

Epidemiológicos

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DEL SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS EN CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010

1. SARAMPION	3
1.1. INTRODUCCIÓN	3
1.2. DEFINICIÓN DE CASO	4
1.3. RESULTADOS	5
1.3.1. Distribución temporal	6
1.3.2. Distribución espacial.	6
1.3.3. Presentación clínica	6
1.3.4. Características de los casos por edad, sexo y estado de vacunación .	7
1.3.5. Confirmación por laboratorio.	7
1.3.6. Notificación de la sospecha.	8
1.4. INDICADORES DE CALIDAD DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SARAMPIÓN EN CASTILLA Y LEÓN.	8

Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles.

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

Paseo de Zorrilla nº 1. 47071 VALLADOLID. <http://www.saludcastillayleon.es/es>

1.5. EVOLUCIÓN DEL SARAMPIÓN EN CASTILLA Y LEÓN DESDE 2007 A 2010.....	8
1.6. CONCLUSIONES	9
2. RUBÉOLA.....	10
2.1. INTRODUCCIÓN	10
2.2. DEFINICIÓN DE CASO	11
2.3. RESULTADOS	12
3. PAROTIDITIS.....	12
3.1. INTRODUCCIÓN	12
3.2. DEFINICIÓN DE CASO	14
3.3. RESULTADOS	15
3.3.1. Incidencia por edad y sexo	15
3.3.2. Clasificación de los casos y fuentes de notificación	16
3.3.3. Sintomatología de la enfermedad	17
3.3.4. Evolución clínica	17
3.3.5. Evolución temporal	17
3.3.6. Número de casos y tasa de incidencia por provincia de residencia... ..	18
3.3.7. Resultados de laboratorio	19
3.3.8. Estado de vacunación	20
3.4. EVOLUCIÓN DE LA PAROTIDITIS EN CASTILLA Y LEÓN DESDE 2007 A 2010	23
3.5. CONCLUSIONES	25

Red de
Vigilancia
Epidemiológica
de Castilla y León

1. SARAMPIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN

El sarampión es una enfermedad febril exantemática muy contagiosa que comienza con fiebre, coriza, tos y pequeñas manchas eritematosas, con el centro blanquecino en la mucosa bucal, las manchas de Koplik. El exantema, que aparece entre el tercer y el séptimo día tras el inicio de síntomas, empieza en la cara y se extiende por todo el cuerpo. La enfermedad es más grave en los lactantes y en los adultos que en los niños.

Las complicaciones del sarampión se deben a la replicación viral o a la sobreinfección bacteriana, e incluyen otitis media, laringotraqueobronquitis, neumonía, diarrea y encefalitis.

El reservorio es exclusivamente humano, y el mecanismo de transmisión es por diseminación de las gotitas expulsadas o suspendidas en el aire o por contacto directo con las secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas. El sarampión es una de las enfermedades transmisibles más contagiosas. El período de incubación es de 10 días desde la exposición hasta el inicio de la fiebre u otros síntomas inespecíficos y alrededor de 14 días hasta el inicio del exantema (con una amplitud de 7 a 18 días y raramente hasta 21 días).

Todas las personas que no han pasado la enfermedad o que no están adecuadamente inmunizadas son susceptibles. Los lactantes están protegidos, en general, hasta los 6-9 meses de edad por los anticuerpos maternos. Se cree que la inmunidad tras la infección natural dura toda la vida; la inmunidad conferida por la vacuna persiste durante décadas. La medida preventiva más eficaz es la vacunación frente al sarampión.

Entre los objetivos de “Salud para todos en el siglo XXI”, la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyó en el año 1998, la eliminación del sarampión en la Región Europea para el año 2007. Para ello, instaba a los países miembros de la región a establecer planes nacionales de eliminación.

En el año 2005 la Oficina Regional de la OMS para Europa, desarrolló y puso en marcha un plan estratégico para toda la región con el objetivo de conseguir la eliminación del sarampión y rubéola endémicos y la prevención de la infección congénita por rubéola para el año 2010. Ante el resurgimiento del sarampión en muchos países del centro y oeste de Europa la Oficina Regional ha decidido posponer el objetivo de eliminación al año 2015.

En España y en Castilla y León, el **Plan de Eliminación del Sarampión** se puso en marcha durante el **año 2001** con los objetivos de mantener un nivel de cobertura de vacunación superior al 95% con dos dosis, realizar una vigilancia epidemiológica intensiva basada en el caso y evaluar sistemáticamente la calidad del sistema de vigilancia. En el año 2008 se incorporó la vigilancia de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita, como ampliación del plan de eliminación del sarampión.

El **objetivo de este informe** es describir las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorio de los casos de sarampión notificados al Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León en el año 2010 y compararlos con años anteriores.

El objetivo general de la vigilancia del sarampión es conseguir la interrupción de la circulación autóctona del virus del saram-

pión en nuestro el territorio para el año 2015. Y entre los objetivos específicos están: detectar, investigar, caracterizar y controlar todos los casos aislados y los brotes de sarampión; conocer la incidencia de la

1.2. DEFINICIÓN DE CASO

Definición clínica de caso:

Persona con fiebre (temperatura corporal superior a 38°C) y exantema maculopapular con, al menos, uno de estos tres síntomas:

- Tos
- Rinitis/coriza
- Conjuntivitis

Criterios diagnósticos de laboratorio:

Al menos uno de los cuatro siguientes:

- Respuesta de anticuerpos específicos del virus del sarampión (IgM o seroconversión de IgG) en el suero o la saliva.
- Detección de ácido nucleico del virus del sarampión en una muestra clínica
- Aislamiento del virus del sarampión en una muestra clínica.
- Detección de antígeno del virus del sarampión en una muestra clínica mediante tinción directa con anticuerpos monoclonales fluorescentes específicos del sarampión.

El criterio diagnóstico de elección es la detección de IgM específica en suero. Los resultados de laboratorio se interpretarán según haya habido vacunación o no. Si la vacunación es reciente, se requerirá la caracterización del genotipo del virus como vacunal o salvaje.

Criterio epidemiológico

Vínculo epidemiológico con un caso confirmado: contacto con un caso de sarampión confirmado por laboratorio entre 7-18 días antes del inicio de síntomas.

enfermedad y la circulación del virus y monitorizar los progresos hacia la eliminación mediante indicadores sencillos y adecuados que permitan identificar si está ocurriendo la trasmisión en el territorio.

Clasificación de casos:

Caso clínicamente compatible: persona que cumple los criterios clínicos en el que no ha sido posible recoger muestras para su confirmación serológica y que no ha estado en contacto con un caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado con vínculo epidemiológico: persona que cumple los criterios clínicos y que tiene vínculo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado por laboratorio: persona no vacunada recientemente que satisface los criterios clínicos y de laboratorio. Persona recientemente vacunada en la que se detecta el genotipo salvaje del virus.

Se analizaron los casos de sarampión notificados durante el año 2010 al Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) de Castilla y León.

La información de los casos es la recogida en la encuesta epidemiológica de caso de sarampión que incluye datos sociodemográficos, datos clínicos (fecha de inicio de síntomas, tipo de síntomas, complicaciones clínicas, ingreso en hospital, evolución y antecedentes personales), datos de laboratorio (resultados de serología, cultivo, PCR y genotipado), estado vacunal y otros.

Se han calculado tasas de incidencia por 100.000 habitantes globales y específicas por grupos de edad y forma clínica de presentación. Como población de referencia

se ha utilizado el Padrón continuo de habitantes de Castilla y León a 1 de enero

de 2010 (Fuente INE/Junta de Castilla y León).

1.3. RESULTADOS

Durante el año 2010 se han notificado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León **9** casos sospechosos de sarampión, que han sido investigados (tasa de casos sospechosos de 0,35 casos por 100.000 hab.). Se han **confirmado 4 casos** (todos por laboratorio), que supone una tasa de 0,16 casos por 100.000 habitantes. Uno de estos casos ha sido importado (niña de 23 meses no vacunada con antecedente de viaje a Alemania 7-18 días antes del inicio de exantema y contacto con

familiar diagnosticado de sarampión) y otro, un caso extracomunitario (varón de 30 años diagnosticado en Segovia, pero con residencia habitual en Murcia, y perteneciente al brote de sarampión que se produjo en 2010 en Murcia). Se han descartado 5 casos.

Se ha genotipado el virus del sarampión en los 4 casos confirmados, en todos ellos el **D4**.

Tabla 1. CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAPIÓN. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.

PROV.	Casos notificados	Casos confirmados				Casos descartados			
	Total	Comp	Autóctono	Importado	Total	Rubéola	Otros	Sin diag.	Total
Ávila	2			1	1			1	1
Burgos	-								
León	1						1		1
Palencia	-								
Salamanca	-								
Segovia	6		3		3			3	3
Soria	-								
Valladolid	-								
Zamora	-								
TOTAL	9		3	1	4		1	4	5

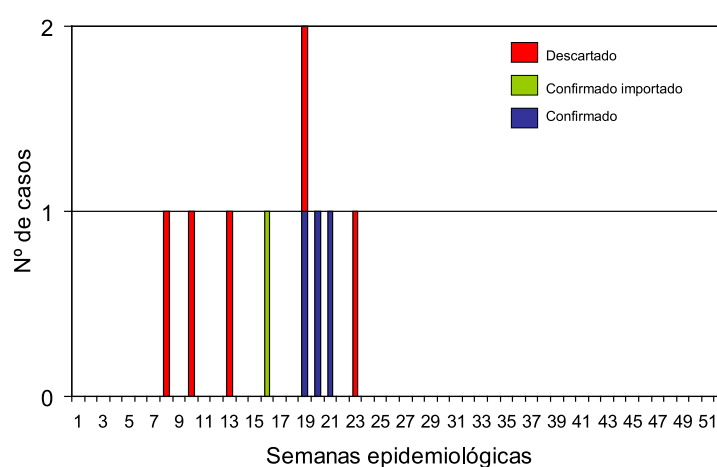
- 1: Caso notificado sospechoso:** Todo caso que cursa con exantema máculo-papular, fiebre alta y alguno de los siguientes síntomas: tos, coriza o conjuntivitis.
- 2: Caso confirmado compatible:** Caso notificado sin muestras biológicas para diagnóstico y sin vínculo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.
- 3: Caso confirmado autóctono:** Caso notificado confirmado por laboratorio o caso vinculado en espacio y tiempo con un caso confirmado por laboratorio.
- 4: Caso confirmado importado:** Caso notificado confirmado por laboratorio con fuente de infección fuera de España.
- 5: Caso descartado:** Caso notificado con muestras de laboratorio negativas al virus del sarampión.
- 6: Otros diagnósticos:** Identificación de otros virus diferentes de Rubéola: Sarampión vacunal, Infección por estreptococo, V.Epstein Barr, infección por adenovirus, Sd Gianotti-Crosti + eccema del pañal.

1.3.1. Distribución temporal

Como se refleja en la figura 1, la mayoría de las sospechas de sarampión se han notificado a finales de invierno y fundamentalmente en primavera. Hay semanas en las que no se declaran ninguna sospecha, y solo en

dos semanas seguidas se ha producido una agregación de dos casos, que fueron confirmados (semana 20 y 21), en los que fue difícil encontrar la relación y fuente de infección, aunque vivían en pueblos vecinos y ambos eran de origen búlgaro.

Figura 1. DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE LOS CASOS DE SARAMPIÓN POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE INICIO DE SÍNTOMAS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.



1.3.2. Distribución espacial

En 2010 se han notificado casos sospechosos de sarampión en Segovia (6 casos), Ávila (dos casos) y un caso en León (tabla 1).

Se han confirmado 3 casos en Segovia (tasa de 1,83 casos por 100.000) y un caso confirmado en Ávila (tasa de 0,58).

1.3.3. Presentación clínica

Todas las notificaciones cumplían la definición de caso sospechosos (presencia de exantema maculopapular, fiebre y tos o coriza o conjuntivitis), excepto dos casos (uno confirmado y otro descartado). Tabla 2.

Tabla 2. SÍNTOMAS DE LOS CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.

Síntomas	Casos Sospechosos (%)	Casos Confirmados (%)
Fiebre	77,7	75
Exantema	100	100
Tos	66,6	75
Coriza	88,8	100
Conjuntivitis	66,6	100
Adenopatías	33,3	50
Manchas Koplick	55,5	75

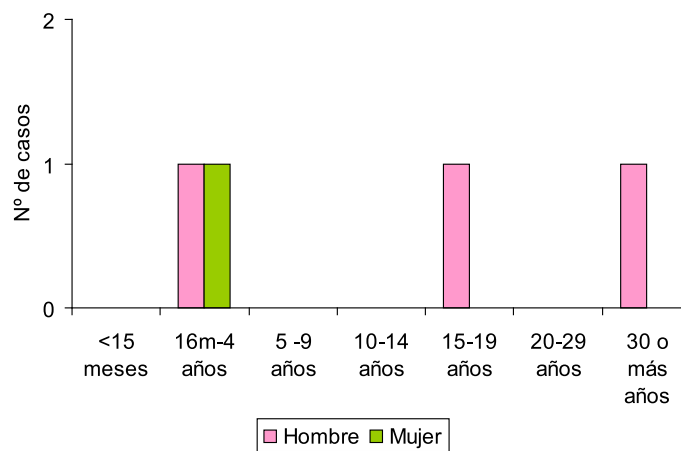
1.3.4. Características de los casos por edad, sexo y estado de vacunación

Con respecto al sexo, en las sospechas se han declarado 6 casos en hombres y 3 en mujeres; y los casos confirmados de sarampión han sido 3 en hombres y un

caso en una mujer. En cuanto a la edad, el rango ha oscilado desde los 4 meses a 44 años.

Los cuatro casos confirmados (23 meses, 4 años, 18 años y 30 años) no estaban vacunados con vacuna triple vírica.

Figura 2. CASOS CONFIRMADOS DE SARAPIÓN POR GRUPOS DE EDAD, SEXO Y ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.



1.3.5. Confirmación por laboratorio

El suero para la confirmación diagnóstica se recogió en el 77,7% de las sospechas de sarampión notificadas, la orina en el 77,7% y el exudado faríngeo en el 100%. Todas las muestras fueron enviadas para su análisis al laboratorio del Centro Nacional de Microbiología (ISCIII).

En tres de los cuatro casos confirmados de sarampión se recogió suero, y presentaron una IgM positiva. La PCR para la identificación del genoma del sarampión fue positiva en los cuatro casos y **se identificó en los cuatro el genotipo D4.**

La recogida del suero se efectuó dentro del periodo de tiempo establecido (antes del 28 día desde el inicio del exantema) en el 100%

de los casos en los que se recogió suero. Sólo el 14,3% de las muestras se recogieron dentro del periodo considerado óptimo (4º-8º día desde el inicio de exantema).

En cuanto a la orina, en el 71,4% de los casos sospechosos la recogida se efectuó dentro del periodo considerado óptimo (del 0 al 4º día desde el inicio de exantema), y el exudado faríngeo en el 66,6% de los casos entre el 0 y 4º día postexantema.

En las sospechas notificadas se realizó diagnóstico diferencial con rubéola y parvovirus. En ninguna de las sospechas descartadas el resultado fue positivo para rubéola o parvovirus. En uno de los casos descartados el diagnóstico final fue infección por virus de Epstein-Barr (VEB).

1.3.6. Notificación de la sospecha

El sarampión es una enfermedad de declaración obligatoria urgente. En 2010, el 66,6% (6/9) de los casos sospechosos se notificaron dentro del período establecido

(24 horas siguientes al establecimiento de la sospecha), por parte del personal médico a las Secciones de Epidemiología de los S. Territoriales de Sanidad o al Sistema de Alertas Epidemiológicas.

1.4. INDICADORES DE CALIDAD DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SARAMPIÓN EN CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010

El Plan Nacional para la eliminación del sarampión en España recoge una serie de indicadores de calidad para evaluar el fun-

cionamiento del plan. Los resultados de los indicadores en Castilla y León y España en el año 2010 se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. INDICADORES DE CALIDAD. PLAN DE ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN. CASTILLA Y LEÓN Y ESPAÑA. AÑO 2010.

INDICADORES	RESULTADOS Castilla y León	RESULTADOS España
Porcentaje de provincias que notifican al menos un caso sospechoso al año	33,3%	84% (*)
Porcentaje de casos notificados en menos de 24 horas	66,6%	34%
Porcentaje de casos sospechosos con muestra de sangre o con vínculo epidemiológico con caso confirmado por laboratorio	77,7%	73%
Porcentaje de casos sospechosos en los que se obtiene resultado de laboratorio en menos de 7 días de su recepción	88,8%	86%
Porcentaje de casos confirmados por laboratorio con fuente de infección conocida	50%	52%
Porcentaje de brotes investigados	100%	100%

(*) % de CCAA que comunican al menos un caso sospechoso.

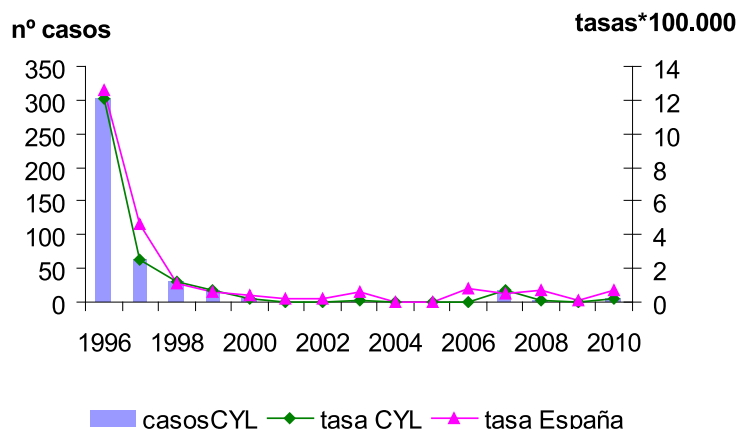
La calidad de la vigilancia del sarampión es adecuada, aunque solamente se han notificado 0,35 casos sospechosos de sarampión por 100.000 habitantes en Castilla y León, mientras que el objetivo de la OMS

es 1 caso sospechoso/100.000 habitantes. En España esta cifra ha mejorado en 2010, notificándose 0,86 casos sospechosos por 100.000 habitantes.

1.5. EVOLUCIÓN DEL SARAMPIÓN EN CASTILLA Y LEÓN. 2007 A 2010

En los últimos años las tasas de sarampión en Castilla y León se han situado por debajo de 1 caso por 100.000 habitantes. En 2010 la tasa de casos de sarampión confirmados ha sido de 0,16 casos por 100.000 habitantes. Figura 3.

El mayor número de casos confirmados de sarampión notificado hasta la fecha fue en 2007 (17 casos, tasa de 0,67 casos por 100.000 hab.), año en el que tuvo lugar un brote de sarampión en Soria.

Figura 3. SARAMPIÓN. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS EN CASTILLA Y LEÓN Y TASAS ESPAÑOLAS 1996- 2010

Tabla 4. CASOS CONFIRMADOS Y TASAS DE SARAMPIÓN POR PROVINCIA Y AÑO. CASTILLA Y LEÓN. AÑOS 2007 A 2010.

	2007		2008		2009		2010	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ávila	0	-	0	-	0	-	1	0,58
Burgos	0	-	0	-	0	-	0	-
León	0	-	0	-	0	-	0	-
Palencia	0	-	0	-	0	-	0	-
Salamanca	0	-	0	-	0	-	0	-
Segovia	0	-	1	0,61	0	-	3	1,83
Soria	16	16,82	0	-	0	-	0	-
Valladolid	1	0,19	1	0,19	0	-	0	-
Zamora	0	-	0	-	0	-	0	-
Castilla y León	17	0,67	2	0,08	0	-	4	0,16

1.6. CONCLUSIONES

- La incidencia de sarampión en 2010 fue de 0,16 casos por 100.000 habitantes, superior a la tasa de los dos últimos años, pero inferior a la tasa registrada en España en 2010 (tasa de 0,66).
- Mientras que en España en 2010 el 87,4% de los casos notificados estaban asociados a brotes (21 brotes notificados en 9 Comunidades Autónomas), en Castilla y León sólo dos casos estuvieron asociados (22,2%), aunque por la dificultad del colectivo implicado (ciudadanos búlgaros de etnia gitana) no se pudo encontrar la relación entre ellos, ni la fuente de infección.
- Tres de los cuatro casos confirmados pertenecen a grupos e edad que deberían haber estado vacunados. Esta situación también se ha producido en España en 2010, donde los criterios de eliminación del sarampión han empeorado respecto a otros años: ausencia de periodos libres de casos y se está produciendo circulación prevalente de dos genotipos diferentes.

- El Sistema de Vigilancia del Sarampión en Castilla y León ha funcionado de forma aceptable, tanto en la declaración, como en la investigación de los casos. La investigación de la sospecha se ha realizado en todos los casos, aunque en 66,6% de los casos la notificación se realizó dentro de las 24 horas siguientes a su diagnóstico.
- Las muestras de suero para la confirmación diagnóstica se han obtenido en el 77,7% de los casos, cumpliéndose en la mayoría de los casos los periodos de tiempo establecidos para la recogida, envío y comunicación de resultados.
- El objetivo de eliminación del sarampión en cuanto a cobertura de vacunación de triple vírica (TV), es alcanzar cobertura

con dos dosis $\geq 95\%$. Se cumple este objetivo para la primera dosis de TV a nivel nacional (95,5%) y en Castilla y León (96,7%), pero no para la segunda dosis TV en España (92,3%) y casi en Castilla y León (94,8%).

- Aunque los resultados de la vigilancia del sarampión en 2010 en Castilla y León han sido buenos, debemos seguir estando alerta ante cualquier caso sospechoso de sarampión que cumpla la definición de caso y notificarlo de forma urgente, investigarlo y aplicar de forma inmediata las medidas de control, al mismo tiempo que tenemos que seguir manteniendo coberturas de vacunación con dos dosis de TV por encima del 95% y establecer estrategias de específicas de vacunación en grupos de especial riesgo.

2. RUBÉOLA

2.1. INTRODUCCIÓN

La rubéola es una enfermedad benigna que cursa con fiebre y exantema maculopapular difuso. Clínicamente la rubéola puede ser indistinguible de los exantemas febriles producidos por el sarampión, el dengue, la infección por parvovirus B19, herpes virus 6, Cocksackie virus, Echovirus o adenovirus, entre otros. La clínica es habitualmente benigna, el exantema se suele acompañar de fiebre o febrícula, malestar general, linfadenopatías retroauriculares u occipitales y artralgias, sobre todo en mujeres adultas.

La rubéola congénita afecta a más del 90% de los recién nacidos de madres que tuvieron la enfermedad en el primer trimestre del embarazo y puede producir malformaciones congénitas o incluso muerte fetal.

El reservorio es exclusivamente humano y se transmite por contacto con secreciones

nasofaríngeas de las personas infectadas, por contacto directo o por diseminación de gotitas respiratorias. Los niños con Síndrome de Rubéola Congénita pueden eliminar grandes cantidades de virus a través de las secreciones nasofaríngeas y de la orina y servir de fuente de infección a sus contactos. La rubéola es una enfermedad moderadamente contagiosa, con un período de incubación de 12 a 23 días (media de 14 días). El período de transmisibilidad va desde 7 días antes hasta al menos 4 días después del inicio del exantema. La medida preventiva más eficaz es la vacunación.

En el año 2008 se incorporó la vigilancia de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita, como ampliación del plan de eliminación del sarampión.

2.2. DEFINICIÓN DE CASO

Criterio clínico

Persona en la que aparece de manera súbita un exantema máculo-papuloso generalizado, y al menos uno de los cinco criterios siguientes:

- adenopatía cervical
- adenopatía suboccipital
- adenopatía retroauricular
- artralgias
- artritis

Criterio de laboratorio

Los resultados de laboratorio se interpretarán según haya habido vacunación o no.

Al menos uno de los siguientes:

- Respuesta específica de anticuerpos del virus de la rubéola (IgM)*
- Aislamiento del virus de la rubéola en una muestra clínica.
- Detección del ARN del virus en una muestra clínica.
- Elevación significativa del título de anticuerpos IgG específicos o seroconversión de pareja de sueros de fase aguda y convaleciente.

Nota importante para casos en **mujeres embarazadas**: si se sospecha rubéola en el embarazo, es especialmente importante tomar un juego completo de muestras clínicas para tener la posibilidad de con-

firmar el caso por todos los criterios posibles. Asimismo, es preciso confirmar los resultados positivos de IgM de rubéola mediante análisis de avidez de IgG específica que ponga de manifiesto baja avidez. Si esto no fuese posible por no haber IgG detectable, se deberá pedir una segunda muestra para demostrar seroconversión.

Criterio epidemiológico

Vínculo epidemiológico con un caso confirmado: contacto con un caso de rubéola confirmado por laboratorio entre 12-23 días antes del inicio de síntomas.

Clasificación de los casos

Caso clínicamente compatible: persona que cumple los criterios clínicos sin realización de diagnóstico por laboratorio y que no está vinculado epidemiológicamente con un caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado con vínculo epidemiológico: persona que cumple los criterios clínicos y que tiene vínculo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado por laboratorio: persona no vacunada recientemente que satisface los criterios clínicos y de laboratorio. Persona recientemente vacunada en la que se aísla el genotipo salvaje del virus

*En países con muy baja incidencia de rubéola (<1 caso/1.000.000) un resultado de IgM positivo en una persona sin antecedentes de exposición a otros casos de rubéola y sin antecedentes de viaje a zona endémica se le debe realizar otra prueba de laboratorio para poder confirmar el caso y distinguirlo de un resultado falso positivo. La confirmación puede hacerse sobre la misma muestra clínica demostrando la presencia de IgG específica de baja avidez.

2.3. RESULTADOS

Durante el año 2010 no se ha notificado ningún caso sospechoso de rubéola. Tampoco se han notificado casos de rubéola

congénita. En España se han notificado 9 casos confirmados de rubéola (tasa de 0,02 casos por 100.000 habitantes).

3. PAROTIDITIS

3.1. INTRODUCCIÓN

La parotiditis es una enfermedad vírica que se caracteriza por fiebre e inflamación de una o más de las glándulas salivares, habitualmente de la parótida. No todos los casos de inflamación de la parótida están causados por el virus de la parotiditis sino que hay otros virus que pueden ocasionarla aunque no de forma epidémica.

En poblaciones no vacunadas alrededor de un tercio de los sujetos expuestos sufren una infección inaparente o subclínica especialmente los niños pequeños y adultos. La inflamación de la parótida suele estar precedida de síntomas inespecíficos como fiebre, dolor de cabeza, sensación de malestar, mialgias o anorexia. Las complicaciones son más frecuentes en los adultos y pueden darse sin que aparezca inflamación de la parótida. Entre las más frecuentes está la orquitis, generalmente unilateral, que puede darse en un 20-30% de los casos en hombres pospúberes y que rara vez produce esterilidad. La ooforitis se presenta en un 5% de las mujeres pospúberes y la pancreatitis, generalmente leve, en un 4% de los casos. La meningitis es sintomática en el 10% de los casos de parotiditis y los pacientes se recuperan por lo general sin complicaciones. Los casos de parotiditis presentan una estacionalidad con un pico principalmente en invierno-primavera.

Los virus de la parotiditis pertenecen a la familia *Paramixoviridae*, género *Rubulavirus*.

Son virus envueltos que contienen ARN. Hay un serotipo del virus de la parotiditis y se han descrito 12 genotipos (A – L).

El único reservorio conocido es el hombre. La transmisión es por diseminación de gotitas de saliva o aerosoles o por contacto directo con la saliva de una persona infectada. Las personas asintomáticas o con infecciones atípicas pueden transmitir el virus. La parotiditis es muy contagiosa pero menos que el sarampión o la varicela.

El virus ha sido aislado de la saliva desde 7 días antes hasta 9 días después del inicio de la enfermedad y de la orina desde 6 días antes hasta 15 días después del inicio del cuadro. El período de transmisibilidad va desde los 2 días anteriores al inicio de la enfermedad a los 9 días posteriores, con un periodo de máxima transmisibilidad desde los 2 días anteriores al inicio de la enfermedad a los 4 días posteriores. Las infecciones subclínicas pueden transmitir la enfermedad.

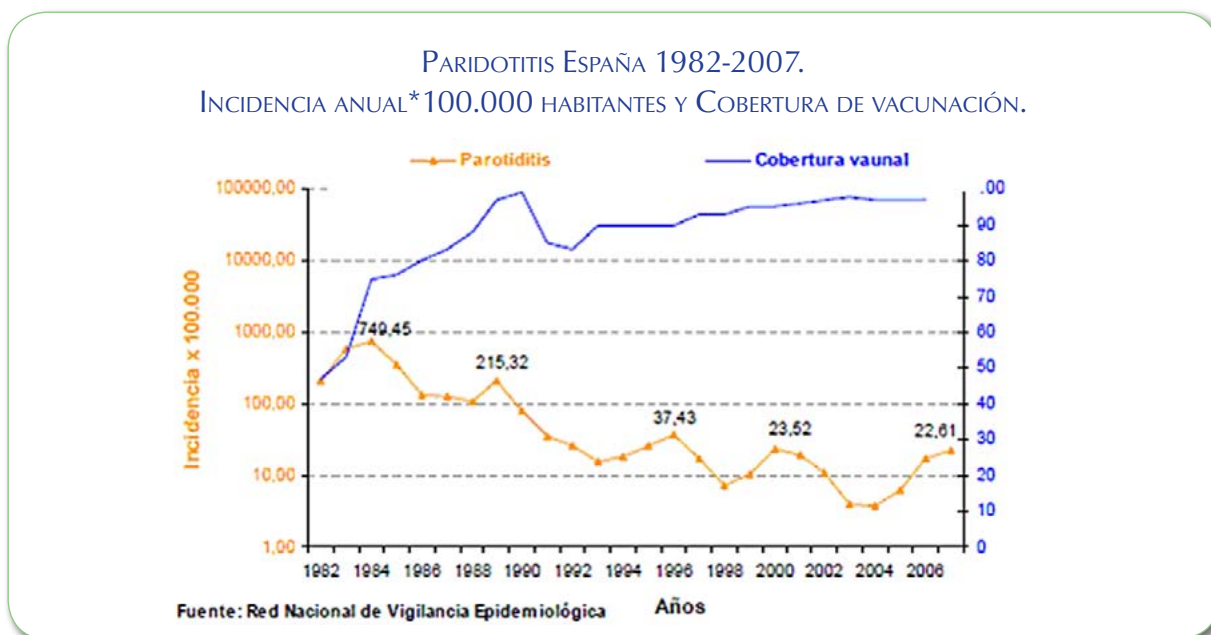
El periodo de incubación oscila entre 16 -18 días, con un rango posible entre 14-25. Todas las personas que no han pasado la enfermedad o que no están adecuadamente inmunizadas son susceptibles. Se cree que la infección natural, tanto después de infecciones clínicas como subclínicas, confiere inmunidad durante toda la vida, pero recientemente han aparecido datos que lo cuestionan. Aunque la mayo-

ría de los individuos mantienen niveles detectables de anticuerpos hasta veinte años después de haber padecido la infección natural, se han confirmado casos de reinfección por el virus de la parotiditis

La medida preventiva más eficaz es la **vacunación**. La vacuna de la parotiditis es una vacuna de virus vivos atenuados que produce niveles de anticuerpos detectables en más del 90% de los niños vacunados. Los títulos de anticuerpos que se producen después de la vacunación son más bajos que los que produce la infección natural.

En **España** la vacuna frente a parotiditis se introdujo, combinada con las vacunas frente a sarampión y rubéola (Triple vírica-TV) en 1981 a la edad de 15 meses.

Posteriormente en 1995 el Consejo Interterritorial aprueba la administración de una segunda dosis de TV entre los 11 y 13 años. En 1999, después de analizar los resultados de la Encuesta Seroepidemiológica Nacional, el Consejo Interterritorial acuerda adelantar la edad de administración de la segunda dosis entre los 3 y 6 años. La vacuna TV ha cambiado el patrón epidemiológico de la enfermedad pese a no alcanzar el nivel de efectividad que alcanzan los componentes del sarampión y de la rubéola. Se estima que la efectividad con dos dosis de vacuna Jeryl-Lynn es del 88% por lo que anualmente se genera una pequeña bolsa de susceptibles que se va incrementado año a año. Por ello las altas coberturas de vacunación parecen no ser suficiente para prevenir todos los brotes.



En **Castilla y León** la vacuna TV se empleó de forma generalizada a partir de 1983 (nacidos a partir de 1982). Se administraba una sola dosis a los 15 meses de edad. En 1993 se introdujo una segunda dosis a los 11 años. Y, en el año 2000, esta segunda dosis de TV dosis se adelantó a los 6 años, continuando así hasta la actualidad

(primera dosis TV a los 15 meses y segunda dosis de TV a los 6 años).

En 1993 se comenzó a utilizar, de forma desigual en el territorio nacional, la vacuna Triple vírica TRIVIRATEN® del Laboratorio Berna, fabricada con cepa Rubini. Esta vacuna tenía la ventaja de que en su fabricación no se utiliza-

ba huevo ni antibióticos, pudiéndose administrar a niños alérgicos a estos compuestos. Sin embargo, posteriormente, al constatarse su menor eficacia en la protección frente a la parotiditis fue sustituida, en marzo de 1999, por una vacuna fabricada con cepa Jerry-Lynn más inmunógena. Esta vacuna es la que se utiliza en la actualidad.

En Castilla y León, la vacuna TRIVIRATEN® se utilizó de enero a diciembre de 1996 y entre septiembre de 1998 y marzo de 1999.

El **objetivo de este informe** es describir las características clínicas, epidemiológicas y de

laboratorio de los casos de parotiditis notificados al Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León en el año 2010 y compararlos con años anteriores.

Los **objetivos de la vigilancia epidemiológica de la parotiditis** deben adaptarse al nivel de control de la enfermedad que se haya alcanzado en cada país. En países con altas coberturas de vacunación y baja incidencia de parotiditis, que incluye la aparición de brotes, la vigilancia debe servir para identificar grupos de riesgo y para predecir y prevenir la aparición de brotes.

3.2. DEFINICIÓN DE CASO

Definición clínica de caso:

Enfermedad caracterizada por la aparición aguda de tumefacción unilateral o bilateral, sensible al tacto y autolimitada, de la parótida u otras glándulas salivares cuya duración es mayor de 2 días y sin que haya otras causas aparentes.

Criterios diagnósticos de laboratorio:

- Aislamiento del virus de la parotiditis de una muestra clínica.
- Aumento significativo en el nivel de anticuerpos de parotiditis mediante un método serológico estándar.
- Test positivo serológico de anticuerpos IgM de parotiditis.
- Detección del genoma del virus de la parotiditis.

Clasificación de casos:

Caso sospechoso/probable: concuerda con la definición clínica de caso y no está epidemiológicamente relacionado con un caso probable o confirmado.

Caso confirmado: todo caso confirmado por laboratorio. Dos casos probables que

estén epidemiológicamente relacionados deberán ser considerados confirmados, aun en ausencia de confirmación por laboratorio.

Se analizaron los casos de parotiditis notificados durante el año 2010 al Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) de Castilla y León y residentes en la comunidad autónoma.

La información de los casos es la recogida en la encuesta epidemiológica de caso de parotiditis que incluye datos sociodemográficos, datos clínicos (fecha de inicio de síntomas, tipo de síntomas, complicaciones clínicas, ingreso en hospital, evolución y antecedentes personales), datos de laboratorio (resultados de serología, cultivo, PCR y genotipado), estado vacunal y otros.

Se han calculado tasas de incidencia por 100.000 habitantes globales y específicas por grupos de edad y forma clínica de presentación. Como población de referencia se utiliza el Padrón continuo de habitantes de Castilla y León a 1 de enero de 2010 (Fuente INE/Junta de Castilla y León).

3.3. RESULTADOS

3.3.1. Incidencia por edad y sexo

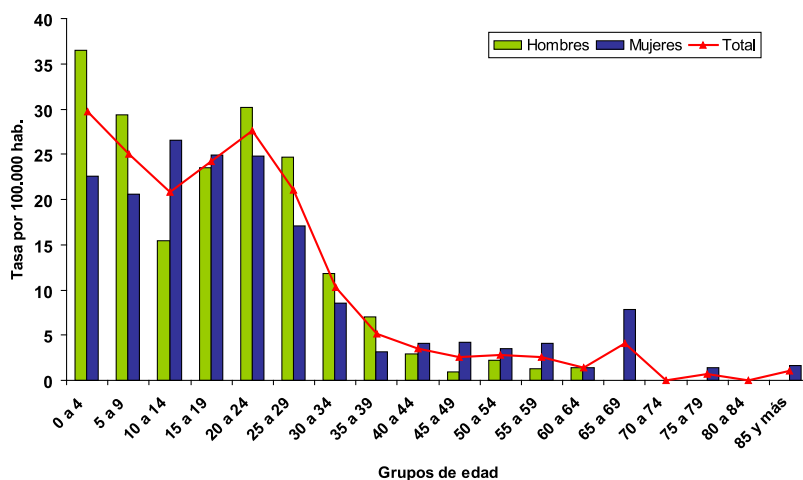
En Castilla y León durante el **año 2010** se han notificado **239 casos de parotiditis**, 44 casos más que los declarados en 2009, lo que supone un incremento del 22,5%. La tasa en 2010 ha sido de **9,32** casos por 100.000 habitantes. El número de casos notificados fue ligeramente superior en los hombres, 127 (53,1%) frente a 112 (46,9%) en las mujeres, con tasas de incidencia también superior en hombres (tasa de 9,98 y 8,67 respectivamente).

La incidencia de la enfermedad ha sido más frecuente, en ambos sexos, en el grupo de edad de 0 a 4 años (30 casos, con una tasa de 29,76 casos por 100.000 habitantes), seguida del grupo de 20 a 24 años (39 casos, tasa de 27,55), y del grupo de 5 a 9 años (25 casos y una tasa de 25,07). La media de edad es de 22,76 años (DE=16,1), en los hombres de 20,4 (DE=13,1) y en las mujeres de 25,44 (DE=18,7). Un 31,8% de los casos se han producido en los niños menores de 14 años, mientras que un 39,7% se han producido en los adultos jóvenes, entre 20 y 34 años.

Tabla 5. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.
CASOS Y TASAS POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPO DE EDAD	CASOS			TASAS		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
0 - 4	19	11	30	36,52	22,54	29,76
5 - 9	15	10	25	29,36	20,56	25,07
10 - 14	8	13	21	15,48	26,51	20,85
15 - 19	14	14	28	23,48	24,92	24,18
20 - 24	22	17	39	30,15	24,79	27,55
25 - 29	22	14	36	24,73	17,06	21,05
30 - 34	12	8	20	11,81	8,54	10,25
35 - 39	7	3	10	6,96	3,21	5,15
40 - 44	3	4	7	2,94	4,08	3,49
45 - 49	1	4	5	0,98	4,18	2,53
50 - 54	2	3	5	2,19	3,52	2,83
55 - 59	1	3	4	1,27	4,06	2,62
60 - 64	1	1	2	1,39	1,40	1,39
65 - 69	0	5	5	0	7,86	4,06
70 - 74	0	0	0	0	0	0
75 - 79	0	1	1	0	1,37	0,76
80 - 84	0	0	0	0	0	0
85 y más	0	1	1	0	1,66	1,11
TOTAL	127	112	239	9,98	8,67	9,32

Figura 4. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.
TASA DE INCIDENCIA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.



3.3.2. Clasificación de los casos y fuentes de notificación

Clasificación de los casos:

De los 239 casos de parotiditis notificados, 62 fueron confirmados (25,9%), 7 probables (2,9%) y 170 casos sospechosos (71,1%). 20 casos de parotiditis estuvieron asociados a brote (8,4%).

Durante el año 2010 se notificó un brote en la provincia de Salamanca que afectó fundamentalmente a jóvenes entre 12 y 15 años, que acudían al mismo instituto escolar y que estaban correctamente vacunados para su edad. El brote se confirmó al aislarse en dos casos virus de la parotiditis, genotipo G1.

También durante 2010 se produjo en Segovia una situación epidémica con un incremento en el número de casos notificados, 35 casos desde la semana 41 a la 52 y el pico máximo fue en la semana 51 con 13 casos de parotiditis notificados. El 66,6% de estos casos fueron varones, el 57,1% de los casos tenían edades comprendidas entre los 20 y 29 años y, de es-

tos, el 45% tenían antecedente de vacunación. En 3 casos de parotiditis se aisló el genotipo G1 (dos de ellos vacunados con TV).

Fuentes de notificación:

El 79,5% de los casos de parotiditis fueron notificados por Atención Primaria, el 18,8% por Atención Especializada y un 1,7% por otros declarantes.

La parotiditis es una enfermedad de declaración obligatoria urgente con datos epidemiológicos básicos (ORDEN SAN/2128/2006), por ello cumple la definición de alerta epidemiológica y es una enfermedad que se debe declarar a través del **Sistema de Alertas Epidemiológicas de Castilla y León**, cuando se diagnostica fuera del horario laboral habitual.

De las 88 alertas epidemiológicas recibidas en 2010, 48 (54,5%) correspondieron a notificaciones de casos sospechosos de parotiditis, que suponen un 20,1% del total de las parotiditis notificadas a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla

y León. Las alertas por parotiditis fueron las más frecuentemente notificadas desde Atención Primaria, representando un 69,4% del total de las alertas detectadas en dicho nivel asistencial. Segovia y Valladolid fueron las provincias que más alertas de parotiditis notificaron (14 y 13 alertas, respectivamente).

3.3.3. Sintomatología de la enfermedad

El 74,9% de los casos refirieron inflamación de parótidas, seguido en frecuencia por la fiebre (95 casos; 39,7%) y el malestar general (82 casos; 34,3%).

Los casos confirmados presentan con más frecuencia inflamación de parótidas (88,7%) y fiebre (58,1%) que los casos sospechosos/probables.

Tabla 6. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010. FRECUENCIA DE SÍNTOMAS.

SÍNTOMAS	Total casos		Casos confirmados		Casos sospechosos/probables	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Inflamación de parótidas	179	74,9	55	88,7	124	70,1
Fiebre	95	39,7	36	58,1	59	33,3
Malestar general	82	34,3	26	41,9	56	31,6
Cefalea	43	18,0	20	32,3	23	13,0
Anorexia	25	10,5	9	14,5	16	9,0
Mialgias	31	13,0	15	24,2	16	9,0

3.3.4. Evolución clínica

Se registró el ingreso hospitalario en 7 casos (2,9%). Como complicaciones, se ha registrado en 5 casos orquitis (2,1%), en dos casos un absceso amigdalario y en un caso meningitis por virus de la parotiditis en una mujer de 30 años. Todos los casos con complicación de orquitis eran mayores de 24 años.

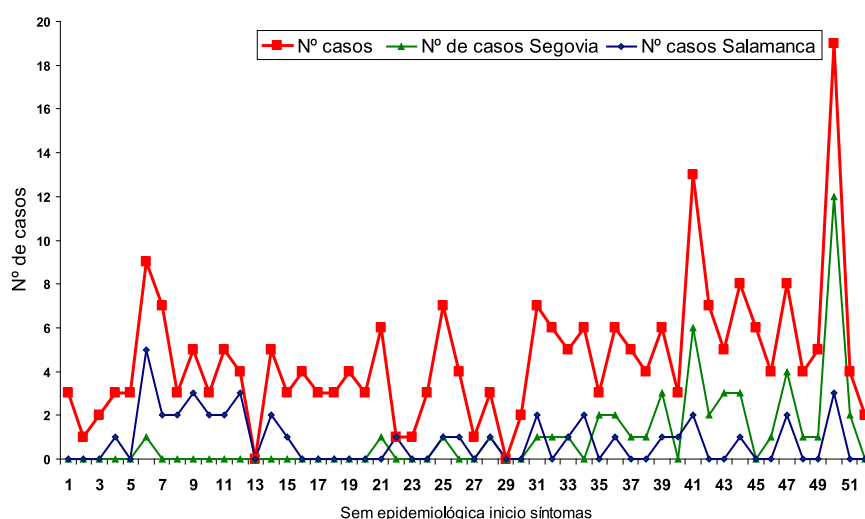
3.3.5. Evolución temporal

En la figura 5 se presenta la evolución tem-

poral de los casos de parotiditis por semana y mes de inicio de síntomas.

La notificación de los casos de parotiditis se ha mantenido estable a lo largo del año, a excepción del incremento en el número de casos notificados en otoño-invierno; el 36,8% de los casos se han notificado desde la semana 40 a la 52 de 2010. El mayor número de casos se notificó en la semana 52 (19 casos), del 25 de diciembre de 2010 al 1 de enero de 2011.

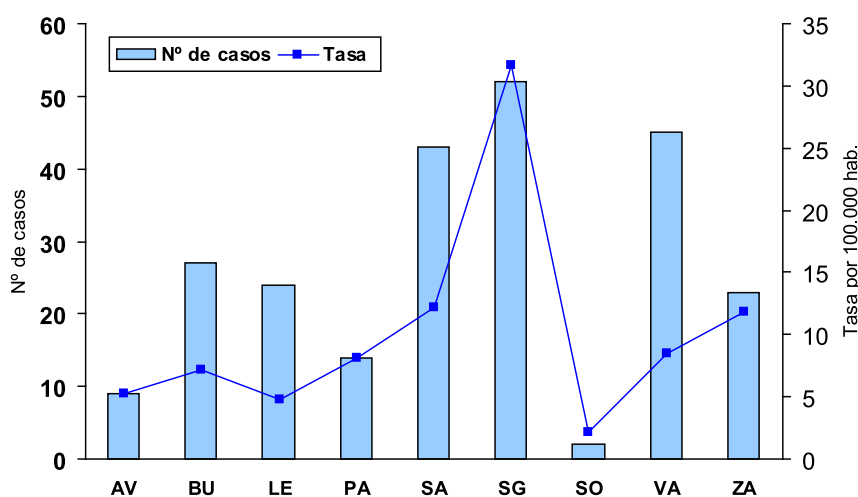
Figura 5. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.
EVOLUCIÓN TEMPORAL.



3.3.6. Número de casos y tasa de incidencia por provincia de residencia

La tasa de incidencia y el número de casos de parotiditis notificados por provincia se muestra en la figura 6.

Figura 6. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.
CASOS Y TASAS DE INCIDENCIA POR PROVINCIA.



El mayor número de casos se ha notificado en las provincias de Segovia (52 casos), Valladolid (45 casos) y Salamanca (43 ca-

sos); y la mayor tasa de incidencia en Segovia (31,66 casos por 100.000 habitantes).

3.3.7. Resultados de laboratorio

Serología:

En 118 casos (49,4%) se solicitó serología para parotiditis. En un **16,1%** (19 casos) la **serología para IgM fue positiva**, mientras

que en un 80,5% de los casos (95) fue positiva la serología para IgG.

Un 13,5% de los casos presentaron IgM e IgG positivas, mientras que el mayor porcentaje de casos, un 61%, presentaron IgM negativa e IgG positiva. Tabla 7.

Tabla 7. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010. RESULTADO DE LA SEROLOGÍA.

RESULTADO		Nº de casos (%)	Estado de vacunación		
			Vacunados	No vacunados	Desconocido
IgM positiva	IgG positiva	16 (13,5%)	4 *(25%)	9 (56,2%)	3 (18,7%)
	IgG negativa	2 (1,7%)	0	1	1
IgM negativa	IgG positiva	72 (61%)	46 ** (63,8%)	15 (20,8%)	11 (15,3%)
	IgG negativa	5 (4,2%)	3		2

* 3 casos vacunados con dos dosis, y un caso vacunado con una dosis.

** 26 casos (56,5%) vacunados con dos dosis y 18 casos (39,1%) vacunados con una dosis.

El 56,2% de los casos de parotiditis con IgM e IgG positiva referían no estar vacunados con TV; mientras que el 63,8% de los casos con IgM negativa e IgG positiva tenían el antecedente de vacunación.

Cultivo/PCR en orina y/o saliva:

En 49 casos (20,5%) se solicitó cultivo/PCR en orina y/o saliva, enviando la muestra al Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III. En un 42,8% de los casos la PCR fue positiva en saliva para virus de la parotiditis (21 casos); en un 8,2% la PCR fue positiva en orina, y en un 6,1% el cultivo fue positivo en saliva.

En 12 casos de parotiditis se ha detectado el **genotipo** del virus de la parotiditis, siendo el mismo, el **G1**.

Según la información del Centro Nacional de Microbiología, en los años 2000 y 2002, el genotipo predominante y responsable de los brotes fue el H1 (se tiene conocimiento de su circulación en España desde 1996). A partir del 2005 en España por primera vez, y de forma mayoritaria, circula el genotipo G1, al igual que en países del entorno europeo y EEUU.

En el 85% de los casos en los que la PCR fue positiva en saliva, esta fue negativa en orina. En el 100% de los casos en los que la PCR en saliva fue negativa, esta también fue negativa en orina. Tabla 8.

Tabla 8. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010. RESULTADO DE LA PCR EN SALIVA Y ORINA.

		PCR Saliva		
		Positivo	Negativo	Total
PCR Orina	Positivo	3	0	3
	Negativo	17	16	33
	Total	20	16	36

(*) Un caso con PCR positivo en saliva no tenía muestra de orina.

De los 19 casos de parotiditis con serología IgM positiva para virus de la parotiditis se enviaron muestras para PCR en saliva y orina en 4 casos: 3 de ellos fueron positivos en saliva para virus de la parotiditis y dos de ellos positivos en la muestra de orina.

De los 95 casos de parotiditis que presentaron serología negativa de IgM y positiva de IgG se enviaron muestras de saliva de 21 casos y en 14 de ellos (66,6%) la PCR fue positiva para virus de la parotiditis. Se

enviaron muestras de orina en 20 casos y sólo en 3 de ellos (15%) la PCR fue positiva.

Se ha analizado la detección del virus en saliva mediante PCR según los días transcurridos desde su extracción y la fecha de inicio de síntomas (tabla 8). Aunque el mayor porcentaje de positividad fue encontrado en las muestras recogidas en los primeros 4 días tras el inicio de síntomas, el virus fue detectado por PCR en 5 muestras (50%) recogidas entre 6º y 9º días del inicio de síntomas.

Tabla 9. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.
RESULTADO DE LA PCR EN SALIVA SEGÚN LOS DÍAS DEL INICIO DE SÍNTOMAS.

Días de recogida de muestras tras inicio síntomas	PCR en saliva	
	Realizado N	Positivo N (%)
0-1	9	6 (66,6%)
2-3	6	5 (83,3%)
4-5	10	5 (50)
6-9	10	5 (50)
> 9	2	0

3.3.8. Estado de vacunación

En 168 casos de parotiditis (70,3%) se dispone de información sobre el estado vacunal. El 72% (121 casos) estaban vacunados con TV y el 30,3% habían recibido una dosis y 33,3% dos dosis. El 28% no estaban vacunados. Tabla 9.

En los menores de 14 años sólo un 4% de los casos no estaban vacunados, el 85,5% de los casos estaban vacunados, la mayoría correctamente para su edad (Figuras 7 y 8).

En los grupos de edad de 15 a 29 años la disponibilidad de información sobre el estado vacunal es desconocida en un mayor porcentaje (en el 40,7% de los casos), y el 50,5% estaban vacunados con TV. En los grupos de edad de 15-19 y de 20-24, el 35,7% y el 29%, respectivamente, tenían dos dosis de vacuna; mientras que en el grupo de mayor edad de 25-29 años, el 27% tenían una dosis de vacuna.

Tabla 10. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE PAROTIDITIS POR EDAD Y ESTADO DE VACUNACIÓN.

Grupo de edad	No vacunado	Vacunado				Estado vacunal desconocido	Total casos
		1 dosis	2 dosis	Nº dosis Desc.	Total Si vacunado		
0 - 4	2	25	0	0	25	3	30
5 - 9	0	5	12	3	20	5	25
10 - 14	1	1	19	0	20	0	21
15 - 19	1	3	10	5	18	9	28
20 - 24	1	6	11	3	20	17	38
25 - 29	7	10	4	0	14	16	37
30 - 34	10	1	0	1	2	8	20
35 - 39	5	0	0	1	1	4	10
40 - 44	7	0	0	0	0	0	7
45 - 49	5	0	0	0	0	0	5
50 - 54	1	0	0	1	1	3	5
55 - 59	3	0	0	0	0	1	4
60 - 64	0	0	0	0	0	2	2
65 - 69	3	0	0	0	0	2	5
70 - 74	0	0	0	0	0	0	0
75 - 79	0	0	0	0	0	1	1
80 - 84	0	0	0	0	0	0	0
85 - .	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	47	51	56	14	121	71	239

Figura 7. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y ESTADO DE VACUNACIÓN.

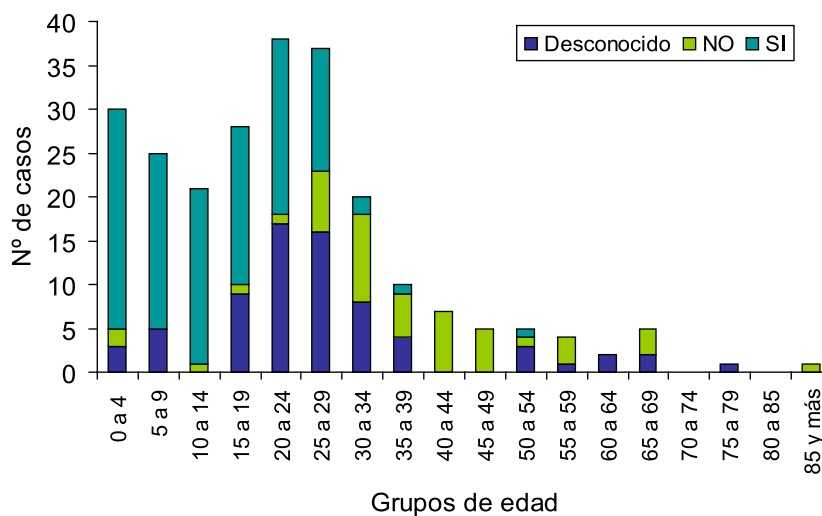
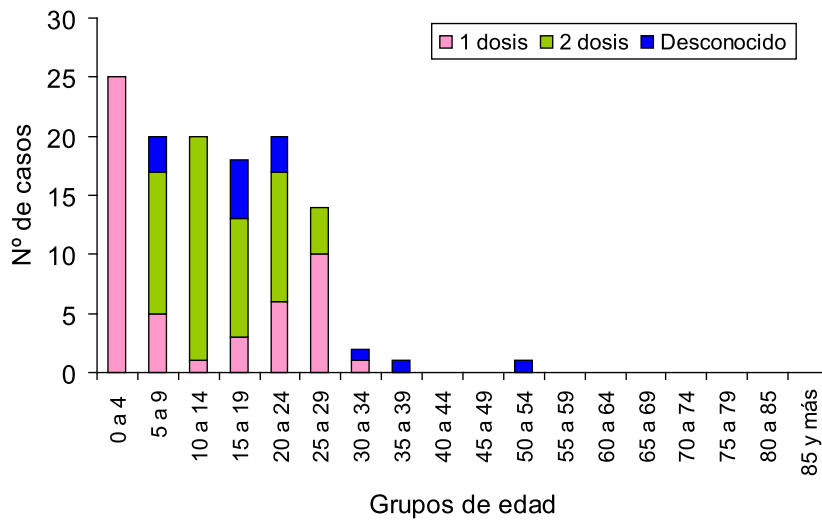


Figura 8. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y N^o DE DOSIS DE VACUNA TV.

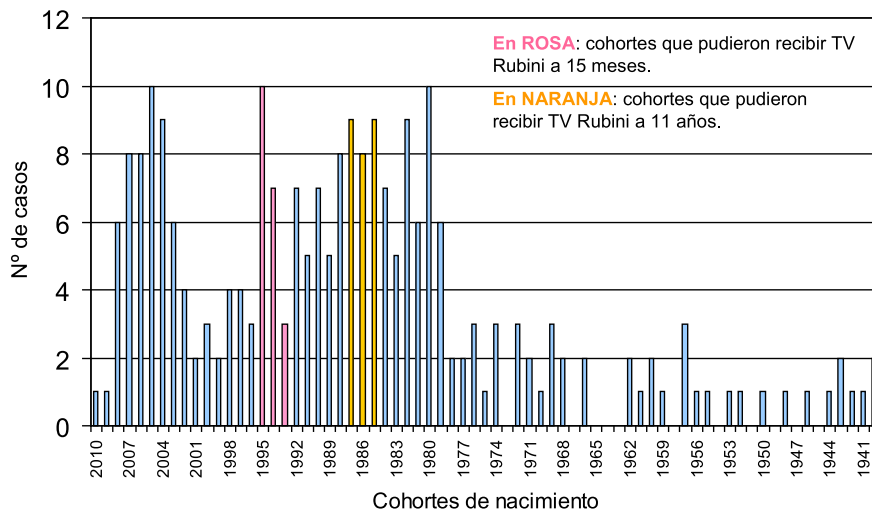


El mayor número de casos de parotiditis del año 2010 se observa en las cohortes de nacidos entre 1980 y 1988 (22 a 30 años en 2010) con 71 casos, el 30% del total y la cohorte de nacidos entre 2003-2008 (3 a 8 años) con 47 casos, el 19,7%. Figura 9. Sólo un 7,1% de los casos de pa-

rotiditis notificados se han producido en cohortes del 1995 a 1997 que pudieran haber recibido vacuna TV con una cepa menos inmunógena (Rubini) y el 10,9% en las cohortes de 1985 a 1987 que pudieron recibirla a los 11 años.

Figura 9. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.

DISTRIBUCIÓN POR COHORTE DE NACIMIENTO.



Los casos confirmados presentan con mayor frecuencia el antecedente de no estar

vacunados con triple vírica (tabla 11).

Tabla 11. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE PAROTIDITIS POR TIPO DE CASO Y ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN.

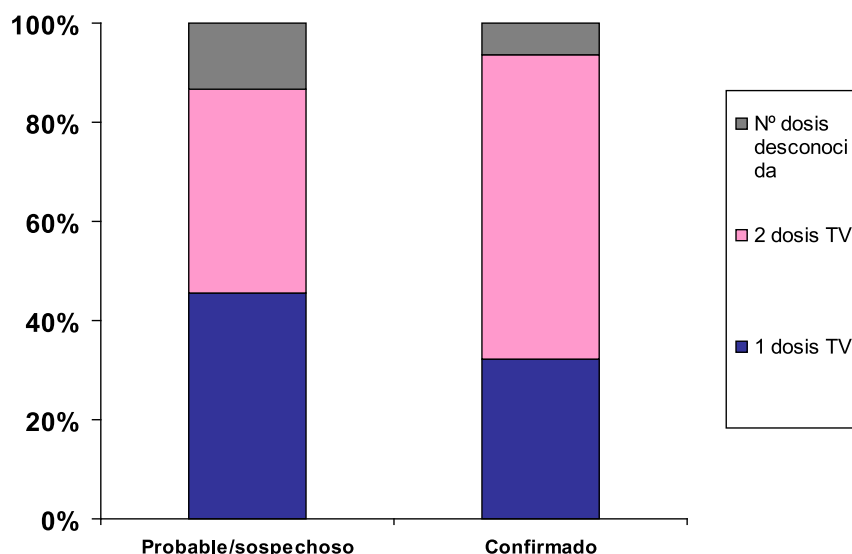
Vacunación con Triple Vírica	Tipo de caso	
	Probable/sospechoso N° (%)	Confirmado N° (%)
Si	90 (49%)	31 (56,3%)
No	33 (18%)	14 (25,5%)
Desconocido	61 (33%)	10 (18,2%)
Total	184 (100%)	55 (100%)

De los casos de parotiditis que refieren estar vacunados con TV, los casos confirmados presentan un mayor porcentaje de

casos con dos dosis de TV documentados que los casos sospechosos/probables (61,3% frente a 41,1%). Figura 10.

Figura 10. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑO 2010.

DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE CASO Y N° DE DOSIS DE TRIPLE VÍRICA



3.4. EVOLUCIÓN DE LA PAROTIDITIS EN CASTILLA Y LEÓN

Los últimos picos en la incidencia, registrados en Castilla y León, se produjeron durante los años 1996, 2001 y 2006 con 1.673, 448 y 821 casos notificados respectivamente. Tras el aumento observado

en 2006, el número de casos descendió en 2008 y 2009, apreciándose un ligero incremento en 2010 (239 casos, tasa de 9,32 casos por 100.000 habitantes).

Figura 11. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑOS 1983-2010.
EVOLUCIÓN TEMPORAL.

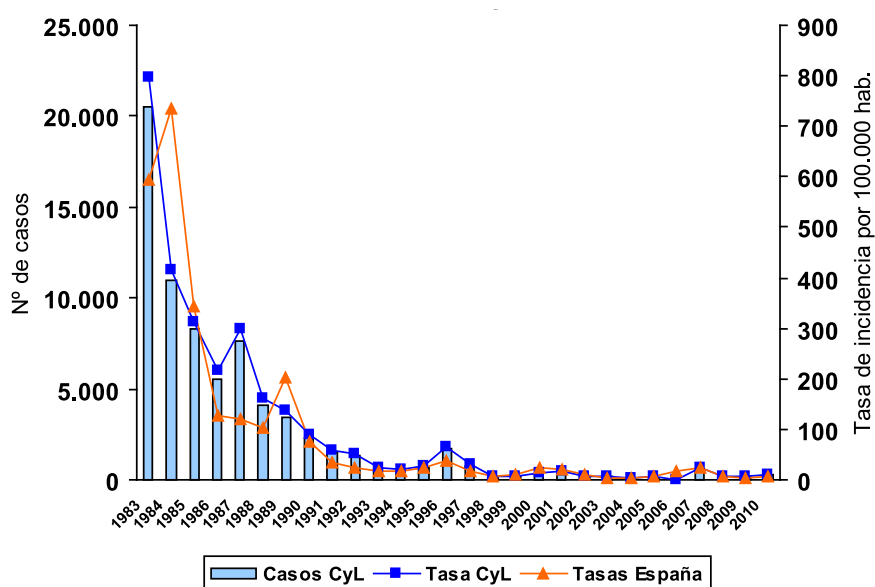
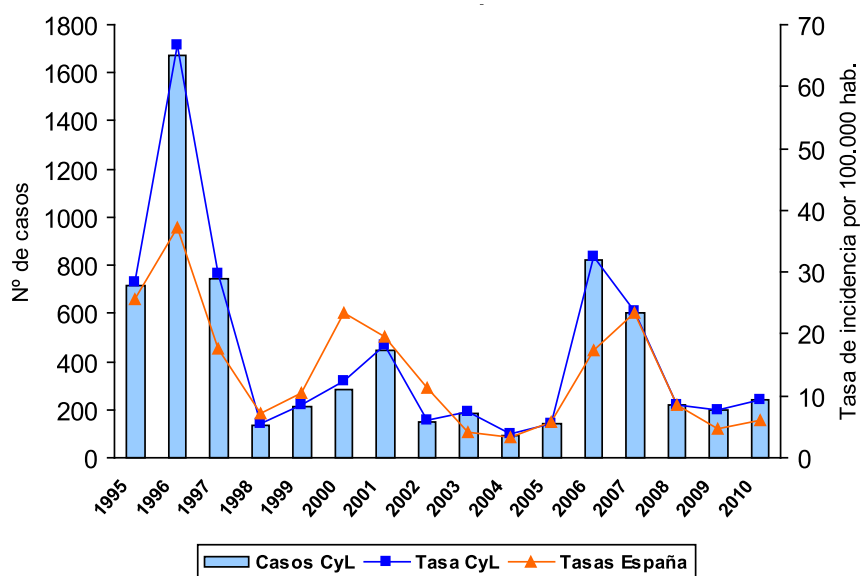


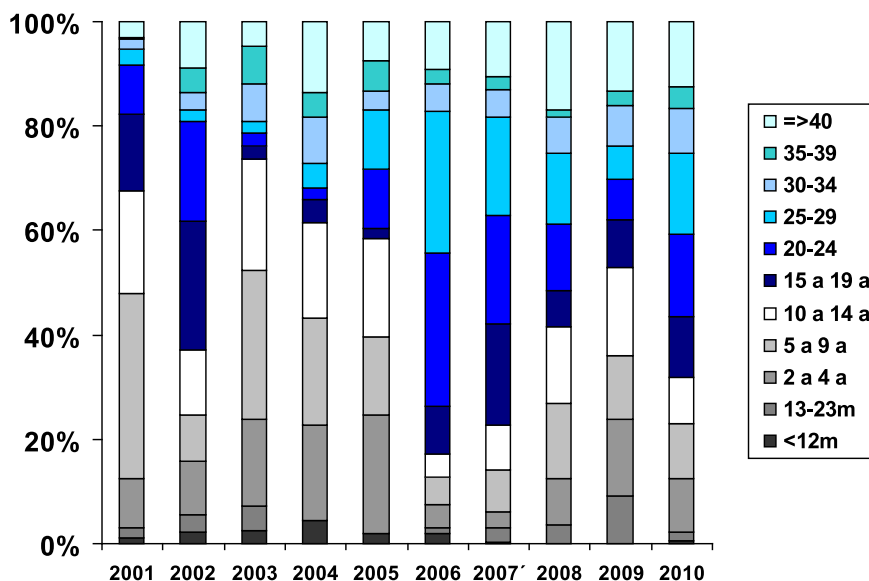
Figura 12. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑOS 1995-2010.
EVOLUCIÓN TEMPORAL.



La evolución de la distribución de los casos de parotiditis notificados desde 2001 por grupos de edad se presenta en la figura 13. Se observa como en el período 2001-2005 el predominio de los casos se produjeron en los menores de 14 años,

mientras que en el siguiente periodo (2006-2010) los casos se han notificado en los de jóvenes adultos de 15 a 34 años, más marcado en el año 2006, situación que vuelve a repetirse en el año 2010.

Figura 13. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑOS 2001-2010.
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD.



Los casos y tasas por provincia de los años 2007 a 2010 se presentan en la tabla 12. Las tasas han variado a lo largo de los años según la situación epidémica ocurrida en cada provincia. En el año 2007 las mayo-

res tasas se produjeron en Palencia, Soria y Burgos, manteniéndose de forma similar en los años 2008-2009, para incrementarse la tasa en Segovia durante el año 2010.

Tabla 12. PAROTIDITIS. CASTILLA Y LEÓN. AÑOS 2007 A 2010. CASOS Y TASAS POR PROVINCIA Y AÑO.

Provincias	2007		2008		2009		2010	
	casos	tasas	casos	tasas	casos	tasas	casos	tasas
Ávila	18	10,67	13	7,57	16	9,32	9	5,24
Burgos	124	33,88	33	8,83	31	8,25	27	7,20
León	34	6,84	19	3,80	27	5,40	24	4,81
Palencia	150	86,56	16	9,22	6	3,46	14	8,12
Salamanca	28	7,97	29	8,21	21	5,92	43	12,16
Segovia	41	25,73	14	8,54	9	5,46	52	31,66
Soria	59	63,04	16	16,91	7	7,36	2	2,10
Valladolid	132	25,30	47	8,88	54	10,14	45	8,43
Zamora	15	7,61	30	15,21	24	12,27	23	11,84
Castilla y León	601	23,77	217	8,49	195	7,61	239	9,32

3.5. CONCLUSIONES

- La tasa de incidencia de parotiditis se ha incrementado en el año 2010, presentado una tasa de 9,32 casos por

100.000 habitantes, superior a la tasa en España, de 5,95.

- La incidencia de la enfermedad ha sido más frecuente en hombres y el grupo de edad de 0 a 4 años (tasa de 29,75 casos por 100.000 habitantes) seguida del grupo de edad de 20 a 24 años (tasa de 27,55), con una media de edad de 22,76 años (DE=16,1). Un 39,7% se han producido en los adultos jóvenes, entre 20 y 34 años.
- Un 25,9% de los casos fueron confirmados y un 8,4% estuvieron asociados a brotes.
- La mayoría de los casos fueron notificados por Atención Primaria (79,5%). Un 20,1% de las parotiditis fueron notificadas a través del Sistema de Alertas Epidemiológicas.
- El síntoma más frecuente fue la inflamación de parótidas (74,9%), seguida de la fiebre (39,7%). Estos síntomas se presentaron con más frecuencia en los casos confirmados que en los sospechosos/probables.
- Un 2,9% de los casos requirieron ingreso hospitalario y un 2,1% presentaron como complicación orquitis.
- La presentación de los casos de parotiditis ha sido estable a lo largo del año 2010, con un incremento en otoño-invierno, que se corresponde con el brote de parotiditis que afectó a adultos jóvenes de la provincia de Segovia.
- Las provincias con mayor número de casos notificados han sido Segovia (también la de mayor tasa de incidencia), Valladolid y Salamanca.
- La serología frente a virus de la parotiditis se ha solicitado en el 49,4% de los casos. En un 16,1% de los casos la IgM fue positiva. Un importante número de casos presentaron IgM negativa e IgG positiva (el 61%), y de estos el 63,8% referían estar vacunados.
- El cultivo/PCR en orina y saliva se ha solicitado en el 20,5% de los casos. La PCR en saliva ha sido positiva en el 42,8% de los casos en los que fue realizada. En 12 casos se ha detectado el genotipo del virus de la parotiditis, siendo el mismo, el G1. Este es el mismo genotipo que está circulando en España y Europa. La rentabilidad de la PCR en orina ha sido muy baja (8,2%).
- Un 66,6% de los casos que presentaron serología negativa de IgM y positiva de IgG se confirmaron por detectarse PCR positiva en saliva.
- En el 70,3% de los casos se dispone de información sobre el estado vacunal. El 72% estaban vacunados con TV y el 30,3% habían recibido una dosis y 33,3% dos dosis. Sólo un 28% no estaban vacunados. Es decir, la mayoría de los casos de parotiditis notificados en 2010 en Castilla y León se han producido en población vacunada con triple vírica y las cohortes más afectadas recibieron vacuna que contiene la cepa Jeryl Lynn.
- Tras el importante aumento en el número de casos notificados en 2006 y 2007, la tendencia descendente observada en 2008 y 2009 se ha roto, apreciándose un ligero incremento en 2010.
- La presentación de los casos por edad ha variado a lo largo del tiempo: en el período 2001-2005 la mayoría de los casos se produjeron en menores de 14 años, en el periodo 2006-2010, los casos se han producido en adultos jóvenes.
- Se aprecia una variación de la tasa provincial que son un reflejo de la situación epidémica ocurrida en es momento en el territorio.