



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:

- VIGILANCIA DE LA GRIPE EN CEUTA
- INCIDENCIA DE GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS QUE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA Y EN ESPAÑA
- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SIDA

Vigilancia de la gripe en Ceuta.

Sistema Centinela

Aunque la Red Centinela de gripe se activó en la intertemporada (semanas 20 a la 40 de 2009), se describen los hallazgos en Ceuta desde la semana epidemiológica 37 hasta la semana 52.

A partir de la semana 37 se empiezan a detectar casos clínicos y la onda pandémica alcanza el pico máximo en la semana 47 con una tasa de 202,64 por 100.000 habitantes. En el conjunto de España, el pico de la onda pandémica se alcanzó en la semana 46/2009 con 372,70 casos/100.000 habitantes.

El nivel de difusión es:

- esporádico durante las semanas 37,38 ,39 y 45

- local durante las semanas 46 ,47 y 48
- no se ha alcanzado el epidémico.

La intensidad ha sido media durante la semana 45, alta de la 46 a la 48, y el resto baja.

No ha habido detección simultánea de virus respiratorio sincitial.

En la figura 1 se muestra la evolución de la actividad pandémica y su comparación con la incidencia semanal de gripe en la temporada 2008/09.

La distribución por grupos de edad se representa en la figura 2.

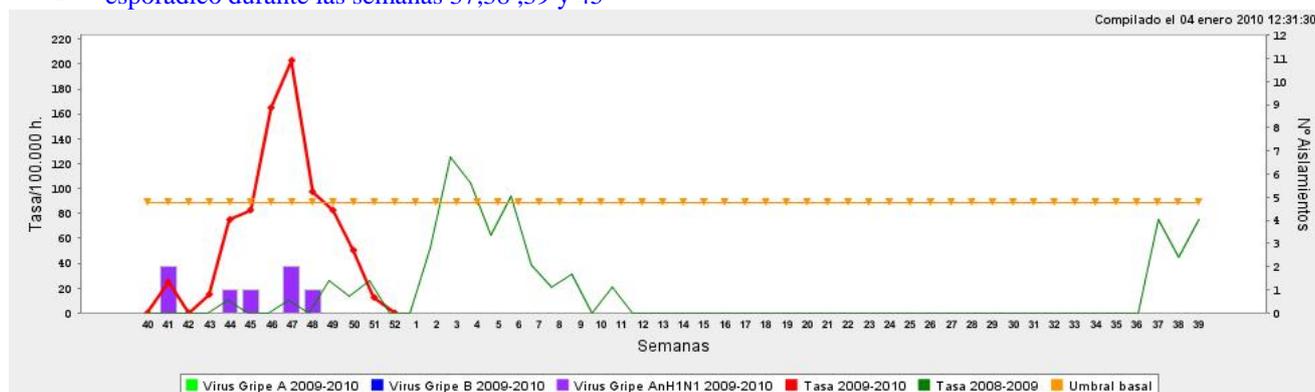


Figura 1: Evolución de la actividad pandémica en la temporada 2009/10. Fuente: aplicación informática del SVGE

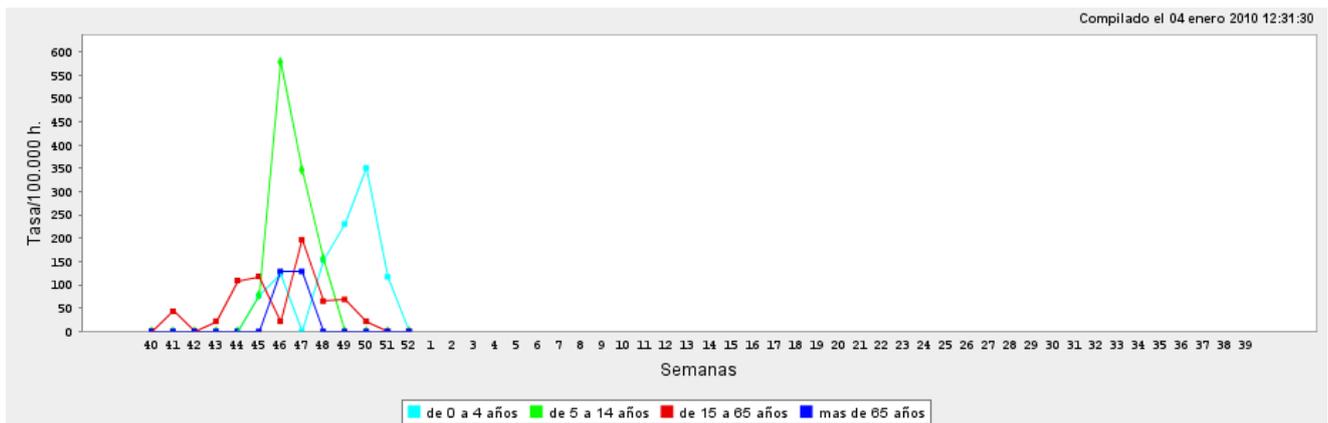


Figura 2: Tasas de incidencia por grupos de edad en la temporada 2009/10. Fuente: aplicación informática del SVGE

Caracterización epidemiológica de las detecciones totales de gripe AnH1N1 notificadas

Son los casos confirmados microbiológicamente detectados por la Red.

Desde la semana 37/2009 se han notificado 19 casos de gripe AnH1N1, 11 desde la semana 40, como se representa en la figura 3.

De ellos, el 63,2% son varones y el 36,8% son mujeres. El mayor número de casos corresponde al grupo de

edad de 15 a 64 años.

La sintomatología de los casos confirmados se representa en la figura 4.

Los síntomas más frecuentes son fiebre en la totalidad de los casos, seguido por mialgia y tos en el 94,7%.

Sólo uno de los casos presenta factor de riesgo conocido, cáncer e inmunosupresión.

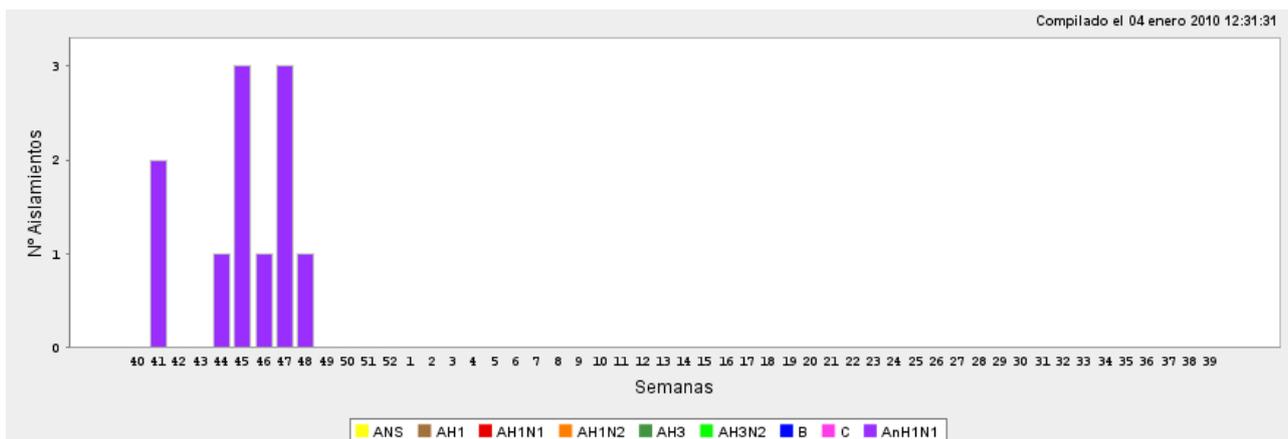


Figura 3: Aislamientos de virus gripales desde la semana 40 de la temporada 2009/10. Fuente: aplicación informática del SVGE

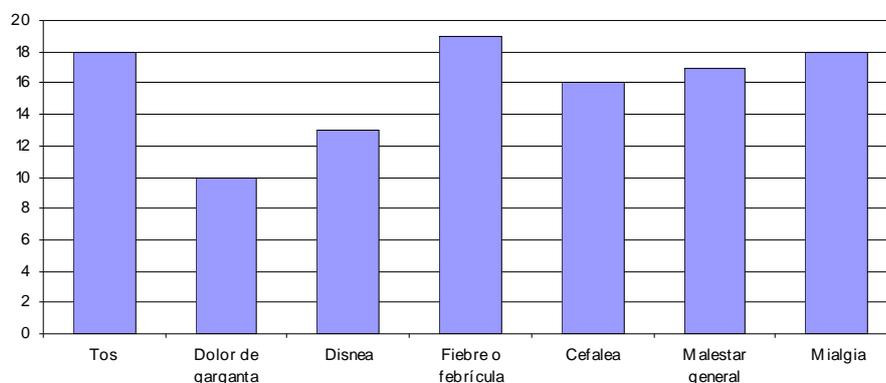


Figura 4: Sintomatología de los casos confirmados microbiológicamente desde la semana 37 de la temporada 2009/10. Fuente y elaboración propia

Resultados de laboratorio

El 100% de los virus aislados ha sido AnH1N1.

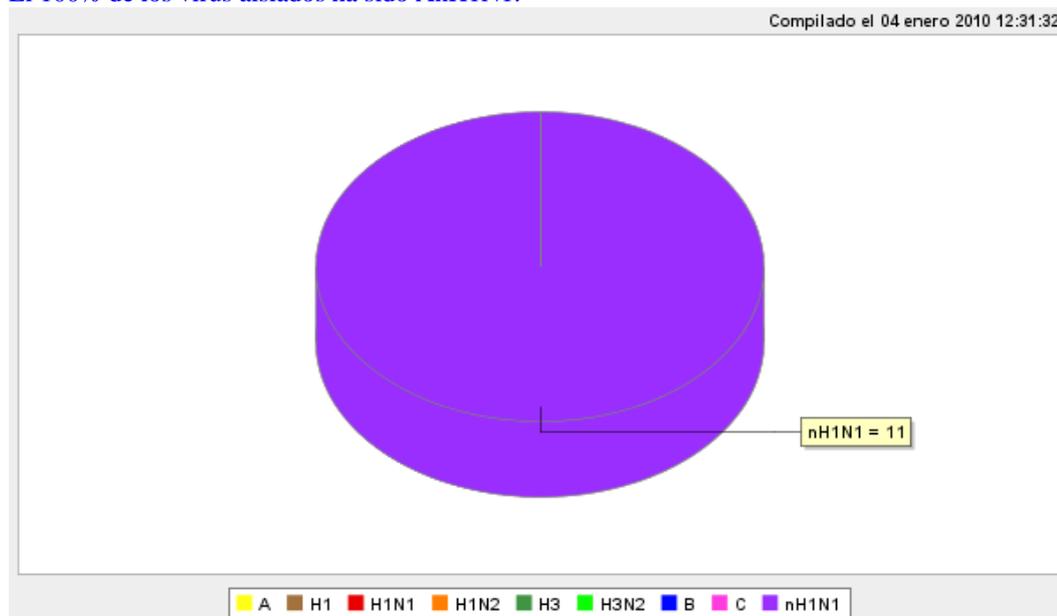


Figura 5: Tipos y subtipos de virus predominantes en la temporada 2009/10 hasta la semana 52.

Fuente: aplicación informática del SVGE

En la detección de casos y toma y envío de muestras han participado, además de los servicios de epidemiología y farmacia de la Consejería de Sanidad y Consumo:

- Los médicos centinela y personal de enfermería de los centros de salud de atención primaria.
- El laboratorio de microbiología del Ingesa.

-El servicio de medicina preventiva del Ingesa.

-El servicio médico del Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes.

-El personal sanitario de la Residencia de mayores Nuestra Señora de África.

-El servicio médico de la Guardia Civil.

Sistema de vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La gripe se incluyó en España en la lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria en 1904. Este sistema de vigilancia se basa en la notificación pasiva de casos incidentes de gripe efectuada por todos los médicos en ejercicio. El sistema EDO es de notificación obligatoria, aunque su especificidad es más baja que el del Sistema Centinela. En la figura 6 se

observan las tasas de incidencia semanal de gripe obtenidas a partir del Sistema de Vigilancia de la Gripe Centinela en Ceuta y del EDO.

En general las tasas de incidencia de gripe a través del Sistema Centinela superan a las estimadas a partir del EDO, aunque ambos coinciden en la morfología de la onda epidémica.

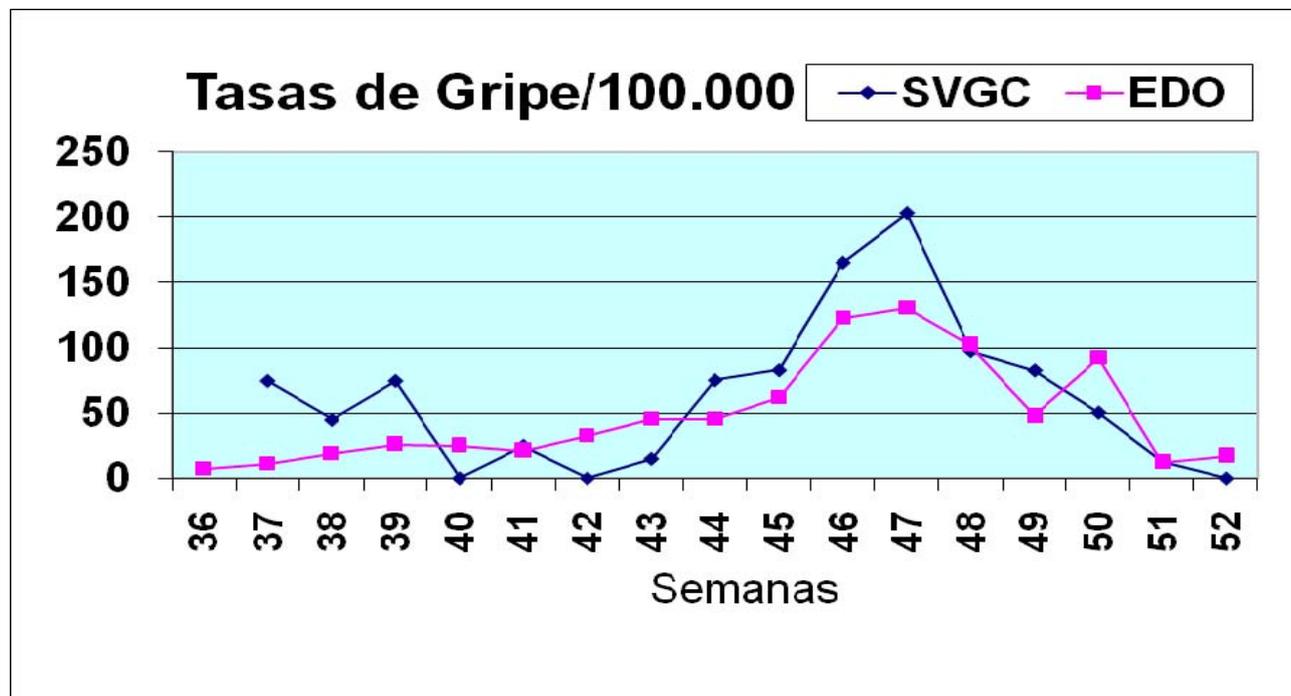


Figura 6: Tasa de incidencia semanal de gripe a través del Sistema Centinela y de EDO. Semanas 37 a 52/2009. Ceuta. Fuente y elaboración propia

Sistema de vigilancia de mortalidad diaria por todas las causas

Como indicador complementario a la vigilancia de la gripe y la carga de esta enfermedad se utiliza el modelo de estudio de la mortalidad diaria por todas las causas, desarrollado en la unidad de Alertas del CNE del ISCIII. La fuente de datos proviene de registros civiles informatizados de defunciones, dependientes del Ministerio de Justicia, que recogen defunciones por todas las causas.

Modelo: Se desarrollaron modelos basados en la mortalidad observada del 1 de enero 1999 al 31 de diciembre 2006 (datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística). Una vez corregida la tendencia y la estacionalidad se estima la mortalidad esperada mediante la media de las defunciones diarias y los dos días anteriores y posteriores observadas en cada uno de los cinco años de estudio.

Las defunciones observadas diariamente se comparan con las defunciones esperadas estimadas a partir de los datos mencionados. Dada la gran variabilidad aleatoria observada en las defunciones diarias, se estimaron

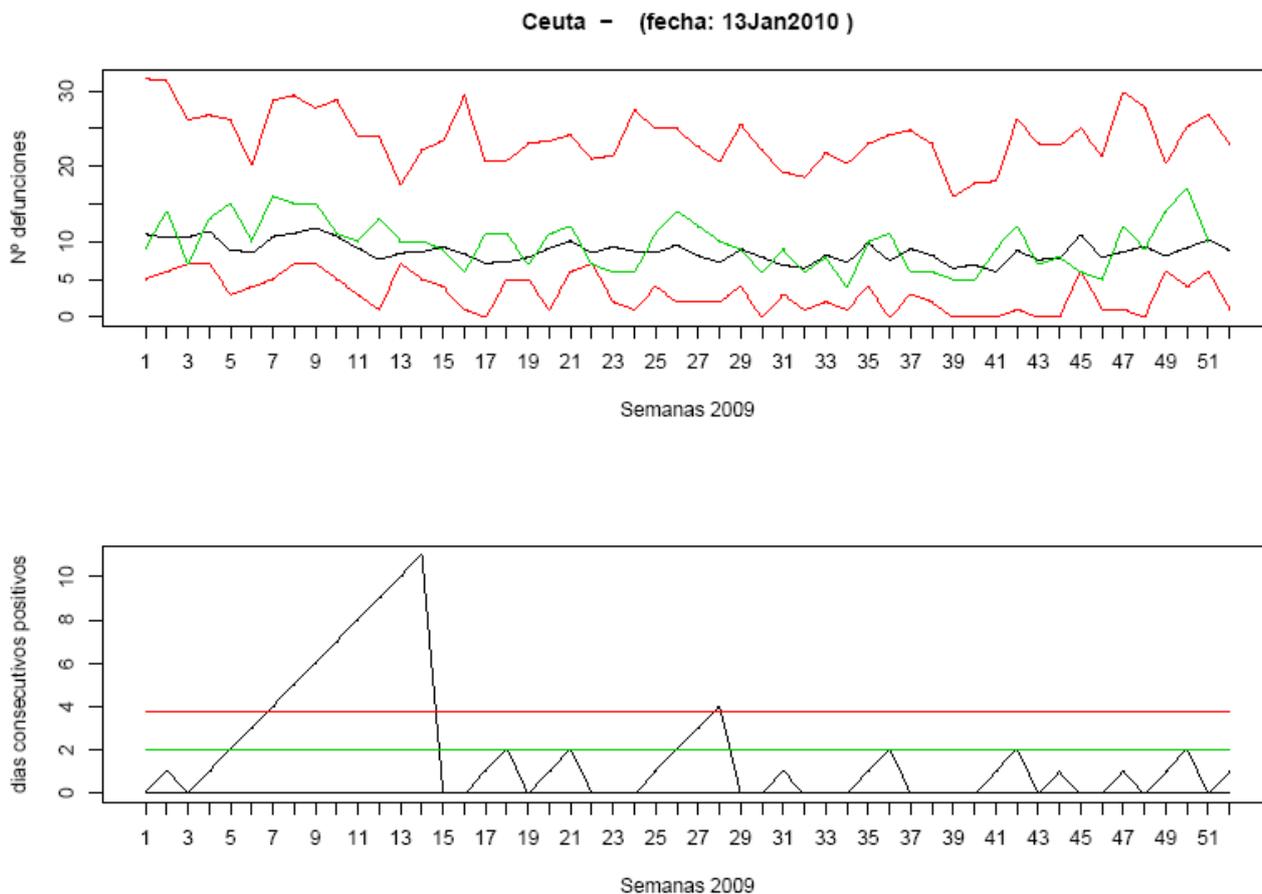
bandas de tolerancia superiores e inferiores en el percentil 97,5 y 2,5 alrededor del promedio esperado. Los datos de los años 2003 y 2006 fueron excluidos del modelo para evitar una sobreestimación de la mortalidad esperada por la influencia del exceso de defunciones observado durante el verano de dichos años y posiblemente asociado a las olas de calor sufridas.

Para facilitar la interpretación y por el tamaño de la población en Ceuta, se presenta el modelo semanal.

En la figura 7 la línea negra representa la mortalidad esperada, la línea verde es la mortalidad observada y las rojas son los intervalos de confianza.

En la figura 8, los picos en color negro indican las semanas en que la mortalidad observada está por encima de la esperada y la línea roja es el límite a partir del cual la mortalidad por encima de la media se considera anómala.

Hasta el momento no se ha registrado el incremento esperado de la mortalidad general, asociado a la fase de ascenso de la onda pandémica gripal.



Figuras 7 y 8: Mortalidad semanal observada y esperada en 2009 en Ceuta y exceso de mortalidad
Fuente: Unidad de Alertas del CNE

Vigilancia de casos graves

EDAD (EN AÑOS)	MUJERES INGRESADAS EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL		MUJERES INGRESADAS EN UCI		HOMBRES INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL	HOMBRES INGRESADOS EN UCI
	No embarazadas	Embarazadas	No embarazadas	Embarazadas	ACUMULADO	ACUMULADO
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO		
	<2	0	0	1	0	0
2-4	1	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0
15-19	1	0	0	0	0	0
20-24	1	0	0	1	0	0
25-29	2	0	1	0	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0
35-39	1	0	0	0	0	0
40-44	0	0	0	0	0	0
45-49	0	0	0	0	0	0
50-54	1	0	1	0	0	0
55-59	1	0	1	0	0	0
60-65	0	0	0	0	0	0
>65	0	0	0	0	1	0

Hasta la semana epidemiológica 52 (Del 28 DE DICIEMBRE DE 2009 AL 3 DE ENERO DE 2010)

La notificación agregada de casos ha sido realizada por el FEA de Microbiología y la notificación individualizada por el Servicio de Medicina Preventiva del Ingesa.

Todos los casos salvo uno, han estado ingresados en el hospital del Ingesa.

Uno de los casos fué evacuado.

Tabla 1: Casos graves declarados por los hospitales por sexo, edad y tipo de ingreso.

Monitorización del absentismo escolar

En junio de 2009, se creó un grupo de seguimiento de la gripe con personal de la Dirección provincial del Ministerio de Educación, FAMP, CEAPA, representante del Comité de Empresa del personal laboral y los Servicios de Salud Escolar y Epidemiología de la Consejería de Sanidad y

Consumo.

Desde octubre se monitoriza el absentismo de alumnos, personal docente y no docente por síntomas gripales. El informe completo se presentará en el boletín de abril.

Incidencia de gastroenteritis por Rotavirus que requiere hospitalización en la Ciudad Autónoma de Ceuta y en España.

M. Sonego¹, A. Rivas², E. Alcalde³, J. Donado¹, I. Rocher⁴, M.V. Martínez de Aragón¹.

Antecedentes y Objetivos.

El Rotavirus (RV) es la causa más frecuente de gastroenteritis (GEA) en los niños menores de 5 años de edad en todo el mundo, estimándose alrededor de 600.000 muertes al año, la gran mayoría de ellas en los países en desarrollo, y una alta morbilidad en todos los países. La reciente disponibilidad de una vacuna ha aumentado el interés por conocer la carga de enfermedad asociada.

Con esta preocupación, las autoridades sanitarias de la Ciudad Autónoma de Ceuta se plantean un estudio con el objetivo de estimar la carga de enfermedad severa (casos que requieren hospitalización) producida por RV en menores de 5 años comparada con la estimada para otros agentes etiológicos de GEA y con la situación en el conjunto de España.

Métodos.

Análisis retrospectivo de las hospitalizaciones por GEA en menores de 5 años a partir de los datos del registro de altas hospitalarias (CMBD) nacional, para los años 2005 y 2006. Se consideraron casos de GEA adquirida en la comunidad todos los pacientes ingresados que tenían consignado como diagnóstico principal (motivo de ingreso) algún código correspondiente a “enfermedades infecciosas intestinales” (códigos de la CIE-9-MC: 001-009.3). Entre ellos se diferenció la infección por RV (CIE-9-MC: 008.61) de las GEAs por otras etiologías o no especificadas. Se realizó una búsqueda de defunciones por RV en el registro de mortalidad del INE (código A08.0).

Para calcular la incidencia de hospitalización se utilizaron como denominadores las estimaciones del INE de la población residente menor de 5 años de edad

a 1 de julio de 2005 y 2006.

Resultados.

La incidencia de hospitalización de menores de 5 años, por GEA debida a RV en Ceuta durante 2005-06 fue de 8,4 por mil personas-año (IC 95% 6,7-10,3) y de 1,9 para toda España (IC 95% 1,9-2,0); RR de 4,3 (IC 95% 3,5-5,3). En Ceuta el RV es responsable del 63,0% de los ingresos hospitalarios por GEA en < 5 años, frente al 41,8 % para el conjunto de España. No hubo mortalidad por RV en España en estos dos años.

Conclusiones.

El RV en España produce una morbilidad hospitalizada en < 5 años similar a la estimada en Europa (media: 3; Rango: 0,3-11,9 por 1000), si bien no es causa de mortalidad. En Ceuta el RV causa más ingresos de <5 años por GEA que el resto de agentes etiológicos de GEA juntos y la incidencia de hospitalización por GEA debida a RV es 4,3 veces mayor que la estimada para el conjunto de España. Estos datos deberán ser tomados en cuenta a la hora de tomar decisiones referentes a la introducción de la vacuna contra el RV en Ceuta.

¹ Programa de Epidemiología Aplicada de campo (PEAC) - Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III

² Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad y Consumo - Ceuta

³ Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III

⁴ Servicio de Admisión y Documentación Clínica - Hospital de Ingesa - Ceuta

Vigilancia Epidemiológica del SIDA.

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

Los datos del informe semestral N°2 del año 2.008 del Registro Nacional de SIDA recogen un total de **166 casos** en Ceuta. La distribución de casos por sexo se encuentra desviada hacia el masculino con un 81,3 %, frente a un 18,7 % en el Femenino. Por categorías de transmisión, la más frecuente sigue siendo UDVP (Usuarios de Drogas por Vía Parenteral), y los grupos de edad más afectados son de 30 a 34 años. La tuberculosis pulmonar y la neumonía por *Pneumocystis* se mantienen como enfermedades indicativas de SIDA con un 29% y un 22% con respecto al resto. La mayoría de los casos presentan asociada en un alto porcentaje hepatitis C, hepatitis B y candidiasis orofaríngea.

Tabla 1: Enfermedades indicativas que dieron lugar al diagnóstico de Caso SIDA Ceuta, 1981-2008

Enfermedad indicativa	Nº de casos	% de Casos
Tuberculosis Pulmonar	49	29,51
Neumonía por <i>pneumocystis</i>	37	22,28
Candidiasis esofágica	22	13,25
Síndrome Caquético	20	12,04
Encefalopatía por VIH	10	6,02
Toxoplasmosis cerebral	8	4,81
Tuberculosis diseminada	5	3,01
Neumonía recurrente	4	2,40
Leucoencefalopatía multifocal	3	1,80
Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar	3	1,80
Linfoma primario de cerebro	2	1,20
Sarcoma de Kaposi	2	1,20
Criptococosis extrapulmonar	1	0,60
Total	166	

La vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es crucial para la vigilancia del VIH. Amén de la estrecha relación existente entre ITS y VIH, estas entidades comparten la vía de transmisión, por lo que son un indicador precoz de que se están produciendo conductas de riesgo que podrían llevar a la transmisión del VIH. De hecho en los últimos años se ha detectado un incremento de los casos recogidos por los sistemas de vigilancia epidemiológica y microbiológica, lo que hace temer un aumento futuro de la infección por VIH.

Tabla 2: Otras enfermedades asociadas al VIH. Ceuta, 1981-2008

Enfermedad asociada	Nº de casos	%de casos
Hepatitis C	66	39,75
Hepatitis B	55	33,13
Candidiasis orofaríngea	41	24,69
Sífilis	3	1,80
Leishmaniasis	1	0,60
Total	166	