



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA

BOLETÍN Nº 20  
FEBRERO DE 2013

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](mailto:boletin@ceuta.es); [www.ceuta.es/sanidad](http://www.ceuta.es/sanidad)

Edita: Consejería de Sanidad y Consumo

I.S.S.N.: 1988-8899  
Depósito Legal: CE. 95-2007

## SUMARIO:

- Hepatitis A. Ceuta 2012
- Red centinela de gripe de Ceuta 2007-2012

## HEPATITIS A. CEUTA 2012

La hepatitis A es una de las enfermedades inmuno-prevenibles más frecuentes en el mundo. Se estima que cada año se producen 1,5 millones de casos clínicos, aunque su incidencia es de tres a diez veces superior, debido al gran número de casos asintomáticos, ya que puede presentar desde formas clínicas asintomáticas por completo hasta infección clínica clara.

Los casos sintomáticos presentan de manera típica ictericia y coluria, acompañados habitualmente de anorexia, náuseas, vómitos, malestar general, fiebre, cefalea, dolor abdominal, acolia y artralgias. La frecuencia de síntomas está relacionada con la edad. Así en los niños de menos de 6 años, la infección suele ser asintomática, produciéndose ictericia sólo en el 10% de ellos. En los niños de más edad y en los adultos, la infección normalmente lleva a la enfermedad clínica, acompañada de ictericia en más del 70% de los casos.

El período de incubación es de 15 a 50 días, con una media de 28 días. Éste periodo tan largo dificulta, tanto la investigación epidemiológica, como la toma de medidas en salud pública.

La transmisión es persona a persona por vía fecal-oral y la mayoría de los contagios ocurren en contactos estrechos, convivientes y familiares. Otras formas de transmisión son la hídrica y alimentaria y muy raramente la hemática. Los niños juegan un papel importante en la transmisión del virus de la hepatitis A y son fuente de infección para otros ya que una gran mayoría padecen infecciones asintomáticas o que pasan inadvertidas. La mayoría de los contagios ocurren en contactos estrechos, convivientes y familiares. Dado que la transmisión del virus durante la actividad sexual ocurre, probablemente, a través del sexo oral-anal, las medidas usadas habitualmente para prevenir otras infecciones de transmisión sexual no previenen la transmisión. Otras formas de transmisión son la hídrica y alimentaria (alimentos contaminados por manipuladores infectados, ingestión de moluscos crudos o mal cocinados, capturados en aguas contaminadas, y hortalizas y frutas contaminadas) y muy raramente la hemática. En los países desarrollados, con buenas condiciones higiénico-sanitarias del agua los brotes de transmisión hídrica son infrecuentes.

Tres Comunidades/Ciudades Autónomas tienen incluida la vacuna de forma universal: Cataluña en el año 1998 como programa piloto frente HVA+HVB, Ceuta en el año 2000 frente a HVA en 15 y 24 meses y HVA+HVB en adolescentes y Melilla en el año 2000 frente HVA a los 12 y 18 meses y HVA+HVB a los 13 años de edad.

Todas las CCAA vacunan a los grupos de riesgo siendo los más comunes:

- Viajeros a zonas endémicas
- Hepatopatía crónica o hepatitis B o C
- Pacientes hemofílicos
- Pacientes candidatos a transplante de órganos.
- Familiares o cuidadores de pacientes con hepatitis A

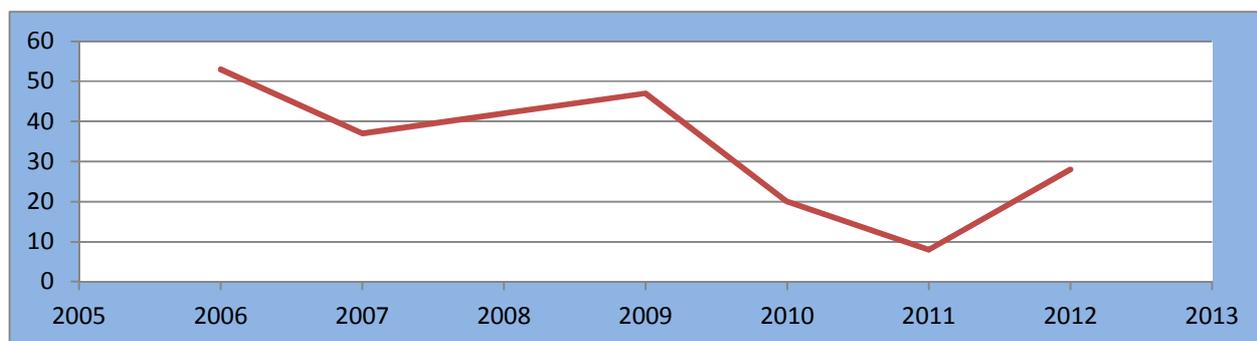
- Personas infectadas por el VIH
- Varones homosexuales que tengan contactos sexuales múltiples
- Usuarios de drogas por vía parenteral
- Manipuladores de alimentos, personal que trabaja en guarderías infantiles u hospitales e instituciones asistenciales y otras situaciones de riesgo ocupacional

En el año 2000, Ceuta incluyó la vacunación de hepatitis A en su calendario vacunal, basándose en los datos de declaración numérica, con tasas superiores a las medias nacionales.

El número de casos numéricos de la enfermedad comenzó a disminuir, sin embargo, en 2005 se puso en funcionamiento, como proyecto piloto en principio y consolidándose después, un nuevo sistema de declaración, el microbiológico, que permitió detectar la incidencia real de la enfermedad.

El Sistema de Información Microbiológica de Ceuta recoge los casos declarados al Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad y Consumo por el Laboratorio de Microbiología del Hospital Universitario del INGESA. Sus protocolos se encuentran recogidos en el Manual de funcionamiento y procedimiento del SIMCE.

En líneas generales, y además teniendo en cuenta que el nuevo sistema es exhaustivo, el número de casos ha ido disminuyendo. En 2011 el número de casos fue el más bajo de toda la serie, (8). En 2012 se observa un pequeño repunte, del que habrá que valorar si tiene continuidad en los próximos años.



**Gráfica 1: Número de casos de hepatitis A por año.**

*Fuente: Sistema de Información Microbiológica de Ceuta (SIMCE). Elaboración propia*

Durante 2010 se realizó una campaña de prevención, dentro del Programa de “Toxi-infecciones Alimentarias” del Plan de Salud de Ceuta, 2008/2011 coordinada por el Jefe de Inspección Veterinaria y Seguridad Alimentaria.

Los **objetivos generales** fueron:

- ✓ Incrementar el control sanitario a través de la Inspección veterinaria
- ✓ Promover prácticas saludables en los establecimientos que manipulen alimentos y en la población general
- ✓ Concienciar a la población para disminuir la adquisición de alimentos fuera de establecimientos autorizados
- ✓ Vacunar a personas susceptibles

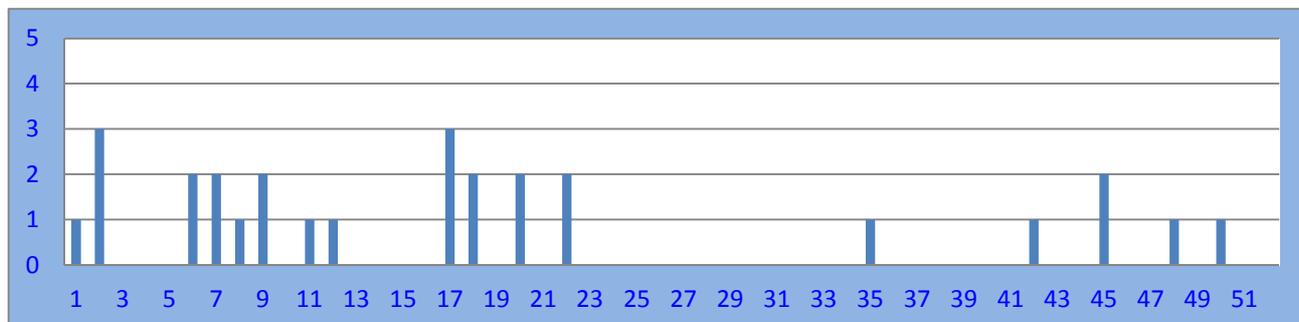
En la primera fase se editaron 10.000 trópticos y 300 carteles, que fueron distribuidos en centros sanitarios y socio-sanitarios, servicios de prevención de riesgos laborales, Consejería de Educación, Cultura y Mujer y Consejería de Asuntos sociales, Cámara de Comercio, Industria y Navegación de Ceuta, Confederación de Empresarios de Ceuta, Asociación de Hostelería, Federación Provincial de Asociaciones de Vecinos, Asociación de Amas de casa, Consumidores y Usuarios y otras asociaciones, Inspección Veterinaria de Mercados, Policía Local, empresas con riesgo ocupacional y servicios de aduana. En una segunda fase, se hizo un recordatorio de las medidas preventivas de la enfermedad a todos los destinatarios.

Las vacunas administradas fueron adquiridas por la Consejería de Sanidad y Consumo, y distribuidas a distintos centros o servicios sanitarios.

Toda la información de la campaña se encuentra accesible en la web de la Consejería de Sanidad y Consumo [www.ceuta.es/sanidad](http://www.ceuta.es/sanidad).

Durante 2012 hubo 26 casos declarados por el SIMCE y 2 encontrados en la búsqueda activa. De ellos, 21 son residentes en la ciudad, 4 son transeúntes y el resto de domicilio desconocido.

Uno de los casos, transeúnte, produjo una pequeña agrupación de casos en su lugar de residencia.



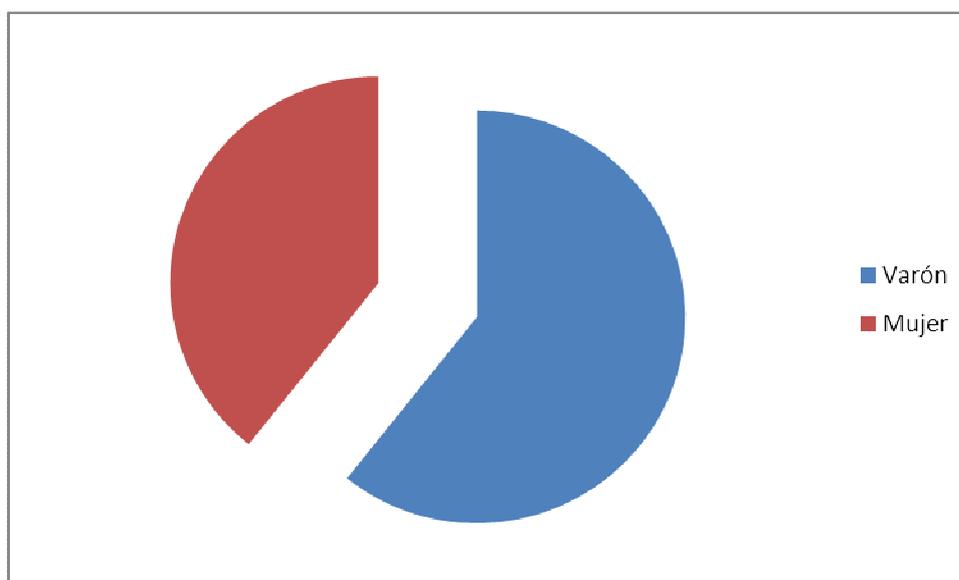
**Gráfico 2: Curva epidémica año 2012 (nº de casos/semana epidemiológica).**

*Fuente: SIMCE. Elaboración propia.*

El predominio de casos es claro en el primer semestre del año, 78% (22).

De ellos, el 60,7% (17) son varones y el 39,3% (11) son mujeres.

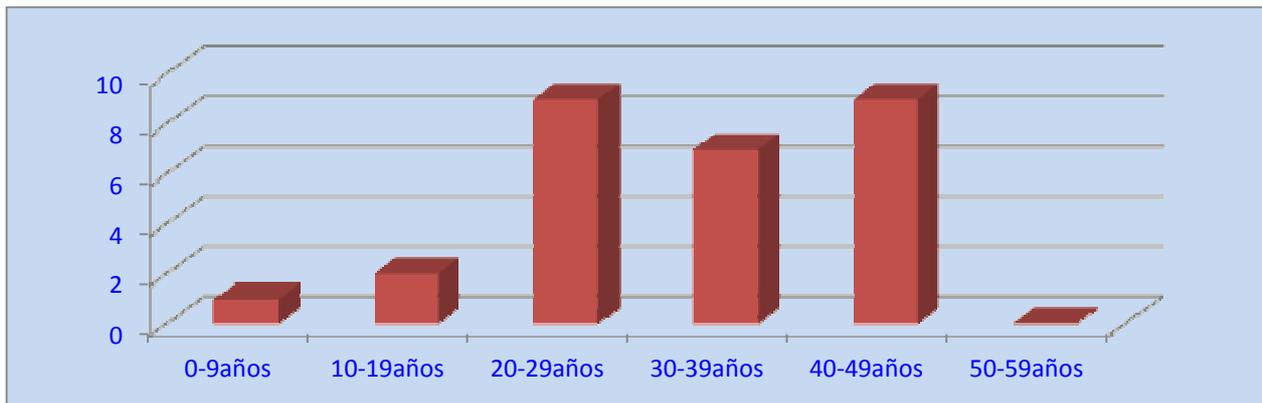
En años anteriores, se mantiene una proporción similar.



**Gráfico 3: Distribución de casos por sexo.**

*Fuente: SIMCE. Elaboración propia.*

Los grupos de edad más afectados son el de 40-49 años, seguido por 20-29 años, a diferencia de años anteriores en que los casos se daban en personas de 20-29 años.



**Gráfica 4: Distribución de casos por grupo de edad.**

*Fuente: SIMCE. Elaboración propia.*

A lo largo de 2012, se vacunó en la Consejería a un total de 41 contactos íntimos de casos confirmados.

#### **Bibliografía**

1. *Informe sobre la situación de hepatitis A en España. Carmen Varela. 2010*
2. *Protocolo de vigilancia de hepatitis A. CNE*
3. *Boletín epidemiológico nº 11 Ciudad Autónoma de Ceuta*
4. *Boletín epidemiológico nº 14 Ciudad Autónoma de Ceuta*
5. *Boletín epidemiológico nº 18 Ciudad Autónoma de Ceuta*

**NOTA:** La agregación, análisis y difusión de estos datos ha sido posible gracias a la exhaustiva y oportuna declaración del Laboratorio de Microbiología del Hospital Universitario del INGESA de Ceuta.

### **RED CENTINELA DE GRIPE DE CEUTA 2007-2012**

La gripe constituye un importante problema de salud pública en el mundo. Las epidemias estacionales anuales de gripe están asociadas a una importante tasa de hospitalizaciones y mortalidad, así como a una considerable demanda de recursos en salud.

Los sistemas de vigilancia basados en redes centinelas son sistemas de información orientados a la vigilancia e investigación epidemiológica, mediante la participación voluntaria de profesionales sanitarios para el estudio de frecuencias y características de determinados problemas de salud que se consideran de especial interés para la salud pública, entre los que se encuentra la gripe.

En enfermedades de alta incidencia como ésta, los sistemas centinela permiten obtener información representativa sobre las características de la población afectada, las variables de lugar y tiempo, la forma clínica de presentación y las complicaciones, con oportunidad y especificidad; además al tomarse muestras clínicas se tipifican los virus circulantes, lo cual permite elaborar recomendaciones para la elaboración de la vacuna estacional.

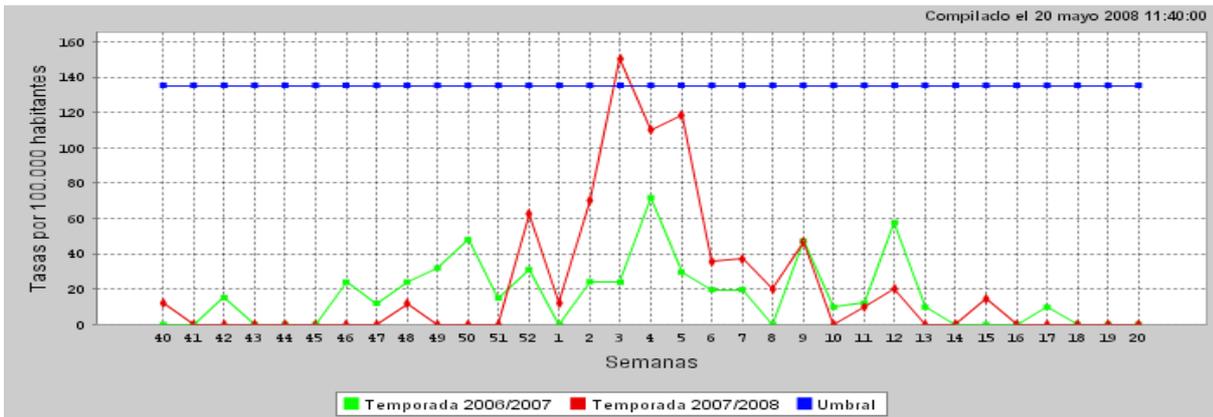
La declaración de los casos de gripe y toma de muestras se realiza por los médicos centinela de Atención Primaria (3 médicos de familia y 3 pediatras), el servicio médico del Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes y el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital universitario del INGESA de Ceuta. El procesamiento de las muestras se lleva a cabo por el Servicio de Microbiología del mismo hospital. Los datos se agregan, depuran y analizan en el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

La cobertura del sistema es muy amplia, exceptuando periodos vacacionales.

A continuación se presentan los datos de los años 2007 a 2011:

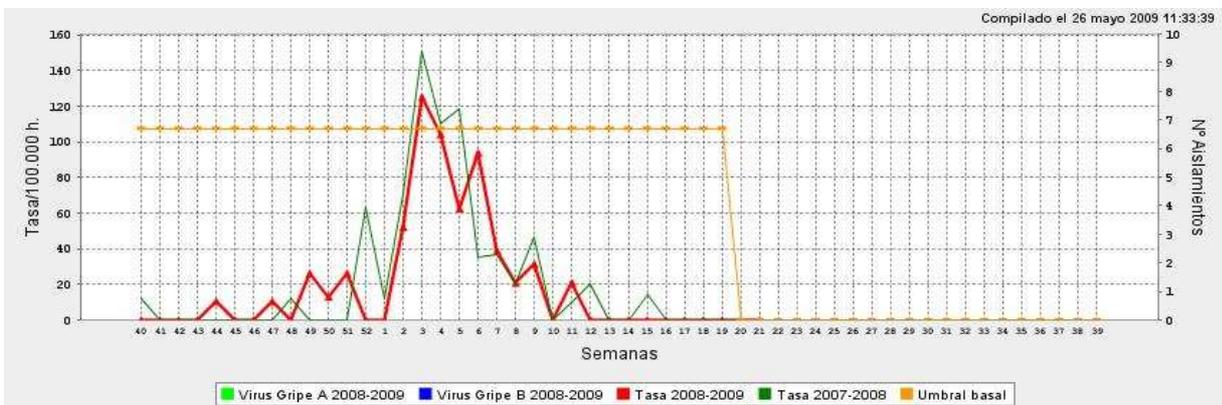
#### **1.- Datos de incidencia**

- ✓ las tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) desde la semana epidemiológica 40 de un año (primeros de octubre) a la 20 del año siguiente (finales de mayo) comparándolas con las de la temporada precedente
- ✓ el umbral epidémico de cada temporada en base a los datos de las anteriores
- ✓ las detecciones virales por semana a partir de 2009



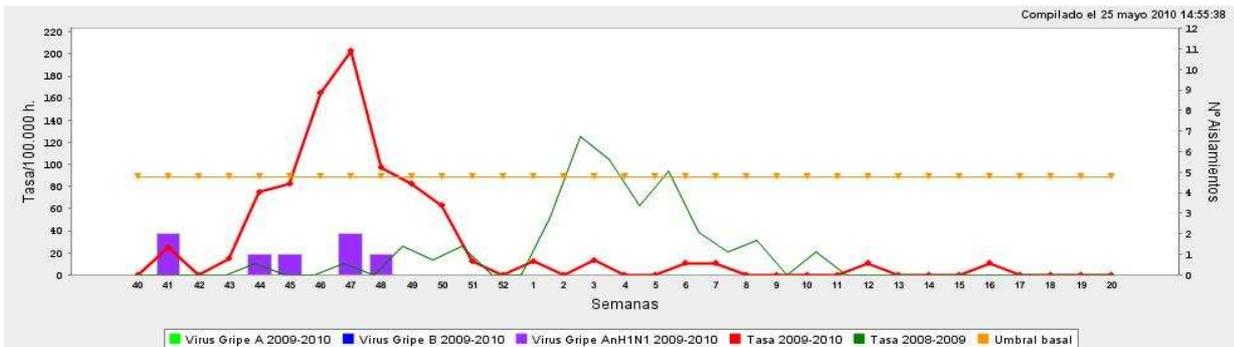
Gráfica 1: Tasa de incidencia de gripe de la temporada 2007/2008.

Fuente: aplicación informática del SVGE



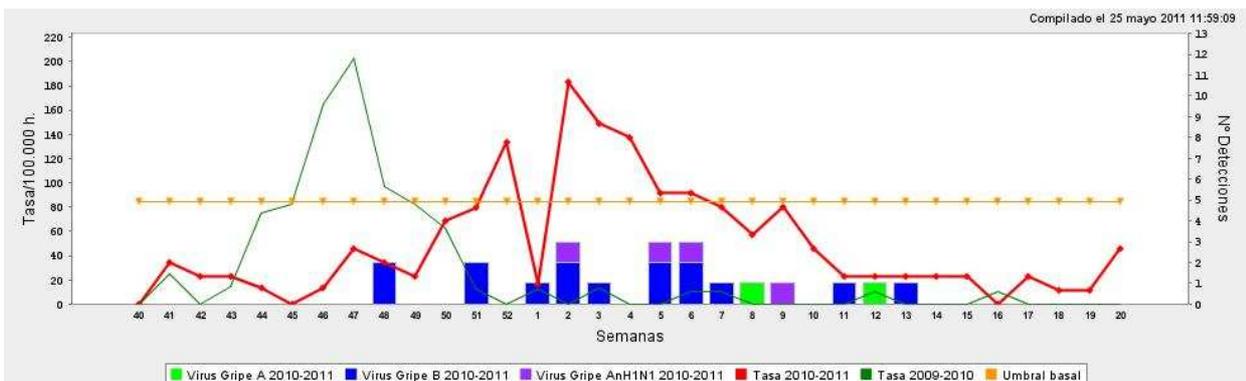
Gráfica 2: Tasa de incidencia de gripe de la temporada 2008/09.

Fuente: aplicación informática del SVGE



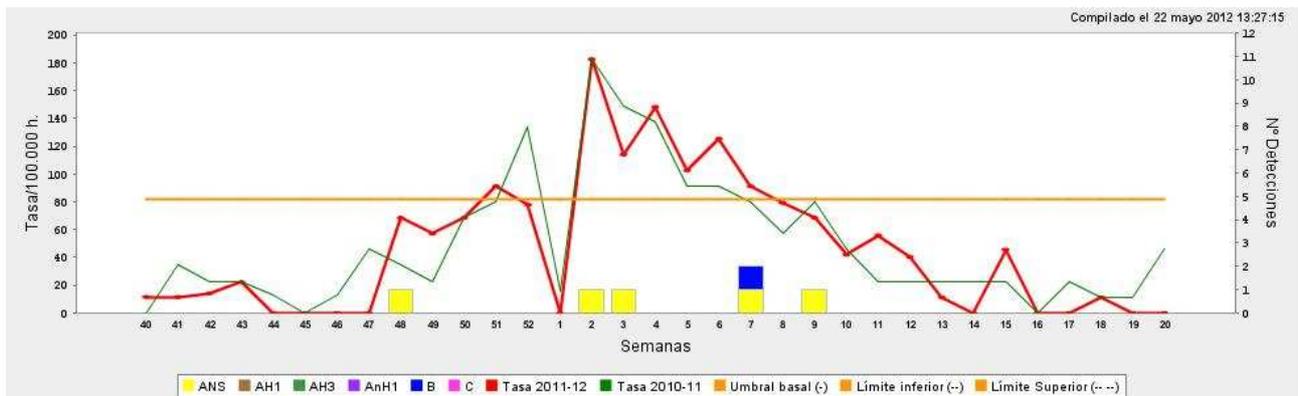
Gráfica 3: Incidencia de la Gripe y número de detecciones virales de la temporada 2009/10.

Fuente: aplicación informática del SVGE



Gráfica 4: Incidencia de la gripe y número de detecciones virales de la temporada 2010/11.

Fuente: aplicación informática del SVGE



Gráfica 5: Incidencia de la gripe y número de detecciones virales de la temporada 2011/12.

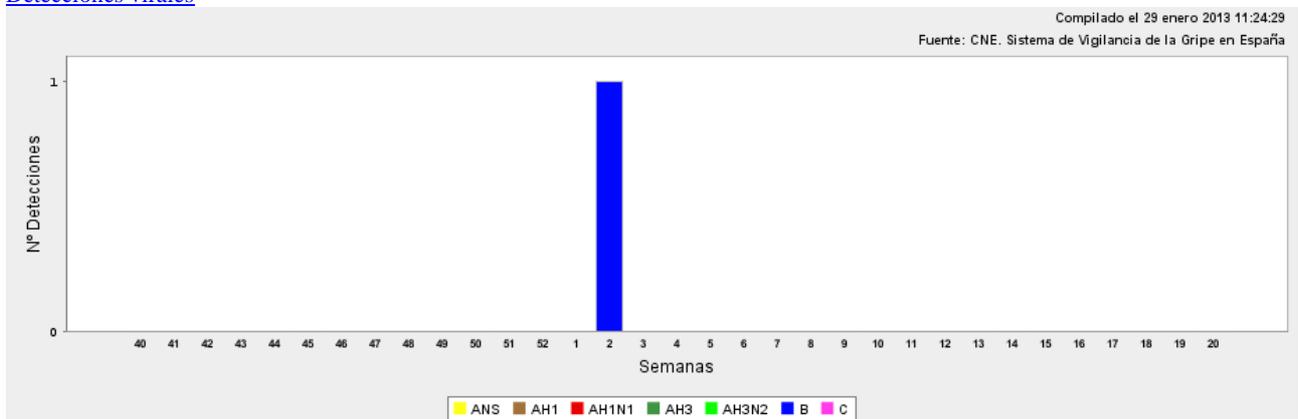
Fuente: aplicación informática del SVGE

TEMPORADA	SEMANA	TASA
2007-2008	3	150,32
2008-2009	2	125
2009-2010	47	202,94
2010-2011	2	183,09
2011-2012	2	182,42

Tabla1: tasa máxima de cada temporada y semana epidemiológica.

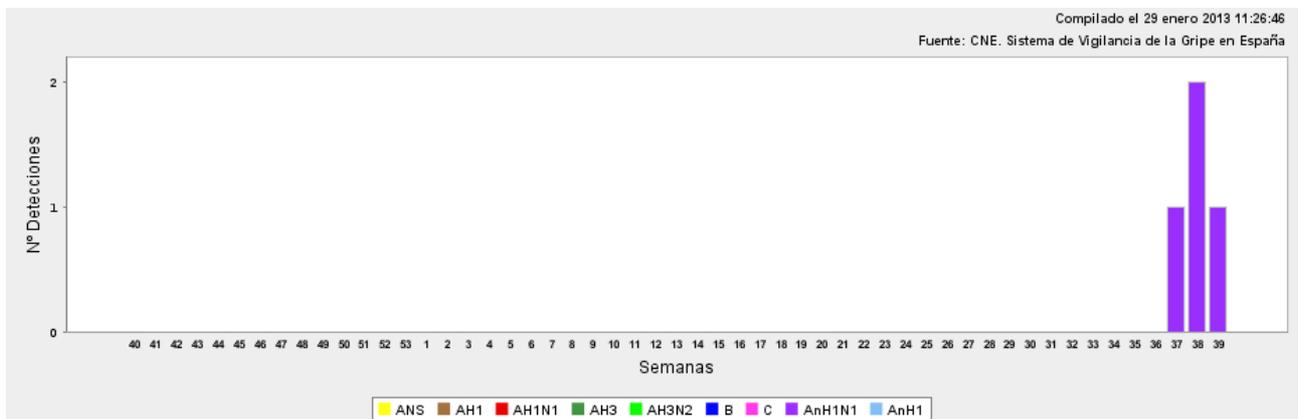
Fuente: aplicación informática del SVGE

Detecciones virales



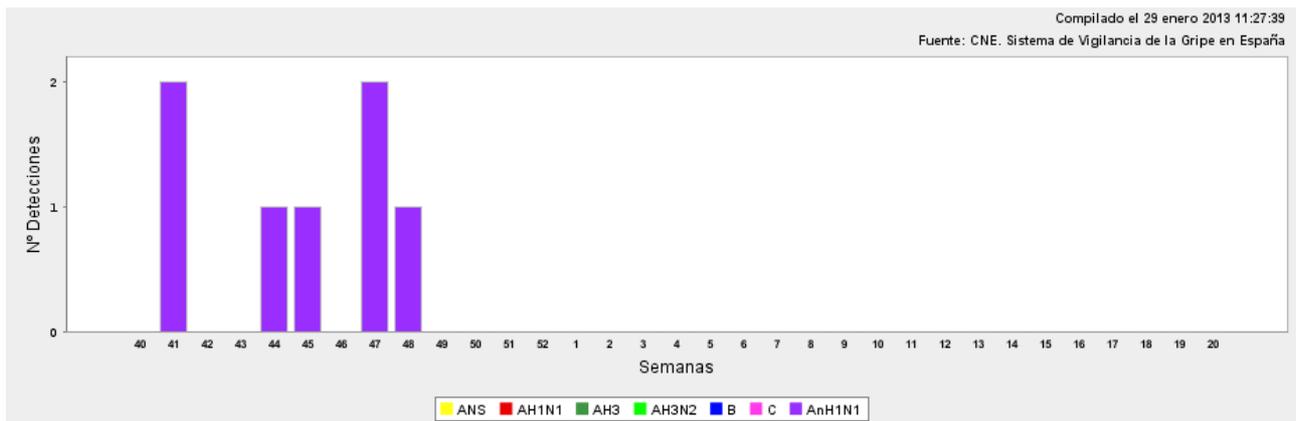
Gráfica 6: Detecciones virales por tipo y subtipo temporada 2007/2008.

Fuente: aplicación informática del SVGE



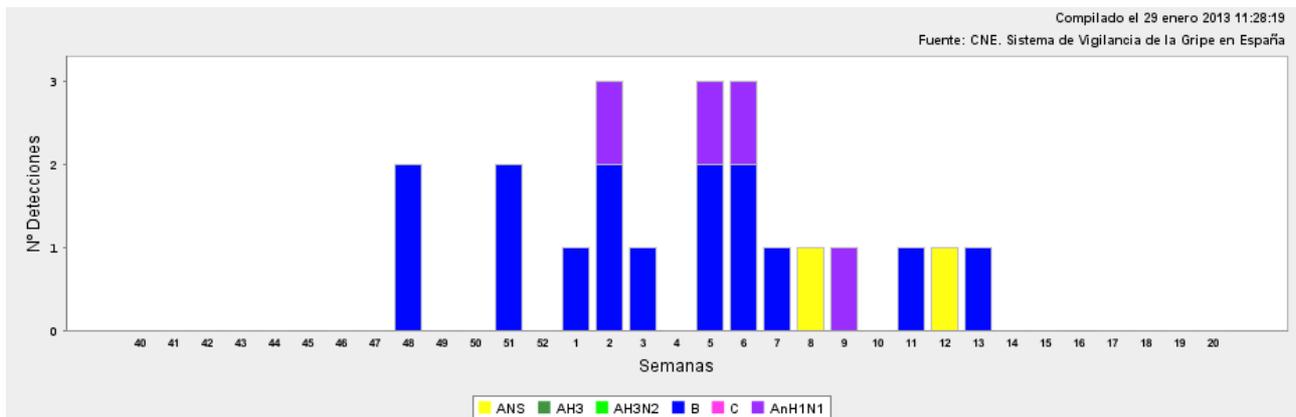
Gráfica 7: Detecciones virales por tipo y subtipo temporada 2008/2009.

Fuente: aplicación informática del SVGE



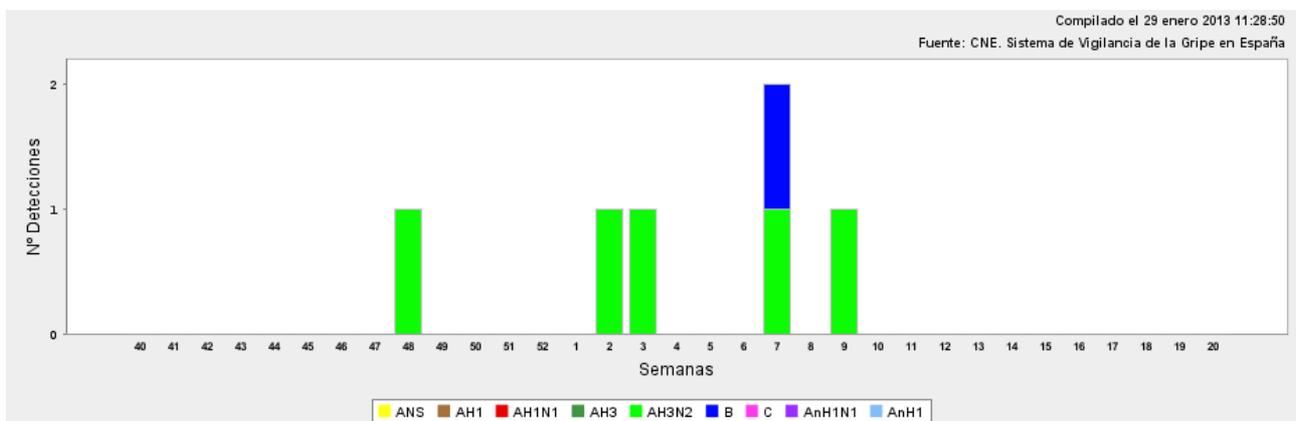
**Gráfica 8: Detecciones virales por tipo y subtipo temporada 2009/2010.**

*Fuente: aplicación informática del SVGE*



**Gráfica 9: Detecciones virales por tipo y subtipo temporada 2010/2011.**

*Fuente: aplicación informática del SVGE*



**Gráfica 10: Detecciones virales por tipo y subtipo temporada 2011/2012.**

*Fuente: aplicación informática del SVGE*

## 2.- Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe:

La vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe que se inició en España durante la pandemia por virus AnH1N1 y continúa en la actualidad.

Se considera **caso hospitalizado grave** de gripe a:

- ✓ Personas que presentan un cuadro clínico compatible con gripe y que requieren ingreso hospitalario, por la gravedad del cuadro clínico que presentan (neumonía, fallo multiorgánico, shock séptico o ingreso en UCI)
- ✓ Personas que desarrollan el cuadro anterior durante su ingreso hospitalario por otro motivo

El protocolo que se sigue en esta vigilancia puede consultarse en la web del Instituto de Salud Pública Carlos III (<http://www.isciii.es>)

Durante la temporada 2010/2011 hubo 5 casos graves ingresados y durante la temporada 2011/2012 hubo 1.

<i>SEMANA</i>	<i>AÑO</i>	<i>EDAD</i>	<i>SEXO</i>	<i>ANT. DE VACUNA</i>	<i>TIPO/SUBTIPO</i>
5	2011	26	varón	No vacunado	AnH1N1
7	2011	36	mujer	No consta	AnH1N1
7	2011	43	varón	No consta	A
8	2011	22	mujer	No consta	AnH1N1
8	2011	43	mujer	No consta	AnH1N1
49	2012	30	varón	No consta	B

**Tabla2: Casos graves diagnosticados de gripe 2011/12.**

**Fuente:** *aplicación informática del SVGE*

**NOTA:** La agregación, análisis y difusión de estos datos ha sido posible gracias a la exhaustiva y oportuna declaración de los médicos centinela de Atención Primaria y del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, ambos del INGESA y del servicio médico del Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes, así como del Laboratorio de Microbiología del Hospital Universitario del INGESA de Ceuta.