

Sumario

Brote de sarampión en la Comunidad de Madrid. Año 2006	1	Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria	5
Clasificación de los casos sospechosos de sarampión	4	Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica	9

Brote de sarampión en la Comunidad de Madrid. Año 2006

García Comas L, Ordobás Gavín M, Rodero Garduño I, Gutiérrez Rodríguez A, García Fernández C, Sanz Moreno JC y el resto de los miembros de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes

El día 3 de febrero de 2006 la Red de Vigilancia Epidemiológica detectó dos casos de sarampión vinculados epidemiológicamente. Se trataba de dos primos, con origen y residencia en Reino Unido y que no estaban vacunados frente a sarampión. El primer caso había debutado el 9 de enero y se encontraba en el Reino Unido durante el período de incubación y el segundo estuvo en contacto con el primero en Madrid durante el período de transmisibilidad.

El Plan de Eliminación del Sarampión se puso en marcha en la Comunidad de Madrid (CM) en el año 2001, en concordancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1998 y con el Plan de Eliminación Nacional^{1,2,3,4}. Los indicadores de evaluación del Plan en nuestra región (2001-2005) señalan que el objetivo de eliminación de la transmisión del virus autóctono se ha cumplido⁵. Sin embargo, a pesar de que el bajo nivel de susceptibilidad de la población general está impidiendo la circulación sostenida del virus, existen grupos de mayor susceptibilidad donde la difusión del virus puede ocurrir ante la aparición de algún caso importado. Por una parte, la III Encuesta de Serovigilancia (1999-2000)⁶ mostraba una mayor susceptibilidad al virus en el grupo de 16-20 años (cohortes de nacidos entre 1979 y 1984), y por otra, el Sistema de Información Vacunal de la CM ofrecía unas coberturas vacunales de triple vírica para la primera (89,6%) y segunda dosis (91,7%) inferiores a los valores propuestos por la OMS (95%). Estos datos señalan la posibilidad de circulación del virus en nuestra población y la aparición de brotes de diversa magnitud

mientras exista la posibilidad de aparición de casos importados.

Objetivos

Describir las características epidemiológicas del brote de ámbito poblacional detectado en la Comunidad de Madrid en el año 2006 y las medidas llevadas a cabo para el control del mismo.

Material y métodos

La estrategia de vigilancia y control del sarampión está recogida en el Documento Técnico del Plan de Eliminación del Sarampión de la CM¹. Se ha definido como contacto susceptible a todo contacto que no pudiera documentar dos dosis válidas de vacuna o evidencia serológica de protección y cuyo año de nacimiento fuera posterior a 1975 para contactos en la población general o posterior al 1965 para contactos entre trabajadores de centros sanitarios. Asimismo, se ha definido como agregación de casos al conjunto de casos que han podido compartir el lugar y momento de la exposición, aunque no siempre se haya podido evidenciar el vínculo epidemiológico con exactitud, así como todas las generaciones de casos que hayan dado lugar cada uno de ellos. Las principales variables analizadas han sido la edad, sexo, área de residencia, lugar de procedencia, fecha de inicio del exantema, manifestaciones clínicas, gravedad (presencia de complicaciones y necesidad de ingreso hospitalario), estado vacunal, grado de certeza diagnóstica, genotipo del virus, fuente de infec-

ción, colectivos implicados en la transmisión, antecedentes de viaje durante el período de incubación e intervenciones realizadas.

Resultados

El caso importado ha originado un brote de 174 casos (2,92 casos por 100.000 habitantes), 153 confirmados por laboratorio (87,9%), nueve por vínculo epidemiológico (5,2%) y 12 compatibles (6,9%). La duración total del brote ha sido de 198 días (del 9 de enero al 25 de julio). Además de los 174 casos del brote se han notificado en el mismo período otros 81 casos sospechosos, de los que 73 se descartaron, siete eran vacunales y uno era un caso confirmado importado no relacionado con el brote.

El 84,6% de los casos son de origen español. La distribución por sexos es similar (razón hombre/mujer: 1:1,02). El rango de edad de aparición de los casos es de 2 meses a 37 años. El 47,1% eran adultos jóvenes de 20 a 34 años de edad y el 13,2% niños entre 6 y 11 meses. La incidencia más elevada se ha observado en el grupo de menores de un año (35,87), seguida de la del grupo de 1 a 4 años (16,23). En adultos jóvenes de 20 a 34 años la incidencia ha sido de 5,27 (figura 1). El 9,8% de los

casos presentaron complicaciones. La complicación más frecuente fue la neumonía. El 37,4% de los casos ha requerido ingreso hospitalario. No se ha producido ningún fallecimiento.

La magnitud del brote ha sido especialmente importante entre las semanas 7 y 10 y las semanas 16 y 20. El incremento de casos en el segundo intervalo coincide con el aumento de casos menores de 15 meses y la detección de la circulación del virus en escuelas infantiles (figura 2).

El 9,2% de los casos (16 de 174) tenían antecedentes de vacunación documentada de los que dos casos habían recibido dos dosis y el resto una dosis. El 20,7% de los casos (36 de 174) pertenecen a las cohortes de nacimiento beneficiadas de la vacunación sistemática con triple vírica. De ellos, el 27,8% (10 de 36) habían recibido al menos una dosis en el pasado y el 19,4% (7 de 36) estaban correctamente vacunados. El 50% de los casos (10 de 20) no vacunados pertenecientes a estas cohortes procedían de fuera de España, de los que seis casos eran rumanos de etnia gitana. Entre los casos españoles no vacunados, cinco acudían al mismo colegio y cuatro eran de etnia gitana.

El 58,6% de los casos tenían vínculo con algún otro caso, agrupados en 24 agregaciones distintas. El número de casos por agregación ha oscilado entre dos y 12, el 50% de las cuales eran de dos casos. Las agregaciones se extendieron a lo largo de períodos que oscilan entre uno y 56 días y el 50% de ellas dieron lugar a casos durante un período menor del período de incubación medio del sarampión. Los colectivos más frecuentemente implicados en dichas agrupaciones han sido los familiares, seguidos de los centros hospitalarios y de las escuelas infantiles (tabla 1). La transmisión de la infección en los ocho centros sanitarios originó 16 casos (13 trabajadores sanitarios y tres casos comunitarios). La fuente de infección fue un caso comunitario en 13 casos, y un trabajador de un centro sanitario en tres casos. Por otra parte, se han detectado dos brotes fuera de la Comunidad de Madrid relacionados con este brote: un brote familiar de dos casos en la Comu-

Figura 1

Brote de sarampión de ámbito poblacional. Incidencia por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Año 2006

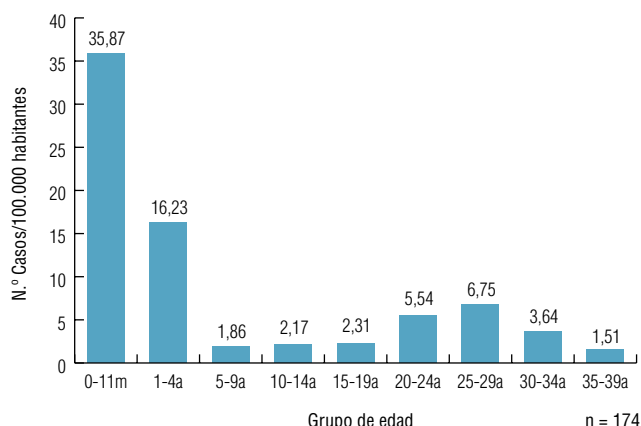


Figura 2

Brote de sarampión de ámbito poblacional. Casos por semana de inicio del exantema y grupo de edad. Comunidad de Madrid. Año 2006.

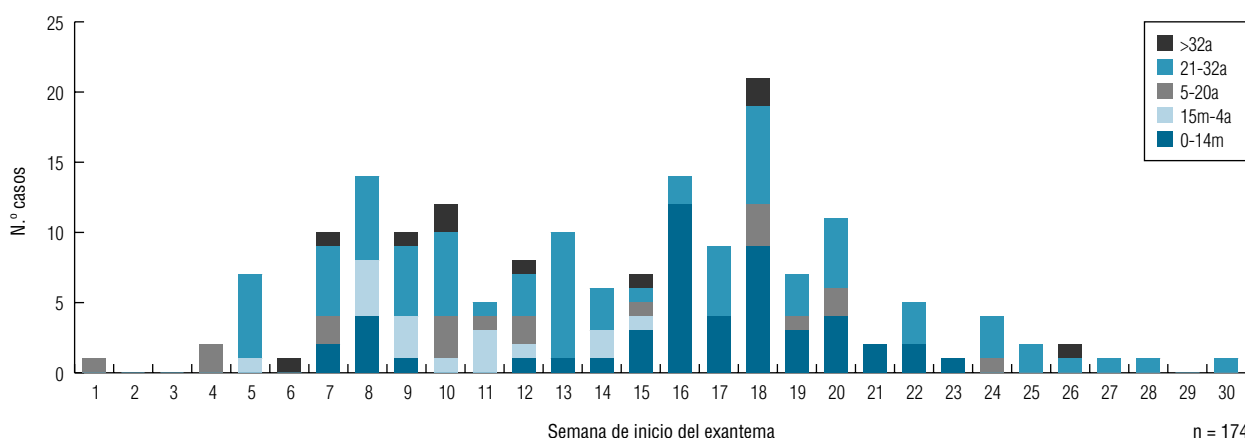


Tabla 1

Brote de sarampión de ámbito poblacional. Colectivos implicados en las agregaciones de casos detectadas. Comunidad de Madrid. Año 2006

Colectivo	N.º casos secundarios
Entorno familiar: 15 familias y 1 grupo de amigos	27
Centros escolares: 3 escuelas infantiles y 1 colegio	25
Centros Sanitarios: 8 hospitales	16
Aeropuerto	5
Centro de trabajo	1
Centro de menores	1
Centro comercial	2
Total	77

nidad Valenciana y un brote comunitario en Venezuela, ambos producidos por el virus del sarampión genotipo B3 con una secuencia genética idéntica a la del virus causante del brote de nuestra Comunidad. El primer caso del brote familiar había visitado el mismo Centro de Salud de la Comunidad de Madrid que uno de los casos del brote, y el brote en Venezuela se produjo a partir de un piloto que estuvo en Madrid durante una semana del mes de febrero⁷.

Las principales medidas adoptadas han sido el aislamiento respiratorio de los casos y la inmunización activa o pasiva de los contactos susceptibles, exclusión temporal del colectivo, si está indicado, y seguimiento durante 18 días desde la última exposición. Se difundieron notas informativas a la Red Sanitaria Asistencial y se recomendó la detección de anticuerpos frente al sarampión a los trabajadores de centros sanitarios considerados como contactos susceptibles. Asimismo, se adelantó la edad de administración de la primera dosis de vacuna frente al sarampión (triple vírica) a los 12 meses de edad y se recomendó la administración de una dosis suplementaria de vacuna a los niños comprendidos entre los 6 y 11 meses de edad. Una vez extinguida esta situación de riesgo elevado, el 1 de octubre de 2006 se recomendó restablecer la pauta vacunal habitual para esta enfermedad.

Discusión y conclusiones

Se ha producido un brote de sarampión en la Comunidad de Madrid que ha originado 174 casos. Los datos epidemiológicos y microbiológicos indican que los casos se derivan de una fuente de infección común importada. El caso índice del brote procedía del municipio de Doncaster (Reino Unido), donde se han detectado varias agrupaciones de casos infectados por el virus del sarampión genotipo B3, el mismo que se ha identificado en el brote^{8,9,10}.

La enfermedad ha afectado principalmente a población no vacunada: población adulta joven, con baja cobertura vacunal, debido a que alcanzaron la edad de vacunación cuando ésta era baja, y niños menores de 15 meses, que aún no han recibido la primera dosis de triple vírica. Estos dos grupos de población son los que

presentan el mayor riesgo de infección ante la posibilidad de aparición de algún caso importado.

Los centros sanitarios han jugado un papel importante en la transmisión del virus, debido a la mayor oportunidad de contacto entre casos y personas susceptibles que tiene lugar en ellos. El aislamiento de los casos y las medidas de control sobre los contactos adquieren una especial relevancia en este ámbito. Asimismo, la transmisión del virus en las escuelas infantiles es muy eficaz, debido a la concentración de niños que aún no han recibido la primera dosis de triple vírica. Si se considera el elevado riesgo de complicaciones en los niños pequeños, el aislamiento de los casos y las medidas de control sobre los contactos también son especialmente relevantes en este entorno.

Aunque lo más probable es que la transmisión del virus autóctono está interrumpida en nuestra Comunidad si atendemos a los criterios de eliminación del sarampión de la OMS, el brote actual pone de manifiesto la posibilidad de transmisión de virus importados en nuestra población. Por otra parte, en los primeros meses de 2006 se ha detectado la circulación del virus en diversos países europeos¹¹⁻¹⁹, lo que subraya la importancia de la notificación urgente de toda sospecha de sarampión a la Red de Vigilancia Epidemiológica, manteniendo un alto grado de sospecha de sarampión ante un cuadro exantemático febril, tanto en población infantil como en población adulta joven, con el fin de poder adoptar lo antes posible las medidas de control necesarias para evitar la diseminación del virus. Asimismo, mientras no se elimine la circulación del sarampión en el mundo, es necesario mantener una alta cobertura vacunal, con especial hincapié en los profesionales sanitarios y en grupos de población no vacunada por su pertenencia a grupos con menor probabilidad de haberse beneficiado de la vacunación. Es necesario desarrollar estrategias de vacunación dirigidas a estos grupos de población.

Bibliografía

¹ Plan de Eliminación del Sarampión en la CM. Documento Técnico de Salud Pública n.º 73. Instituto de Salud Pública de la CM, 2002. http://www.madrid.org/sanidad/salud/publicaciones/pdf_DT/DT73.pdf

² Estrategia de vigilancia del sarampión. Bol Epidemiol CM, 2001; 7(8): 31-43

³ Casos de sarampión notificados en la Comunidad de Madrid. Año 2001, situación hasta el 31 de agosto. Bol Epidemiol CM, 2001; 7(8): 44-47

⁴ ORDEN 186/2001, de 9 de mayo, del Consejero de Sanidad, por la que se modifica la notificación del sarampión en la CM. http://icmweb06.icm.es/comun/0,2616,3029_14210_80749_185102_20010518_6,00.html

⁵ Evaluación del sarampión Plan de eliminación del sarampión. Informe de vigilancia epidemiológica. Comunidad de Madrid. año 2005 y período 2001-2005. Bol Epidemiol de la CM 2006; vol. 12 (8) (pendiente de publicación).

⁶ III Encuesta de Serovigilancia de la CM. Boletín Epidemiológico de la CM 2002; vol. 8 (5).

⁷ Pan American Health Organization. Measles Outbreak Reported in Venezuela. Immunization Newsletter 2006; XXVIII (2). <http://www.paho.org/English/AD/FCH/IM/sne2802.pdf>

⁸ Health Protection Agency. Laboratory confirmed cases of measles, mumps and rubella in England and Wales: weeks 47/05 to 01/06/2005. <http://www.hpa.org.uk/cdr/archives/2006/cdr1206.pdf>

⁹ Health Protection Agency. Increase in measles cases in 2006, in England and Wales. CDR Weekly 2006; 16(12) <http://www.hpa.org.uk/cdr/archives/2006/cdr1206.pdf>

¹⁰ Health Protection Agency. Outbreak of measles in Doncaster. CDR Weekly 2006; 16 (5). <http://www.hpa.org.uk/cdr/archives/2006/cdr1506.pdf>

¹¹ Perucha, E Ramalle-Gómara, ME Lezaun, A Blanco, C Quiñones, M Blasco, MA González, C Cuesta, JE Echevarría, MM Mosquera, F de Ory. A measles outbreak in children under 15 months of age in La Rioja, Spain, 2005-2006. Euro Surveill 2006;11(10). (<http://www.eurosurveillance.org/em/v11n10/1110-222.asp>)

¹² van Treeck U. Measles outbreak in Germany: over 1000 cases now reported in Nordrhein Westfalen. Euro Surveill 2006;11(5):E060511.1. (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060511.asp#1>)

¹³ van Treeck U, Wichmann O. Measles outbreak in Germany: update. Euro Surveill 2006;11(4):E060413.1. (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060413.asp#1>)

¹⁴ Muscat M, Christiansen A, Persson K, Plesner A, Böttiger B, Glismann S, Romanus V. Measles outbreak in the Øresund region of Denmark and Sweden. Euro Surveill 2006; 11(3):E060330.4. (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060330.asp#4>)

¹⁵ Spika J, Aidryalieva C, Mukharskaya L, Kostyuchenko N, Mulders M, Lipskaya G, Emiroglu N. Measles outbreak in the Ukraine, 2005-2006. Euro Surveill 2006;11(3):E060309.1. (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060309.asp#1>)

¹⁶ Georgakopoulou T, Grylli C, Kalamara E, Katerelos P, Spala G, Panagiotopoulos T. Current measles outbreak in Greece. Euro Surveill 2006;11(2):E060223.2. (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060223.asp#2>)

¹⁷ A Filia, F Curtale, P Kreidl, G Morosetti, L Nicoletti, F Perrelli, J Mantovani, D Campus, G Rossi, MC Sanna, A Zanetti, F Magurano, C Fortuna, S Iannazzo, MG Pompa, M Ciofi degli Atti. Cluster of measles cases in the Roma/Sinti population, Italy, June-September 2006 Euro Surveill 2006; 11(10):E061012.2. (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/061012.asp#2>)

¹⁸ P Stefanoff, MP Czarkowski. Unexpected rise in measles incidence in Poland in 2006 may be related to Ukrainian outbreak. Euro Surveill 2006;11 (6): E060629.3 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060629.asp#3>)

¹⁹ EO Samoilovich, MA Yermalovich, GV Semeiko, EI Svirchevskaya, MI Rimzha, LP Titov. Outbreak of measles in Belarus, January-June 2006 Euro Surveill 2006;11 (7): 060727 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060727.asp#3>)

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN Casos acumulados desde el 01/01/2007 hasta el 15/01/2007 (semana 02)

CC.AA.	Casos notificados (1)	En investigación	Casos Confirmados				Casos descartados (5)			
			Compatibles (2)	Autóctonos Laboratorio (3)	Importados Laboratorio (4)	Total	Rubéola	Otros Diagnósticos (6)	Sin Diagnosticar	Total
Andalucía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aragón	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Asturias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Baleares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canarias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cantabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla y León	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cataluña	9	4	-	4	-	4	-	-	1	1
Com. Valenciana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Extremadura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Galicia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madrid	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Murcia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Navarra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
País Vasco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rioja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Melilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	10	5	-	4	-	4	-	-	1	1

(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 por laboratorio:** 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.

Más información (BES 2000;8:169-172)