

# **PAROTIDITIS EN ARAGON. AÑO 2016.**

Sección de Vigilancia Epidemiológica  
Servicio de Vigilancia en Salud Pública  
Dirección General de Salud Pública

## INFORMACIÓN PARA LECTORES

---

**Tipo de documento:** Informe anual.

**Título:** Parotiditis en Aragón. Año 2016.

**Fecha de publicación:** 1 de marzo de 2017.

**Formato:** .pdf

**Destinado a:** Técnicos de salud pública.

**Distribuido electrónicamente a:** [epiara@aragon.es](mailto:epiara@aragon.es) y secciones Vigilancia Epidemiológica Aragón.

**Disponible en:** [web.aragon.es/salud-publica/vigilancia-epidemiologica](http://web.aragon.es/salud-publica/vigilancia-epidemiologica)

**Contacto:** Sección Vigilancia Epidemiológica. DGSP. [epiara@aragon.es](mailto:epiara@aragon.es)

**Cita sugerida:** Parotiditis en Aragón. Año 2016. Informe Anual. Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.

## 1.-Introducción

La parotiditis es una enfermedad vírica, generalmente infantil, que se caracteriza por fiebre e inflamación de una o más de las glándulas salivares, generalmente la parótida, su aparición es estacional, principalmente en invierno y primavera. Las complicaciones más frecuentes son la orquitis unilateral, la ooforitis y la meningitis. No todos los casos de la inflamación de la parótida están causados por el virus de la parotiditis.

La medida preventiva más eficaz es la vacunación, está incluida en el calendario de vacunaciones del niño en Aragón desde el año 1982. Actualmente se utiliza una vacuna de virus vivos atenuados que produce niveles de anticuerpos detectables en más del 90% de los niños vacunados y se pone a los 12 meses y a los tres años de edad. La implantación de la vacunación implicó un descenso en la incidencia de parotiditis de 1.105 casos por 100.000 habitantes en 1982 a 94,6 por 100.000 habitantes en 1986.

El [Decreto 222/96, de 23 de diciembre de 1996, del Gobierno de Aragón](#) regula la vigilancia epidemiológica en Aragón (Boletín Oficial de Aragón, número 2, de 8 de enero de 1997) y establece, entre otros aspectos, las enfermedades de declaración obligatoria y sus modalidades de declaración, entre las que está incluida la parotiditis.

La Red de Vigilancia Epidemiológica, a través de la notificación obligatoria de enfermedades, permite conocer la situación epidemiológica en Aragón. Las actuaciones de vigilancia epidemiológica incluyen, por un lado la detección e identificación de los casos, por otro el establecimiento de medidas de control del caso, asegurando su aislamiento y por último el establecimiento de las medidas de control sobre los contactos, realizando su localización, seguimiento e inmunización en caso de ser necesaria. La identificación de un brote conllevará el establecimiento de las medidas apropiadas para su control como son la identificación del caso índice, identificación de nuevos casos y búsqueda activa de los contactos susceptibles, asegurando la correcta inmunización de éstos.

En años previos, la Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Salud Pública de Aragón ha publicado informes anuales de enfermedades vacunables, en los que se detallaba la información sobre esta enfermedad y que están disponibles en la web [aragon.es/saludpublica](http://aragon.es/saludpublica).

## 2. Material y métodos

**Métodología:** Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de la evolución de la parotiditis en Aragón hasta el año 2016.

**Fuentes de datos:** Las fuentes de datos fueron el sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) numérica y el sistema de EDO individualizada.

- A partir de la información obtenida de la **declaración numérica** (número de casos notificados semanalmente) se calcularon las incidencias acumuladas de las EDO prevenibles por inmunización para la realización de las series históricas desde 1982, ya que permiten ver el impacto de los programas de vacunación implantados.
- Mediante el sistema **EDO individualizada** se obtuvieron número de casos, incidencias acumuladas, y datos descriptivos como edad, sexo y semana epidemiológica. Se utilizó esta fuente para el análisis de los años 2000 a 2016.

Las diferencias halladas en las incidencias acumuladas anuales entre la declaración numérica y la declaración individualizada son en parte explicadas porque la declaración numérica es bajo sospecha. El estudio individualizado de los casos no sólo confirma la impresión diagnóstica de los mismos sino que en ocasiones los descarta.

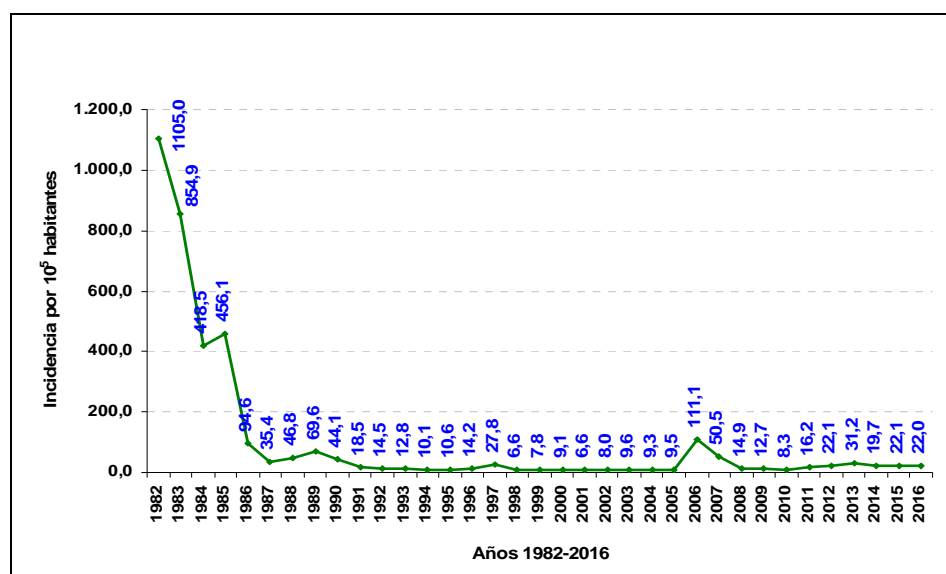
Las coberturas vacunales fueron facilitadas por la Sección de Programas de la Dirección General de Salud Pública.

Las poblaciones utilizadas para el cálculo de incidencias son las obtenidas del padrón municipal.

### 3. Resultados

En el año 1982 en Aragón se notificaron 13.193 casos de parotiditis (Incidencia Acumulada -IA- 1.105,0 casos por 10<sup>5</sup>), en 1984, con la introducción de la vacuna, descienden los casos notificados, y desde 1986 la IA anual baja a cifras inferiores a 100 casos por 10<sup>5</sup> habitantes. Desde 1996 la media anual de casos es inferior a 100, con excepción de los años 2006 y 2007 en el que se produjo un brote poblacional en Aragón y España, con un notable aumento en el número de casos, al que le siguió un nuevo descenso hasta 2010. (Gráfico 1)

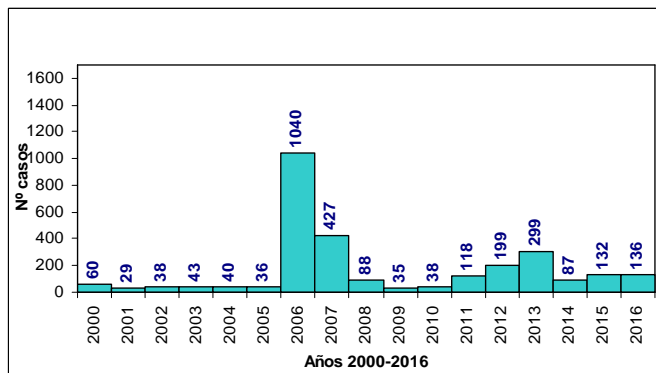
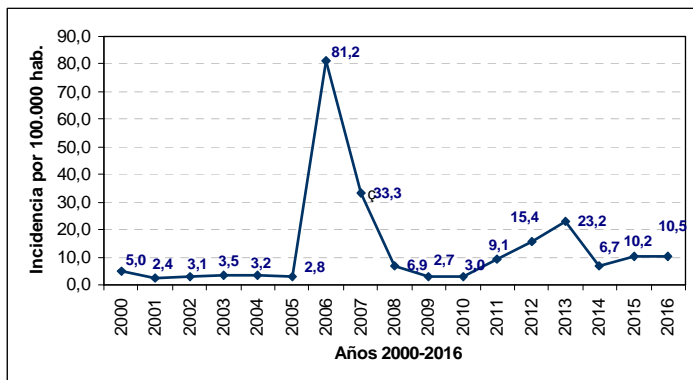
Gráfico 1: Incidencia de parotiditis en Aragón. 1982-2016. (Fuente EDO numérica)



Desde 2000 hasta 2016, se registraron 2.845 casos. El 51,5% de los casos se agruparon en la onda epidémica poblacional de los años 2006 y 2007. Se detectó de nuevo un aumento progresivo del año 2009 a 2013 hasta alcanzar una incidencia acumulada en 2013 de 23,2 casos por 10<sup>5</sup>, y con excepción de los años 2006 y 2007, ha sido la incidencia más elevada registrada desde 1997. (Gráfico 2 y 3)

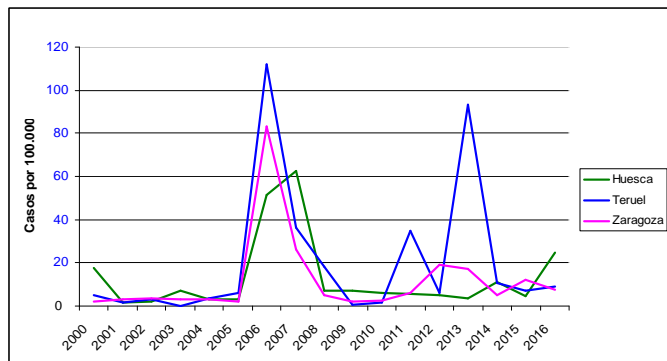
Gráfico 2: Incidencia de parotiditis en Aragón. 2000-2016. (Fuente EDO individualizada)

Gráfico 3: Nº de casos de parotiditis en Aragón. 2000-2016. (Fuente EDO individualizada)

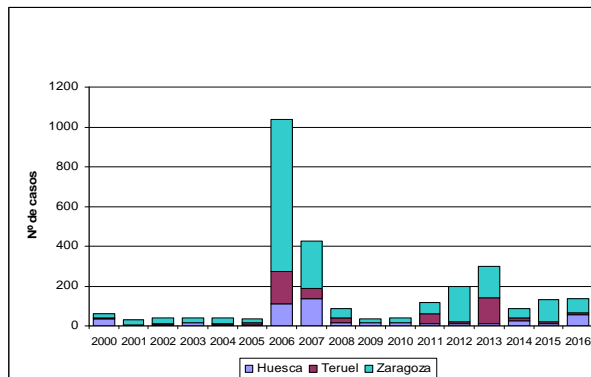


En el año 2016 se identificaron 136 casos de parotiditis, 69 en Zaragoza (IA 7,4 por 10<sup>5</sup>), 54 en Huesca (IA 24,7 por 10<sup>5</sup>) y 13 en Teruel (IA 9 por 10<sup>5</sup>). (Gráficos 4 y 5)

**Gráfico 4: Incidencia de parotiditis por provincia. Aragón. 2000-2016 (Fuente EDO individualizada)**

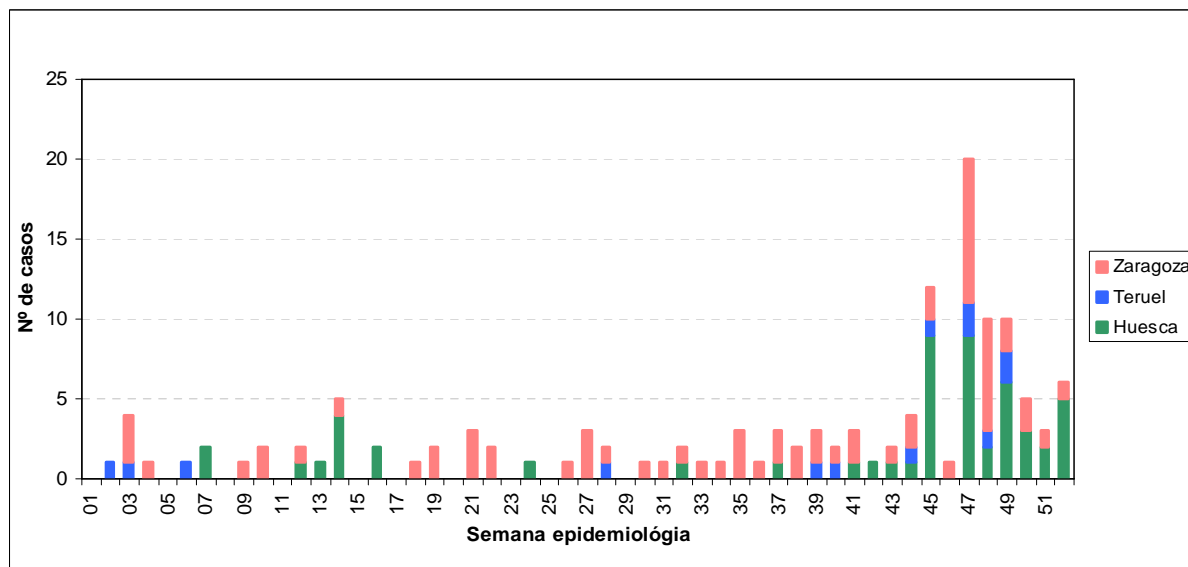


**Gráfico 5: Nº de casos parotiditis por provincia en Aragón. 2000-2016. (Fuente EDO individualizada)**



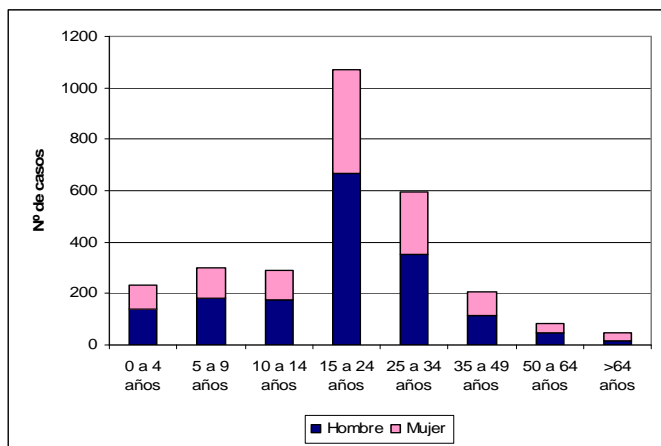
El 50,4% de los casos se notificaron entre la semana 45 y 52, la semana 47 fue la que alcanzó mayor número de casos (20 casos). (Gráfico 6)

**Gráfico 6: Nº de casos notificados por provincia y semana epidemiológica en Aragón. Año 2016. (Fuente EDO individualizada)**

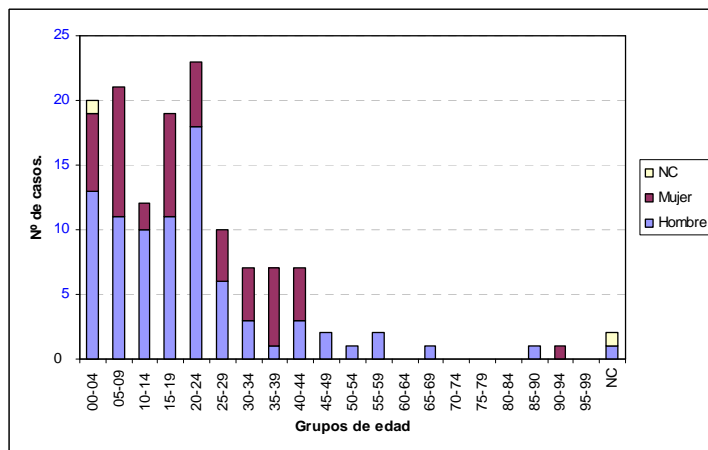


El 63% (84 casos) fueron hombres. El 38,9% (53 casos) fueron menores de 15 años, el 55% (75 casos) tenían entre 15 y 49 años, y el 4,4% (6 casos) tenían más de 50 años. (Gráfico 7 y 8)

**Gráfico 7: N° casos de parotiditis por edad y sexo. Aragón. Años 2000 a 2016. (Fuente EDO individualizada)**



**Gráfico 8: Porcentaje de casos de parotiditis por edad y sexo. Aragón. Año 2016. (Fuente EDO individualizada)**

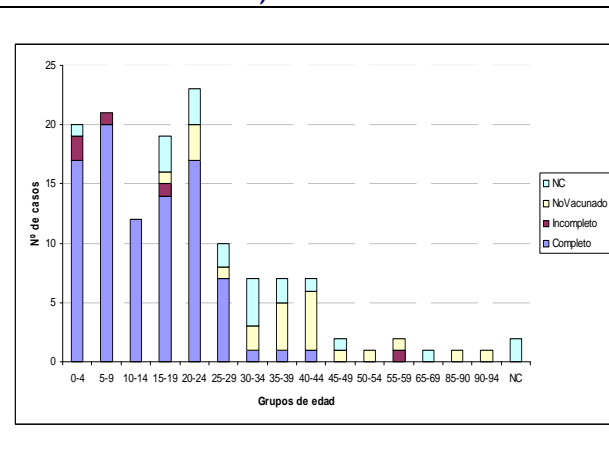


El diagnóstico se realizó en 106 casos (78%) según criterio clínico y en 23 casos (17%) mediante confirmación serológica.

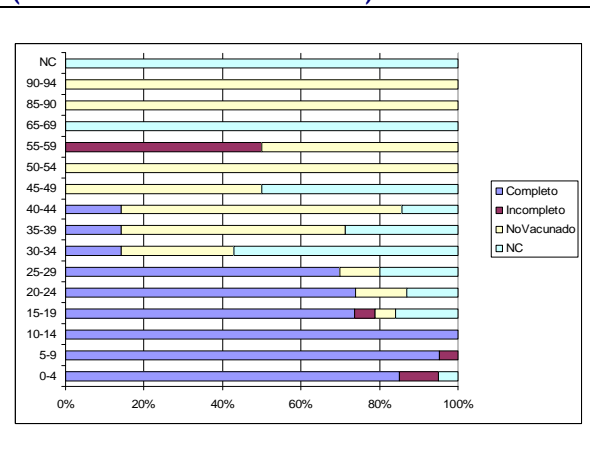
Un caso requirió hospitalización.

El 66,2% de los casos tenían la pauta de vacunación completa para su edad, un 3,7% incompleto, un 15,4% no estaban vacunados y un 14,7% no constaba este dato en ningún registro. Hasta los 30 años, más del 70% de los casos presentan una vacunación completa, por encima de esta edad este porcentaje es inferior al 15%. (Gráfico 9)

**Gráfico 9: N° de casos de parotiditis vacunados por grupo de edad. Aragón. Año 2016. (Fuente: EDO individualizada)**



**Gráfico 10: Porcentaje de casos de parotiditis vacunados por grupos de edad. Año 2016. (Fuente EDO individualizada)**



Las zonas básicas de salud (ZBS) con mayor número de casos fueron Jaca (22 casos), Zalfonada (9 casos) y Alcañiz y Fernando el Católico (5 casos). 14 de los 22 casos de Jaca pertenecen a un brote, así como 4 de los 5 casos de la ZBS de Fernando el Católico. En las otras zonas citadas no se ha confirmado nexo epidemiológico entre los casos.

El 27,4% (37 casos) estuvieron implicados en 6 brotes. El brote de mayor magnitud fue de 21 casos en Huesca, el segundo mayor afectó a 9 personas en Zaragoza. El resto de brotes fueron notificados en Zaragoza y afectaron a menos de 5 personas, 2 brotes de 2 casos cada uno, un brote de 4 casos, y un último brote con un caso en 2016 pero que continúa en 2017 (Tabla 1). Todos los casos pertenecientes a brotes estaban vacunados con dos dosis excepto un único caso.

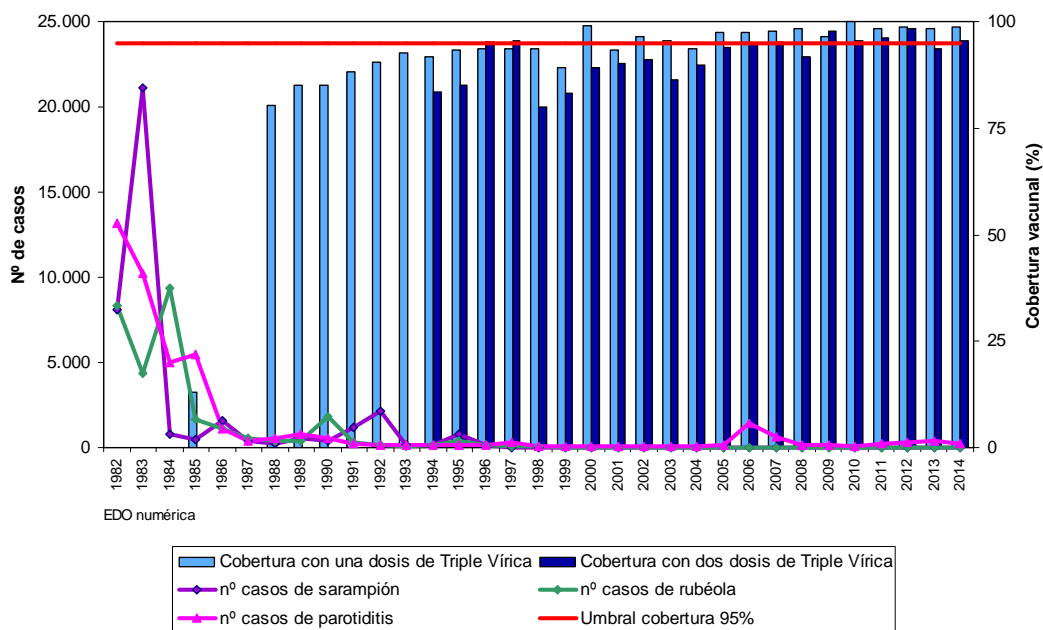
**Tabla 1: Características brotes de parotiditis en Aragón. Año 2016.**

Ambito	Nº casos	Provincia	Años de nacimiento de los casos
Comunitario	21	Huesca	4 casos (2002-2011) 9 casos (1992-2012) 8 casos (1972-1991)
Colegio Mayor	9	Zaragoza	1995-1997
Escolar	4	Zaragoza	1994-1997
Familiar	2	Zaragoza	1995
Escolar	2	Zaragoza	2006
Escolar*	1	Zaragoza	2000

\*Brote con un único caso en 2016 y varios casos en 2017.

La cobertura con la vacuna triple vírica en el año 2014 fue de 98,8% para la primera dosis y de 97,7% para la segunda dosis. (Gráfico 10)

**Gráfico 10: Casos de sarampión, rubéola y parotiditis en Aragón y cobertura vacunal con triple vírica. Años 1982-2014**



## 4.-Valoración epidemiológica

La parotiditis es una enfermedad epidémica que se presenta en ondas multianuales. En España la introducción de la vacuna triple vírica en el calendario de vacunación infantil a principio de los años ochenta redujo drásticamente la incidencia de la enfermedad, pero a mediados de la década de los 90 la enfermedad recuperó su presentación cíclica. Desde entonces se han producido 4 ondas epidémicas (1994-1997, 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2014). La última epidemia alcanzó su pico máximo en el año 2013 (13.880 casos; 29,5 casos por 100.000 habitantes). Después de un año valle en 2014 (3.310 casos; 6,84 casos por 100.000 habitantes) la enfermedad volvió a repuntar en 2015 (3.653 casos; 8,1 casos por 100.000 habitantes) y en 2016 ha mantenido la tendencia al alza (4.800 casos; 10,3 casos por 100.000 habitantes) marcando el inicio de la fase ascendente de una nueva onda epidémica. [2]

En Aragón, en el año 2016 ha habido un mínimo aumento de los casos, manteniéndose estable la incidencia en la Comunidad Autónoma. Valorando por provincias, destaca un aumento importante en el número de casos en Huesca, que en 2015 fue de 10 casos y en el 2016 se notificaron 54 casos, por el contrario en Zaragoza hubo una disminución, pasando de 112 casos en 2015 a 69 en 2016; en Teruel el número de casos se mantuvo estable, 10 casos en 2015 y 13 casos en 2016 (Gráfico 4 y 5). Uno de los factores que ha influido en el aumento de casos en Huesca ha sido la identificación de un brote que afectó a 21 personas entre la semana 45 y 52.

Los grupos de edad que han concentrado mayor número de casos han sido los comprendidos entre 15 y 34 años (59 casos, 43,4%) y entre 0 y 10 años (41 casos, 30%). Comparando con la distribución etaria agrupada del 2000 al 2016, podemos observar una mayor proporción de número de casos en edades más tempranas (de 0 a 10 años). (Gráfico 7 y 8)

Ha mantenido un comportamiento típico en su distribución por sexo, siendo mayor en hombres que en mujeres. Respecto a su distribución estacional, el aumento de casos suele ser marcado en invierno y ligero en primavera; este año el aumento de casos se ha limitado principalmente a las últimas semanas de otoño y las primeras de invierno. Hasta la semana 45 hubo menos de 5 casos por semana, incrementándose marcadamente de la 45 a la 51, principalmente por la aparición de varios brotes en Huesca y Zaragoza. (Gráfico 6)

Entre las 4 zonas de salud con más de 4 casos de parotiditis, en 2 de ellas sí que se identificaron brotes mientras que en las otras 2, con 9 y 5 casos, no se estableció vínculo epidemiológico entre los casos.

El mantenimiento de la circulación del virus de la parotiditis, a pesar de las altas coberturas de vacunación alcanzadas es, en franjas etarias de mayores de 30 años, consecuencia de la presencia de individuos susceptibles que pertenecen a poblaciones no vacunadas y a la evanescencia de la inmunidad de esta vacuna. En menores de esta edad, donde se concentra el mayor número de casos, las poblaciones están vacunadas con vacunas que llevaban la cepa Rubini, durante su periodo de administración en España y Aragón (1983-1999) o a poblaciones vacunadas con la cepa Jeryl-Linn. La baja efectividad demostrada de las vacunas que incluyen estos componentes y la disminución de la inmunidad con el paso del tiempo son la causa principal de los casos en niños y jóvenes. [3]

Una de las dificultades en las actividades de vigilancia se encuentra en conocer con fiabilidad el número de dosis de vacunación triple vírica administradas a los casos y a los contactos de éstos, especialmente en mayores de 30 años cuya historia no está informatizada y que también corresponde con el momento en que variaron las pautas y el tipo de vacuna. Otra de las dificultades para el control de los brotes es la posibilidad de transmisión desde infecciones subclínicas, y el retraso en el aislamiento de los casos, tanto por el retraso en el diagnóstico como por la posibilidad de transmisión en periodo asintomático.

Por lo tanto la vacunación continúa siendo la actividad prioritaria para el control de la parotiditis. Actualmente la vacunación con triple vírica establece la primera dosis a los 12 meses de edad y la segunda dosis a los 3 años de edad, siendo sus coberturas óptimas y estables, con pequeñas inflexiones, desde el año 2000.



### 3. Bibliografía

1. Decreto 222/96, de 23 de diciembre de 1996, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la vigilancia epidemiológica en Aragón. (Boletín Oficial de Aragón, número 2, de 8 de enero de 1997). Disponible en:  
[www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Profesionales/Salud%20publica/Vigilancia%20epidemiol%C3%B3gica/Normativa/real%20decreto%20222\\_96.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Profesionales/Salud%20publica/Vigilancia%20epidemiol%C3%B3gica/Normativa/real%20decreto%20222_96.pdf)
2. Informe Semanal de Vigilancia 17 de enero de 2017 Red Nacional de Vigilancia epidemiológica Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Disponible en : <http://revista.isciii.es/index.php/bes>
3. Protocolos Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid, 2013. Disponible en: [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/PROTOCOLOS\\_RENAVE.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/PROTOCOLOS_RENAVE.pdf)
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2016 - Mumps. Stockholm: ECDC; 2016. Disponible en : <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/mumps/Pages/Annual-epidemiological-report-2016.aspx>
5. Centro Nacional de Epidemiología. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2014. Madrid, 2016. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/enfermedades-declaracion-obligatoria-informes-anuales.shtml>