de las pruebas de PCR (IS CIII).

- Disminución de las Infecciones de Transmisión Sexual por *treponema* y *N. gonorrhoeae*.

- Disminución de las gastroenteritis por *salmonella*.

- Baja aunque con niveles altos la tuberculosis, los virus respiratorios sincitiales y las gastroenteritis por rotavirus.

Grupos de edad	VARICELAS registradas	TOTAL por SEXO		Antecedentes de Vacunación					
		Hombres	Mujeres	Vacunados		No Vacunados		Desconocido	
				H	M	H	M	H	M
< 1 año	17	8	9		1	8	8		
1- 4 años	151	81	70	16	17	65	53		
5- 9 años	109	53	56	7	9	46	47		
10- 14 años	23	10	13	3	5	7	8		
15- 19 años	0	0	0						
20- 24 años	0	0	0						
25- 34 años	3	1	2			1	1		1
35- 44 años	2	2	0			2			
45 años y más	0	0	0						

Tabla 3: Distribución por edad, sexo y antecedentes de vacunación de los casos de varicela en Ceuta durante 2008. Fuente: Nuevo modelo de declaración de Atención Primaria.

Grupos de edad	HERPES ZÓSTER	TOTAL por SEXO	
		Hombres	Mujeres
< 1 año	0		
1- 4 años	0		
5- 9 años	0		
10- 14 años	1		1
15- 19 años	1	1	
20- 24 años	0		
25- 29 años	0		
30- 34 años	1		1
35- 39 años	0		
40- 44 años	1	1	
45- 49 años	2	1	1
50- 54 años	1		1
55- 59 años	0		
60- 64 años	0		
>= 65 años	3	1	2

Tabla 4: Distribución por edad y sexo de los casos de herpes zóster en Ceuta durante 2008. Fuente: Nuevo modelo de declaración de Atención Primaria.

Grupos de edad	VARICELAS registradas	TOTAL por SEXO		Antecedentes de Vacunación					
		Hombres	Mujeres	Vacunados		No Vacunados		Desconocido	
				H	M	H	M	H	M
< 1 año	4	1	3			1	3		
1- 4 años	11	5	6			5	6		
5- 9 años	11	7	4			7	4		
10- 14 años	1	1				1			
15- 19 años									
20- 24 años									
25- 34 años	3	1	2			1	2		
35- 44 años	1	1				1			
45 años y más									

Tabla 5: Distribución por edad, sexo y antecedentes de vacunación de los casos de varicela en Ceuta durante 2009. Fuente: Servicio de Informática de Atención Primaria.

Grupos de edad	HERPES ZÓSTER	TOTAL por SEXO	
		Hombres	Mujeres
< 1 año			
1- 4 años			
5- 9 años	2	1	1
10- 14 años	1		1
15- 19 años	3	1	2
20- 24 años	2		2
25- 29 años			
30- 34 años	3	3	
35- 39 años	5		5
40- 44 años	9	4	5
45- 49 años	11	6	5
50- 54 años	12	4	8
55-59 años	12	7	5
60-64 años	14	7	7
>= 65 años	54	14	40

Tabla 6: Distribución por edad y sexo de los casos de herpes zóster en Ceuta durante 2009. Fuente: Servicio de Informática de Atención Primaria

Durante 2009, la declaración se ha completado con los datos obtenidos del Servicio de Informática de Atención Primaria, por lo que no son comparables los datos de un año y otro.

Autores: E.V.Martínez* A.I.Rivas M^D.Barrientos**A.Toledo*****

*Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III

**Servicio de Epidemiología-Consejería de Sanidad y Consumo-Ciudad Autónoma de Ceuta

***Servicio de Salud Escolar- Consejería de Sanidad y Consumo-Ciudad Autónoma de Ceuta

Introducción

Se entiende por enfermedades transmitidas por alimentos aquellas enfermedades en las que el vehículo de transmisión es un alimento propiamente dicho o agua. Los riesgos específicos y las medidas de control y prevención en los brotes son diferentes en función del agente y vehículo implicado, por lo que resulta crucial encontrar la causa específica en cada caso.

Tanto a nivel nacional (54,7%) como a nivel de la Ciudad Autónoma (58,3%), más de la mitad de los brotes de transmisión alimentaria, del total de brotes transmitidos por alimentos en donde el ámbito es conocido, están originados en establecimientos de restauración colectiva, lo que podría estar mostrando probablemente un insuficiente impacto de las diversas medidas de prevención.

En cuanto al microorganismo implicado en el brote, se desconoce el mismo en el 35,1% de los brotes de transmisión alimentaria a nivel estatal, aunque este porcentaje varía mucho a nivel de la Ciudad Autónoma debido al pequeño número de brotes anuales que se originan.

Por último, no se consigue identificar el alimento implicado en el 30% de los brotes a nivel estatal, disminuyendo este porcentaje al 10% para los que consiguen confirmación microbiológica en el alimento. A nivel de la Ciudad Autónoma se desconoce el alimento implicado en el 42,05% de los brotes.

Descripción de la alerta

La primera sospecha del brote se produce el día 11 de octubre de 2009 tras notificación telefónica a la Consejería de Sanidad y Consumo de Ceuta de una afectada. Esta persona pertenecía a un grupo de 42 antiguas alumnas que habían cenado y comido en varios restaurantes y de las que habían enfermado 22 personas, habiendo cenado en el restaurante sospechoso el viernes 9 de octubre de 2009. Sólo se recogió una muestra de un enfermo para coprocultivo, cuyo resultado fue negativo.

El 13 de octubre de 2009 se recibe notificación de un segundo grupo de afectados, pertenecientes a la celebración de una boda el mismo viernes 9 de octubre de 2009 y que cenaron en el restaurante sospechoso. En total hubo 38 expuestos, de los que enfermaron 12 comensales. No se obtuvieron muestras de ninguno de los casos.

Tras estas dos notificaciones se procede a realizar inspección en el restaurante por parte del Servicio de Inspección veterinaria y Seguridad alimentaria el 14 de octubre de 2009 en la que se encontraron varias deficiencias, entre ellas mala higiene de las superficies en contacto con alimentos: tablas de corte y mesas de trabajo. Se realizó control de manipuladores y muestras de alimentos que resultaron todas negativas excepto un portador nasal de *Estafilococo aureus* entre uno de los manipuladores.

Debido a la magnitud del brote se pone en conocimiento del Centro Nacional de Epidemiología la información disponible el 15 de octubre de 2009.

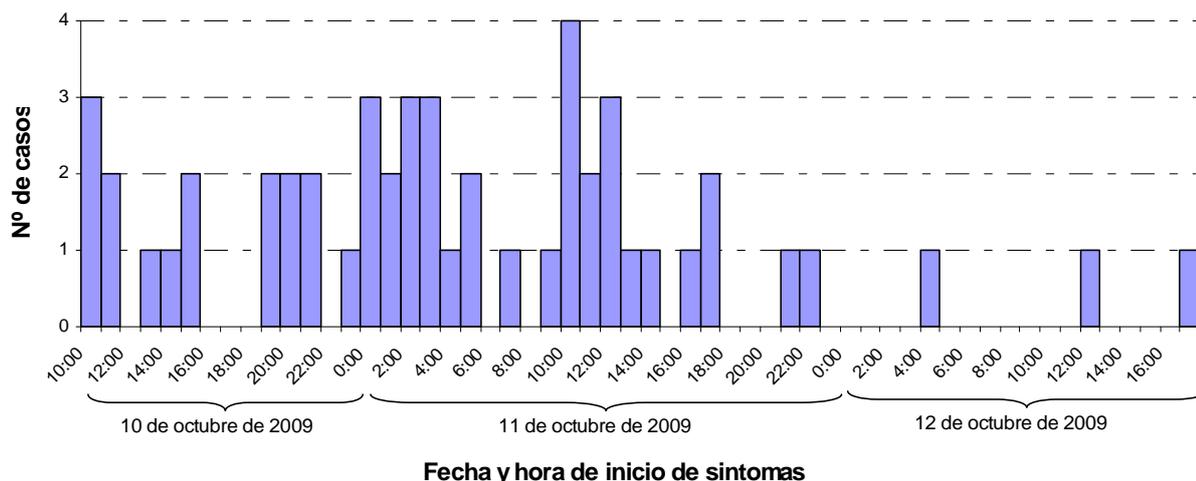
Por último el jueves 5 de noviembre de 2009 se recibe una denuncia de Turismo en la Consejería de Sanidad y Consumo de Ceuta, en el que se expone la existencia de otro brote asociado al mismo restaurante sospechoso, una familia de 31 miembros que cenó en el restaurante el 10 de octubre de 2009 y de los que 17 enfermaron. No se obtuvieron muestras de ninguno de los casos.

Descripción del brote

En total hubo 111 expuestos, de los que se consiguió encuestar a 75, 51 casos y 24 sanos. Entre los afectados se encuentran residentes de otras Comunidades Autónomas en dos de las celebraciones, aunque todos ellos son nacidos o residentes en Ceuta, o bien con vínculos familiares. La investigación epidemiológica resultó muy complicada debido, entre otros motivos, a la negatividad de varios de los expuestos tanto a responder al cuestionario como a facilitar datos de contacto de otros asistentes a las celebraciones. La peor respuesta a la encuesta se produjo en el segundo grupo de afectados, de 38 expuestos, sólo 14 respondieron, seguido del primer grupo de afectados, donde se obtuvieron 30 encuestas de 42 expuestos. En contraposición, se consiguió entrevistar a la totalidad de la cohorte de expuestos del tercer grupo, lo que permitió un análisis epidemiológico más exhaustivo en este grupo.

La distribución de la curva epidémica podemos observarla en el gráfico 1. La mediana del periodo de incubación considerando los 3 banquetes en conjunto fue de 13 horas, siendo este dato más o menos similar en todos los grupos: 12 horas en dos grupos y 14,5 horas en un grupo.

Gráfico 1: Curva epidémica del brote (n = 51 casos)

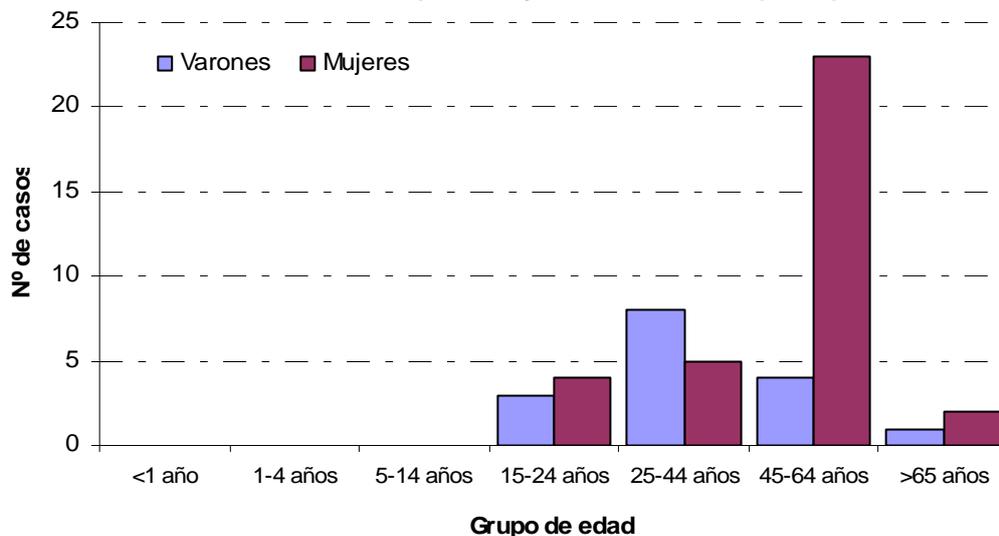


Fuente y elaboración propia.

Respecto a la distribución de los casos por edad y sexo (gráfico 2), destaca que el 68,6% de los enfermos son mujeres, estando esta proporción claramente influenciada porque el primer grupo de expuestos estaba íntegramente

formado por mujeres, de forma que excluyendo este grupo el porcentaje de mujeres disminuye a un 44,8%. La mediana de edad de los casos es de 50 con un rango de 6 y 81 años.

Gráfico 2: Distribución por sexo y edad de los casos (n = 50)



Fuente y elaboración propia.

La sintomatología consistió en diarrea en el 100% de los casos, seguido de dolor abdominal y la mayoría tuvo escalofríos aunque no todos documentaron fiebre. La diarrea fue líquida, amarilla o marrón clara en número elevado de deposiciones. Otros síntomas que presentaron fueron náuseas, vómitos y astenia.

El análisis de las encuestas sobre consumo de alimentos de los dos primeros grupos no obtuvo ningún dato significativo acerca de cuál podría ser el alimento contaminado, ni en el análisis por separado ni conjunto

en el caso de alimentos comunes. Aún sin significación estadística, en el análisis univariante del primer grupo destaca el consumo de pulpo con mahonesa, con una OR de 6 (IC95% 0,78-46,15).

En el último grupo de expuestos se realizó un análisis de cohortes retrospectivos, obteniéndose los datos de toda la cohorte de expuestos (tabla 1). Este análisis pone de manifiesto que el plato implicado en la producción del brote fue el pulpo con mahonesa, y tras consultar con el Servicio de Inspección veterinaria y Seguridad

alimentaria se estima que el alimento causante del brote es con mayor probabilidad la mahonesa. Además éste es uno de los dos platos que coincide en los tres menús, y si

se usan todos los datos unificados se observa una OR de 16, con un intervalo de confianza al 95% entre 9,3 y 295,3.

Tabla 1: Análisis univariante del tercer grupo de expuestos

Alimento consumido	Nº Enfermos	Nº Sanos	RR*	IC95% inf*	IC95% sup*
Pulpo con mahonesa	16	1	13,2	2	87,4
Solomillo al pedro ximénez	9	5	1,4	0,7	2,6
Gallo con gambas	8	6	1,1	0,6	2
Gambas rebozadas	16	6	6,6	1	42,3
Paté de salmón	11	6	1,5	0,8	3
Jamón de recebo	16	10	3,1	0,5	18,2
Langostinos tigre	16	8	4,7	0,7	29,3
Menú infantil	0	3	0	-	-
Queso manchego	14	11	1,1	0,5	2,7
Tarta	13	8	1,5	0,7	3,6

*RR: Riesgo Relativo; IC95% inf: Intervalo de confianza inferior al 95%; IC95% sup: Intervalo de confianza superior al 95%.

Fuente y elaboración propia.

Conclusiones

Nos encontramos ante un brote de gran envergadura, con 51 afectados, comparado tanto con la media nacional de casos por brote (13,5) como con la mediana nacional de casos por brote (5) en los últimos años. En este caso y debido a diferentes circunstancias se produjo un retraso en la detección del brote y ausencia de datos suficientes para poder determinar el origen del mismo.

Este tipo de brotes pone de manifiesto la importancia de una rápida detección, así como la necesidad de la colaboración de todas las personas expuestas, para poder identificar de forma concreta y rápidamente el alimento implicado en el brote, pudiendo así localizar los factores contribuyentes concretos involucrados en la aparición del brote y por ello instaurar las medidas preventivas y de control más adecuadas en el menor tiempo posible.