



Castilla-La Mancha

Boletín Epidemiológico de Albacete

AGOSTO 2016/ Vol. 27 / N° 335

salud pública



Mercedes Villora

Plaza de toros. Calle Feria (<http://albacete365.blogspot.com.es>)

Comentarios Epidemiológicos p. 51

.....

**Estado y Distribución de las Enfermedades
de Declaración Obligatoria p. 55**

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ENFERMEDAD POR VIRUS DEL ZIKA (III)

Doris Xiomara Monroy Parada. Residente Medicina Preventiva. Albacete

Riesgo de introducción del virus Zika en España

El principal riesgo de introducción en España estaría asociado con la llegada de viajeros infectados procedentes de áreas endémicas en periodo virémico.

En 2014 la población residente en España realizó 11.782.715 viajes al extranjero de los que 764.018 fueron a América Latina. Durante 2014 visitaron nuestro país un total de 64.995.275 turistas extranjeros, de los que 1.699.965 eran originarios de América Latina. De estos, 441.015 procedían de Brasil, 323.741 de Méjico y 158.567 de Venezuela, algunos de los países con transmisión autóctona del virus.

Del total de turistas extranjeros, un alto porcentaje visitó Comunidades Autónomas en las que el vector está establecido, como Cataluña (25.9%), Baleares (17,5%), Comunidad Valenciana (9,6%) o Murcia (1,2%). Si se introdujera el virus, habría que tener en cuenta que el turismo interno en España también es elevado, con un total de 139.614.605 desplazamientos, muchos de ellos realizados durante los meses de verano, entre la costa mediterránea y el resto de comunidades.

La costa mediterránea, principal zona en la que se ha identificado el vector del virus Zika, es uno de los destinos de preferencia, tanto para el turismo interno como extranjero, especialmente durante los meses de verano, periodo de máxima actividad vectorial, por lo que la población susceptible en áreas de riesgo aumenta notablemente.

Riesgo de transmisión del virus Zika en España

La probabilidad de que exista transmisión del virus Zika en España depende de:

- 1) la presencia del vector en el entorno,
- 2) la introducción del virus por un viajero infectado procedente de áreas endémicas,
- 3) la presencia de población susceptible a la infección,
- 4) la coincidencia en el espacio y en el tiempo de un caso importado virémico con el vector y
- 5) la posibilidad de que el virus encuentre las condiciones favorables para su transmisión.

En nuestro país existe un amplio territorio con presencia y densidad variable de *Aedes albopictus* (mosquito tigre), y a su vez son zonas que mantienen un intercambio de mercancías y viajeros importante con los países de riesgo, especialmente durante los meses de mayo a noviembre.

Además, la población española es susceptible a la infección al no haber estado en contacto previo con este virus.

Todos estos factores pueden estar presentes en mayor o menor medida principalmente en la costa Mediterránea. Por otro lado, recientemente se ha confirmado el primer caso de transmisión local por vía sexual.

Atendiendo a estos factores existe el riesgo de detectar casos de transmisión autóctona del virus Zika en España, especialmente durante los meses de mayor actividad del mosquito.

No obstante, nuestro país tiene la capacidad necesaria para realizar una detección precoz de

posibles casos e implementar las medidas de prevención y control oportunas.

La principal preocupación en términos de impacto grave sobre la salud de la población en estos momentos es la asociación entre la infección por virus Zika y los casos de microcefalia en fetos y recién nacidos, así como complicaciones neurológicas. Por ello, las recomendaciones y acciones de prevención y promoción de la salud consideran de manera especial a las mujeres embarazadas.

Conclusiones

- La enfermedad por virus Zika es en general asintomática o presenta una sintomatología leve. No obstante, se ha asociado a la posibilidad de desarrollar microcefalias o malformaciones neurológicas en recién nacidos de mujeres infectadas durante su embarazo, así como a síndromes neurológicos tipo Guillain-Barré.
- La población española es mayoritariamente susceptible y por tanto vulnerable a la infección por el virus Zika.
- Existe riesgo de introducción y transmisión autóctona del virus Zika en nuestro país, considerando su rápida expansión por la región de las Américas, la frecuente comunicación de España con estos países y la presencia del vector *Aedes albopictus*, aunque con densidad y extensión variables, en municipios de siete Comunidades Autónomas. Este riesgo se puede valorar de moderado a bajo según la situación específica de cada municipio.
- Las embarazadas constituyen el grupo de mayor riesgo al que deben ir dirigidas las recomendaciones y acciones de promoción y prevención, basándose en la evidencia

disponible que relaciona la infección por virus Zika con la aparición de anomalías congénitas, especialmente durante el primer y segundo trimestre del embarazo.

- El papel de la vía sexual en la transmisión de la enfermedad cada vez es más sólido. La posibilidad de transmitir la enfermedad a través de portadores asintomáticos y de mujer a hombre se encuentra en estudio.
- El Centro Nacional de Microbiología es el laboratorio nacional de referencia de arbovirosis y tiene capacidad para el diagnóstico de la infección del virus de Zika. Varias comunidades autónomas también tienen actualmente capacidad de diagnóstico.
- Los Juegos Olímpicos de Brasil constituyen un riesgo bajo para la transmisión del virus del Zika a otros países libres de la enfermedad.

Recomendaciones

- Reforzar la vigilancia frente a la enfermedad por virus Zika y difundir información entre los profesionales sanitarios, de forma que los casos importados se detecten y notifiquen lo antes posible para prevenir la transmisión autóctona.
- Reforzar, a través de los servicios de Sanidad Exterior y de atención al viajero, las recomendaciones para que los viajeros internacionales tomen medidas de protección individual en las zonas de riesgo y que acudan al médico a la vuelta de su viaje si presentan síntomas compatibles con la enfermedad.
- Las mujeres embarazadas o que están tratando de quedarse embarazadas y que planean viajar a las zonas afectadas por la transmisión del virus Zika deben considerar posponer el viaje si no es imprescindible hasta finalizar su embarazo. En caso de que no sea posible retrasar el viaje, deben extremar las medidas de precaución necesarias.

- Las parejas sexuales de mujeres embarazadas que regresen de áreas con transmisión local de virus Zika deben mantener sexo seguro en sus relaciones durante todo el embarazo.

- Las parejas o mujeres que planeen quedarse embarazadas procedentes de áreas con transmisión local de virus Zika deberían esperar al menos 8 semanas antes de quedarse embarazadas. Esta recomendación se ampliará a seis meses en el caso de que el hombre haya tenido síntomas de la enfermedad.

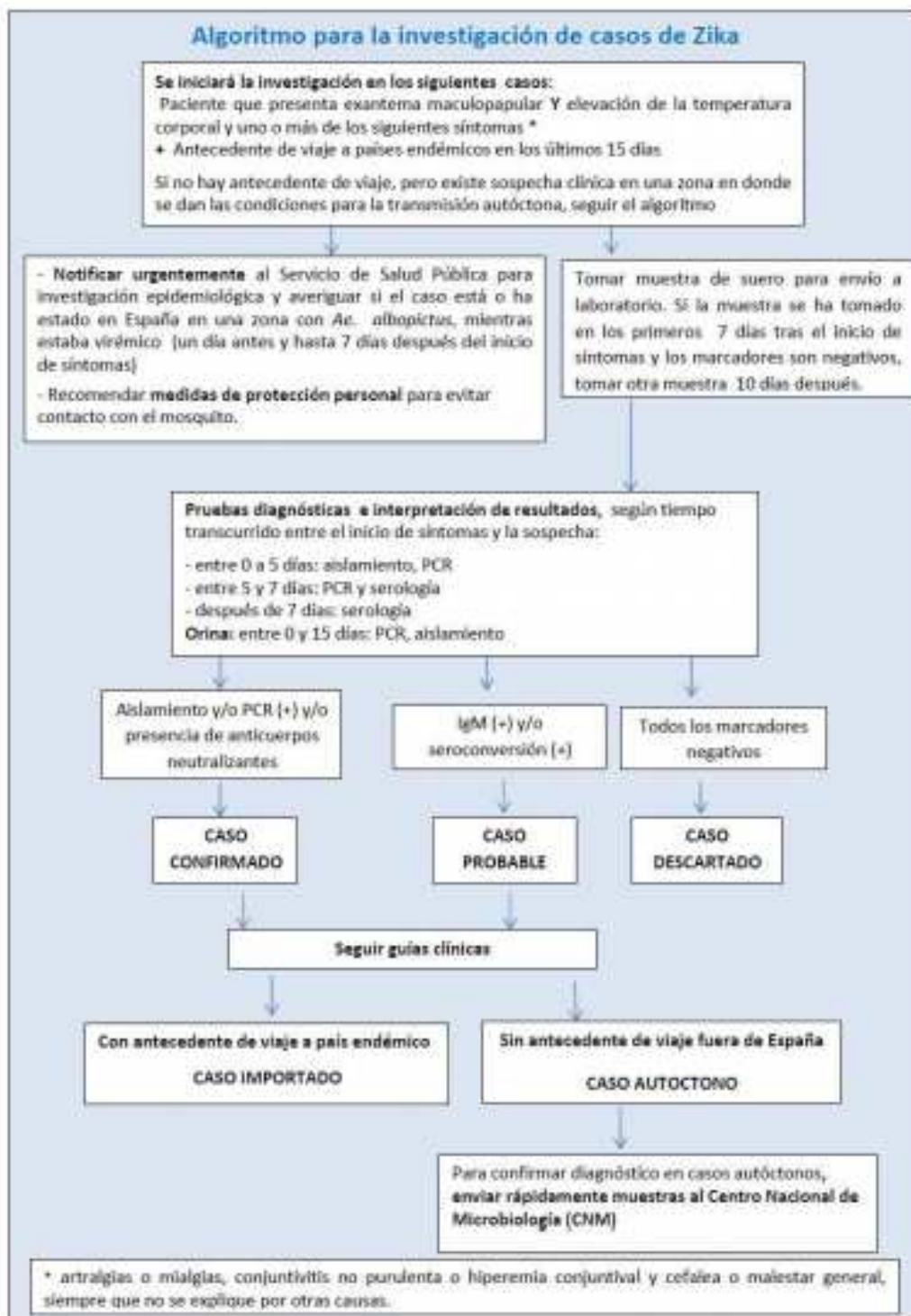
- Los hombres y mujeres procedentes de áreas con transmisión local de virus Zika, deberían mantener relaciones sexuales seguras al menos 8 semanas después del regreso. En el caso de haber tenido síntomas los hombres deberían adoptar esta recomendación durante 6 meses.

No se recomienda realizar test rutinarios de semen para detectar virus Zika.

- Retrasar las donaciones de sangre durante 28 días en caso de haber viajado a áreas de riesgo o 28 días después de la finalización de los síntomas. También se han elaborado recomendaciones específicas para las donaciones de semen o tejidos.

- La eficacia de la respuesta frente a las enfermedades transmitidas por vectores se consigue con un abordaje integral, por lo que es importante la coordinación con los sectores implicados a nivel local: sanitario, medioambiental, entomológico y educativo. En este abordaje debe contemplarse la implementación de medidas de control vectorial orientadas a la reducción de su densidad en las zonas donde *Aedes albopictus* está presente.

Figura 2. Algoritmo para la Investigación de casos de Zika.



ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LAS SEMANAS 29 A 32 DE 2016 (del 18 de julio al 14 de agosto de 2016). PROVINCIA DE ALBACETE

ENFERMEDADES	CIE –OMS 9ª-Rev.	CASOS DECLARADOS		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 2011-2015		ÍNDICE EPIDÉMICO	
		2016	2015	2016	2015	SEM	AC	SEM	AC
F. TIFOIDEA/PARATIFOIDEA	002.0,002.1,002.2,002.3,002.9	0	0	0	1	0	0	1.00	1.00
DISENTERÍA	004	0	0	0	2	0	0	1.00	1.00
GRIPE	487	11	6	7652	6374	6	4989	1.83	1.53
TUBERCULOSIS RESPIRAT.	011-012	3	3	18	15	2	14	1.50	1.29
SARAMPIÓN	055	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
RUBEOLA	056	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
VARICELA	052	54	34	2546	706	37	675	1.46	3.77
CARBUNCO	022	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
BRUCELOSIS	023	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
HIDATIDOSIS	122	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
FIEBRE EXANT. MEDITERR.	082.1	0	0	3	2	0	1	1.00	3.00
SÍFILIS	091	1	0	4	5	0	5	(+)	0.80
INFECCIÓN GONOCÓCICA	098,0,098,0,098	0	1	2	8	0	9	1.00	0.22
ENFER. MENINGOCÓCICA	036	0	0	2	2	0	3	1.00	0.67
PAROTIDITIS	072	2	0	3	3	1	8	2.00	0.38
E.I.S. PNEUMONIAE	320.1	1	0	31	21	0	21	(+)	1.48
TOS FERINA	033	0	0	0	5	0	4	1.00	0.00
HEPATITIS A	070.0,070.1	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
HEPATITIS B	070.2,070.3	1	0	1	1	0	1	(+)	1.00
HEPATITIS VÍRICAS OTRAS	070.4-070	0	0	1	0	0	1	1.00	1.00
LEGIONELOSIS	482.8	2	0	7	2	0	2	(+)	3.50
MENINGITIS TUBERC.	013.0	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
TUBERCULOSIS OTRAS	010,013.1-013.9,014-018	0	0	2	2	0	2	1.00	1.00
DIFTERIA	032.0,032.1,032.2,032.3,032.8,032.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
LEPRA	030,030.1,030.2,030.3,030.8	0	0	0	1	0	0	1.00	1.00
PALUDISMO	084.0,084.1,084.2,084.3,084.4,084.5	0	0	1	0	0	2	1.00	0.50
POLIOMIELITIS	045.0,045.1,045.2,045.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
RABIA	071	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
TÉTANOS/T. NEONATAL	037 / 771.3	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
TRIQUINOSIS	124	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
CÓLERA	001.0,001.1,001.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
FIEBRE AMARILLA	060.0,060.1,060.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
PESTE	020.0,020.1,020.2,020.3,020.4,020.5,020.8,020.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
TIFUS	080	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
BOTULISMO	005.1	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
RUBEOLA CONGÉNITA	771.0	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
SÍFILIS CONGÉNITA	090.0,090.1,090.2,090.3,090.4,090.5,090.6,090.7,090.9	0	0	0	0	0	0	1.00	1.00
E. INV. POR HIB	038.4,041.5	0	0	6	2	0	0	1.00	(+)
NEUMONÍA	480-486 (excluida 482.2 y .8)	58	74	1292	1225	46	802	1.26	1.61
NUEVAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA									
CAMPILOBACTERIOSIS	008.5	3	0	150	0	**	**	**	**
DENGUE	061	0	0	0	0	**	**	**	**
FIEBRE Q	083.0	0	2	0	2	**	**	**	**
GIARDIASIS	007.1	1	0	2	0	**	**	**	**
LEISHMANIASIS	085.0-085.5,085.9,	0	0	0	2	**	**	**	**
LEPTOPIROSIS	100,100.0,100.8,100.81,100.89,100.9	0	0	0	0	**	**	**	**
LISTERIOSIS	027.0	0	0	5	3	**	**	**	**
SALMONELOSIS	003.0	5	3	101	12	**	**	**	**
YERSINIOSIS	008.4	0	0	5	0	**	**	**	**
VIRUS CHIKUNGUNYA	066.3	0	1	0	2	**	**	**	**
HEPATITIS C	070.4,070.5	1	0	1	0	**	**	**	**
HERPES ZOSTER	053.0	172	141	1231	1030	**	**	**	**

(+) Casos sobre mediana cero. (**) No existen datos

Un índice epidémico > 1,25 indica que la incidencia es alta

Un índice epidémico 0,75 - 1,25 indica que la incidencia es media

Un índice epidémico < 0,75 indica que la incidencia es baja

SEM: Nº de casos declarados semanas 29 - 32

AC: Nº de casos acumulados hasta el 14 de Agosto de 2016

DECLARACIÓN TOTAL DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. SEMANAS 29 - 32. AÑO 2016.

SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 2016	NUMÉRICAS	INDIVIDUALIZADAS (POR ZONAS DE SALUD)
SEMANA 29	GRIPES: 1 NEUMONÍAS: 23 VARICELAS: 25 HERPES ZOSTER: 39	- 1 CAMPILOBACTERIOSIS (HELLÍN - 2) - 1 E.N.I. (ALBACETE Z- II) - 1 PAROTIDITIS (ALBACETE Z- III) - 1 TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (HELLÍN - 1)
SEMANA 30	GRIPES: 2 NEUMONÍAS: 15 VARICELAS: 5 HERPES ZOSTER: 35	- 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z- V A) - 1 CAMPILOBACTERIOSIS (ALBACETE Z- VIII) - 1 HEPATITIS B (CASAS IBÁÑEZ) - 1 HEPATITIS C (EL BONILLO) - 1 PAROTIDITIS (ALBACETE Z- III) - 2 SALMONELOSIS (HELLÍN - 2) - 1 SÍFILIS (CAUDETE) - 1 TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (SOCOVOS)
SEMANA 31	GRIPES: 2 NEUMONÍAS: 13 VARICELAS: 17 HERPES ZOSTER: 54	- 1 LEGIONELOSIS (ALBACETE Z- V A) - 1 SALMONELOSIS (ALBACETE Z- I) - 1 SALMONELOSIS (ALCARAZ) - 1 TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (SOCOVOS)
SEMANA 32	GRIPES: 6 NEUMONÍAS: 7 VARICELAS: 7 HERPES ZOSTER: 50	- 1 GIARDIASIS (ALBACETE Z- III) - 1 LEGIONELOSIS (ALBACETE Z-II) - 1 SALMONELOSIS (ALCADOZO)

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA*

1. Botulismo	31. Infección gonocócica
2. Brucelosis	32. Infección por el VIH/SIDA
3. Campilobacteriosis	33. Legionelosis
4. Carbunco	34. Leishmaniasis
5. Cólera	35. Lepra
6. Criptosporidiosis	36. Leptospirosis
7. Dengue	37. Linfogranuloma venéreo
8. Difteria	38. Listeriosis
9. Encefalitis transmitida por garrapatas	39. Paludismo
10. Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas	40. Parotiditis
11. Enfermedad invasora por Haemophilus influenzae	41. Peste
12. Enfermedad meningocócica	42. Poliomielitis/PFA en menores de 15 años
13. Enfermedad neumocócica invasora	43. Rabia
14. Enfermedad por virus Chikungunya	44. Rubéola
15. Fiebre amarilla	45. Rubéola congénita
16. Fiebre del Nilo occidental	46. Salmonelosis
17. Fiebre exantemática mediterránea	47. Sarampión
18. Fiebre Q	48. Síndrome Respiratorio Agudo Grave
19. Fiebre recurrente transmitida por garrapatas	49. Shigellosis
20. Fiebre tifoidea / Fiebre paratifoidea	50. Sífilis
21. Fiebres hemorrágicas víricas	51. Sífilis congénita
22. Giardiasis	52. Tétanos/Tétanos neonatal
23. Gripe/Gripe humana por un nuevo subtipo de virus	53. Tos ferina
24. Hepatitis A	54. Toxoplasmosis congénita
25. Hepatitis B	55. Triquinosis
26. Hepatitis C	56. Tuberculosis
27. Herpes Zóster	57. Turalemia
28. Hidatidosis	58. Varicela
29. Infección por Chlamydia trachomatis	59. Viruela
30. Infección por cepas de E. coli productoras de toxina Shiga o Vero	60. Yersiniosis.

* Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo

NOTA: Todas estas enfermedades excepto GRIPE, VARICELA, NEUMONÍA y HERPES ZOSTER son de declaración **INDIVIDUALIZADA**. Además, debe comunicarse de forma **URGENTE**, la aparición de brotes de cualquier etiología.