

027 - Comunicación Oral/Oral communication

Enfermedades vacunables

Immunipreventable diseases

Viernes 3 de Octubre / Friday 3, October

11:30:00 a/to 13:30:00

Moderador/Chairperson:
José María Díaz

DETECCIÓN PREVACUNAL DE ANTICUERPOS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS A: ¿CUÁL ES LA ESTRATEGIA MÁS EFICIENTE?

M^a José Faraldo Vallés*, Alberto Malvar Pintos**

*Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario. SERGAS, Santiago de Compostela. **Servicio de Información para a Saúde Pública, Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia, Santiago de Compostela.

Introducción: La encuesta de seroprevalencia de la población gallega del año 2001 confirma, en esta comunidad, los cambios en la prevalencia de la hepatitis A en España. En este momento, a las tradicionales medidas de control medioambiental, se añaden estrategias de vacunación dirigidas a la población en riesgo. Vacunar a toda esta población puede ser una práctica ineficiente ya que parte de ella va a estar protegida frente al virus de la hepatitis A (VHA); al igual que puede ser ineficiente realizar un cribado previo a toda la población susceptible de ser inmunizada. El objetivo del presente estudio es evaluar la conveniencia o no de la detección prevacunal de anticuerpos anti-VHA en la población gallega.

Métodos: Se calculó el umbral de prevalencia (razón de eficiencia igual a 1), con la fórmula siguiente: [(coste unitario de detección + (1-P) x coste unitario de vacunación de los anti-VHA negativos)/(coste de vacunación del grupo de edad completo)]=1; donde P representa la prevalencia de anticuerpos anti-VHA. El análisis de eficiencia se realizó en los grupos de edad estudiados por la encuesta de seroprevalencia gallega del 2001, en el que se determinaron los anticuerpos totales frente al VHA mediante ELISA (Ezngyost de Dade Behring, Alemania). Las prevalencias según los grupos de edad estudiados fueron: 18-24 años, 25,4% [IC(95%): 21,2-29,6]; 25-29 años, 46,4% [IC(95%): 42,1-56,2%]; 30-39 años, 67,2% [IC(95%): 63,6-70,7], y 40-64 años, 91,9% [IC(95%): 90,1-93,7].

Resultados: El coste unitario de la detección prevacunal de anti-VHA fue de 15,85€ y el de la vacunación fue de 55,70€. El umbral de prevalencia de infección por debajo del cual la detección de anticuerpos deja de ser eficiente es de 28%. El análisis de eficiencia de la detección de marcadores realizado a partir de las prevalencias obtenidas en los diferentes grupos de edad de la población gallega muestra que hasta los 25 años es ineficiente la realización de marcadores prevacunales, estando indicada a partir de esta edad.

Conclusiones: La exposición al virus de la hepatitis A ha sufrido un importante cambio en los últimos años. Es de esperar que este patrón epidemiológico no varíe en los próximos años, ya que en su mayoría se debe a la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias que no se prevé que cambien o, en todo caso, si lo hacen que sea para mejorar. Por lo tanto las cohortes de menor edad mantendrán unas cifras de prevalencia similares a las que presentan ahora. Por esto nos parece más adecuado que la recomendación para la detección prevacunal de marcadores se haga en función de la cohorte de nacimiento, que en nuestro caso sería la de nacidos antes de 1975.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA VACUNACIÓN FRENTE AL MENINGOCOCO C EN EL DISTRITO SANITARIO "BAHÍA DE CÁDIZ-LA JANDA"

Concepción Cruz Rojo¹, Encarnación Benitez Rodriguez², Estrella Figueroa Murillo³, Juan Nieto Vera⁴, Manuela Alvarez Girón⁴

¹Área de Epidemiología, Distrito Sanitario de A.P. Bahía de Cádiz-La Janda, Cádiz, España. ²Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España. ³Servicio de Medicina Preventiva, Hospital de Puerto Real, Puerto Real (Cádiz), España. ⁴D. de Ciencias Socio-Sanitarias, Facultad de Medicina, Sevilla, España.

Introducción: La Consejería de Salud de Andalucía introduce, en septiembre de 2000, la vacunación masiva frente al meningococo C de niños nacidos con posterioridad al 1 de enero de 1995 y, un año después, a los niños nacidos con posterioridad al 1 de enero de 1991. El objetivo de este trabajo es valorar el impacto de la introducción de esta vacuna en la incidencia de enfermedad meningocócica en el área geográfico de un Distrito Sanitario.

Métodos: A través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) se dispone del número de casos declarados de enfermedad meningocócica en el Distrito Sanitario "Bahía de Cádiz-La Janda". Se analizan las dos temporadas epidemiológicas previas (1998/99 y 1999/00) y posteriores (2000/01 y 2001/02) a la introducción de la vacuna conjugada antimeningocócica C. Se presentan el número de casos y las tasas de incidencia (número de casos/100000 habitantes) de enfermedad meningocócica clasificados en tres grupos: serogrupo B, serogrupo C y las sospechas clínicas (sin aislamiento del germen).

Resultados: El número de casos incidentes de enfermedad meningocócica durante las dos temporadas epidemiológicas previas a la vacunación ha sido de 47, de los cuales 13 casos no conocemos el serogrupo, 10 casos de meningitis por meningococo B y 24 casos de meningitis por meningococo C. Frente a estas cifras la incidencia de meningitis en las dos temporadas posteriores a la implantación de la vacunación ha sido de 27 casos, de los cuales 5 no pudieron gruparse, 6 fueron meningitis del serogrupo B y 16 del serogrupo C. Antes de la vacunación, las tasas promedio anual de las dos temporadas fue de 1,4, 1,1 y 2,6 por 100.000 habitantes de enfermedad meningocócica si grupar, meningitis B y meningitis C, respectivamente. En las dos temporadas posteriores a la vacunación, las tasas anuales son de 0,5, 0,6 y 1,7 para estos tres mismos tipos de meningitis, respectivamente.

Conclusiones: A pesar de que no se cuenta con una perspectiva de más años para valorar el impacto que sobre la incidencia de meningitis C está teniendo la vacunación masiva a los niños de Andalucía en general, y en el Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda en particular, en el presente estudio ya se puede detectar claramente la menor incidencia de meningitis C. Además, se observa una menor incidencia de meningitis B y, debido a una mejora del diagnóstico microbiológico, de las sospechas clínicas de meningitis.

BROTE DE PAROTIDITIS EN UN COLEGIO DESFAVORECIDO. EVALUACIÓN DE ACTUACIONES

Francisco B. Ramos*, José Medrano*, M. Aurelia Martínez*, José C. Niguez*, Trinidad Saura*, Rosa Sanchez**

*Servicio de Salud Pública de Área, Consejería de Sanidad y Consumo, Cartagena, España. **Concejalía de Asuntos Sociales, Ayuntamiento de Cartagena, Cartagena, España.

Introducción y objetivo: En primavera del 2.001 se produce un brote de parotiditis en una barriada de Cartagena que afecta a 43 personas. De ellas, 23 asisten al mismo colegio. La cobertura vacunal es baja en esta población, aunque en la zona básica es del 94,35%. Ante esta situación, se interviene en el colegio, vacunando a los alumnos incorrectamente vacunados de Triple vírica (TV) y captándolos para la normalización del calendario vacunal.

Objetivo: Describir la intervención y cuantificar el impacto de la misma sobre la vacunación TV, DTP y Po (poliomielitis).

Materiales y métodos: La población diana son 340 alumnos distribuidos en 11 niveles educativos. Se utilizan los registros del programa informatizado de vacunas del Área de Salud y las cartillas vacunales de los niños. Los criterios para considerar correctamente vacunados fueron: alumnos \leq de 6 años con 4 dosis de DTP y Po y 1 dosis TV. Mayores de 6 años con, al menos, 3 dosis de DTP y Po y 1 dosis de TV, excepto los de 6, 7 y 8 años que deben tener 2 TV. Se intervino sobre los incorrectamente vacunados de TV y se adelantó la dosis a alumnos de infantil y 4^a y 5^a de primaria. La actuación se realizó en el colegio por profesionales del Servicio de Salud Pública del Área, con participación del profesorado y servicios sociales de la zona.

Resultados: Al inicio de la intervención 205 (60,3%) alumnos estaban bien vacunados de TV y cumplían criterios de bien vacunados de DTP y Po 157 (46,2%). Se vacuna a 132 niños, elevándose la cobertura vacunal TV al 75,5% (255 niños). Por cursos, se observa una cobertura muy baja en 5^o de primaria, 26,3% que pasa a 50% tras la intervención, mientras en los cursos de educación infantil (< 6 años) la cobertura es del 90%. Igualmente en los tres primeros niveles de primaria (revacunación de la TV a los 6 años) la cobertura es del 82%. Manteniendo los cursos superiores coberturas, alrededor, del 60%, a pesar de la intervención. Por otro lado, la actuación sobre DTP y Po ha tenido el siguiente impacto: se ha alcanzado una cobertura final del 53,2% de bien vacunados. Produciéndose un incremento del 15,3%. Los cursos de infantil, 1^o y 2^o de primaria obtienen coberturas, alrededor del 70%, incrementándose la cobertura un 47% en infantil y un 27,3% en ambos cursos de primaria. En el resto los cambios son insignificantes.

Conclusiones: La intervención en el colegio contribuye a la extinción del brote y a la captación de población para aumentar la cobertura del calendario vacunal. La implicación de agentes de salud, como el profesorado y los trabajadores sociales, en la captación de población de estas características contribuyen a mejorar los resultados.

301

EVALUACIÓN DEL PLAN DE ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN EN ESPAÑA

Carmen Amela*, Isabel Pachón**, Carmen Sanz*, Isabel Peña-Rey*, Marta Cortes*, Silvia Rodríguez*

*Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. **Subdirección Gral de Promoción de la Salud y Epidemiología, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

Introducción: En España antes de la introducción de la vacunación se notificaban una media de 200.000 casos (Incidencia media anual de 450 casos por 100.000 habitantes). En 1981 se introduce la vacuna frente al sarampión-rubéola y parotiditis (SRP) a los 15 meses de edad, alcanzándose a partir del año 1987 coberturas de vacunación superiores al 80%. Desde 1995 se administran dos dosis de vacuna SRP. Se mantienen coberturas del 95% desde 1999. En 1996 se realizó una encuesta nacional de seroprevalencia en la que se evidenció que el porcentaje de susceptibilidad excedía el 5% en el grupo de 6 a 9 años, por lo que se adelantó la edad de administración de la segunda dosis. En el año 2001 se puso en marcha el Plan de Eliminación del Sarampión (PES).

Objetivos: Describir las características de los casos y brotes notificados en el 2001 y los obstáculos identificados para alcanzar la eliminación.

Métodos: La información de los casos y brotes se ha obtenido del sistema de vigilancia del PES. Para el cálculo del número reproductivo efectivo (R), se ha utilizado la metodología descrita en De Serres (Am J Epidemiol 2000) y se estima a partir de los casos secundarios detectados en el año. Se asumió que todos los casos notificados son casos secundarios, se conozca o no la fuente de infección.

Resultados: Durante el año 2001 se han confirmado, por laboratorio o vínculo epidemiológico, 36 casos de sarampión y 17 casos presentaban características clínicas compatibles con sarampión. Durante 31 semanas no se ha confirmado ningún caso. La distribución de los casos por edad es la siguiente: 9 en menores de 15 meses, 17 en mayores de 15 años; de los 10 casos entre 15 meses y 15 años, sólo tres documentaron vacunación previa. En 6 casos se identificó el país de origen de la infección. De estos 36 casos, 16 se consideraron casos primarios y 20 secundarios resultando una R igual 0,5.

Conclusiones: La enfermedad se presenta, mayoritariamente, en edades no protegidas por la vacunación. La incidencia en las cohortes vacunadas demuestra la alta efectividad de la vacuna. Las cohortes nacidas justo antes del inicio de la vacunación son las más susceptibles. Se comprueba la ruptura de la transmisión durante 31 semanas. La distribución temporal de los casos sugiere que el sarampión en España es reintroducido mediante importaciones de países endémicos. Las medidas intensivas para el control de brotes con una R de 0,5 no serían necesarias, siempre que la vigilancia sea capaz de detectar rápidamente un aumento inusual de casos e identificar la existencia de un acumulo de susceptibles y tomar medidas inmediatas en el foco de transmisión.

303

ESTUDIO SEROEPIDEMIOLÓGICO DE SARAMPIÓN EN ADULTOS JÓVENES (19-25 AÑOS)

Antonio Salazar¹, F. Javier Roig¹, Jose Luis Chover¹, Silvia Guira², Carmen Monedero¹, Elena Domenech¹, José Gil³, Dolores Gomez⁴, Inmaculada Llacer¹

¹Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Valencia. Generalidad Valenciana, Valencia, España. ²Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública. Generalidad Valenciana, Valencia, España. ³Unidad de Epidemiología, Unión de Mútuas, Sagunto, España. ⁴Laboratorio de Microbiología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.

Los datos serológicos procedentes de fuentes oficiales consideran que la población entre 18 y 24 años se haya inmunizada de modo natural frente al sarampión, con niveles de seroconversión superiores al 90%. Dos elementos condicionan la seguridad de estos datos: la representatividad de las encuestas sero-epidemiológicas de ámbito geográfico nacional o regional, con conclusiones de difícil aplicación al reducir el tamaño de la población observada, y el que la ausencia de brotes epidémicos durante un periodo de 13 años condiciona, sin duda, la seguridad de la cobertura inmunitaria en las edades consideradas.

Objetivo: Evidenciar el déficit de protección serológica en la población de adultos jóvenes (18-24 años) a partir del manejo y control de un brote comunitario de Sarampión.

Método: A partir de un brote de Sarampión de 41 días de duración con 4 generaciones de casos, del que se evidenciaron 2 cadenas de transmisión con quince casos totales, se adoptó la estrategia de vacunación en una localidad con 1.621 sujetos entre 19 y 25 años de edad. Se emitió una carta recomendando la vacunación y ofreciendo una cita. Junto con los procedimientos habituales se solicitó una muestra de sangre que fue analizada por el laboratorio del hospital de referencia. La fracción de muestreo estimada para una seroprotección mayor del 95% fue de 11,11% (n = 181). Se muestran los resultados de seroprotección de esta población previos a la vacunación.

Resultados: Se citó a 1621 sujetos entre 19 y 25 años, acudieron en total 436 sujetos (26%), de los que 229 aceptaron una extracción para determinar IgG e IgM. Los valores de seroprotección fueron del 61,5%. Seroprotección parcial (IgG 500) 10,17% y Ausencia de respuesta en 28,33%. Respecto del conjunto de la población los "no-protegidos" representaron el 5,3% en términos absolutos. Las cohortes menos protegidas correspondieron a 19 años (60,0%), 20 años (56,0%) y 21 años (37,0%). La cohorte más protegida fue la de 25 años (80,8% IgG+) que coincidió 13 años antes con el último brote epidémico en la localidad. Por sexos las mujeres presentaron mayor nivel de seroprotección (64,5%) frente a los varones (42,3%). La vacunación previa no aportó evidencia de seroprotección (O-R = 1,658, IC95%: 0,598-4,60).

Conclusiones: La muestra obtenida podría hallarse sesgada por el mecanismo de autoselección que presenta la población, no obstante, su tamaño superior al necesario, y su concordancia con los valores esperados, mayor seroprotección con la edad y gradualidad del riesgo por edades, nos permiten obtener conclusiones. Tanto en números relativos, nula seroprotección del 28%, como en términos absolutos 5,3%, podemos afirmar que la población de esta localidad no se hallaba protegida frente al sarampión entre los 19 y 25 años. Ante la aparición de brotes habrá que investigar la seroprotección de estas cohortes y evitar falsas seguridades.

302

VACUNACIÓN DE LA HEPATITIS B EN COLECTIVOS DE ALTO RIESGO EN ESPAÑA, 2001

Paz Sobrino¹, Jorge del Romero², Martí Val³, Ignacio Alastrue⁴, M^a Mar Cámara⁵, Francisco Bru⁶, José Antonio Varela⁷, M^a Luisa Junquera⁸, Jesús Castilla¹. En nombre del Grupo: y Grupo EPI-VIH.

¹Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Centro Sanitario Sandoval, IMSALUD, Madrid. ³Unidad de ITS, CAP Drassanes, Barcelona. ⁴CIPS, Valencia. ⁵Servicio de ETS- Enfermedades Infecciosas, Hospital de Basurto, Bilbao. ⁶Programa de Prevención del Sida y ETS, Ayuntamiento de Madrid, Madrid. ⁷Unidad de ETS, Gijón. ⁸Unidad de ETS, Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Introducción: La vacunación frente al virus de la hepatitis B (VHB) está especialmente indicada en las personas con riesgo parenteral o sexual. Se ha evaluado la cobertura vacunal y la situación serológica frente al VHB de varios colectivos de alto riesgo para precisar las necesidades de vacunación.

Método: Estudio transversal de las personas que acudieron por primera vez a realizarse la prueba del VIH en 8 centros de Barcelona, Bilbao, Castellón, Gijón, Madrid, Oviedo y Valencia en 2001. Se consideraron vacunadas contra el VHB todas las que habían recibido al menos una dosis y/o eran anti-HBc- y anti-HBs+. El resto de pacientes se clasificaron en: infección activa (HBsAg+), infección pasada (anti-HBc+ y HBsAg-) y susceptibles (anti-HBc-).

Resultados: De 8270 personas elegibles, el 5% no se realizaron las determinaciones del VHB. Entre los 7820 pacientes estudiados el 50% eran mujeres y la edad media fue de 29,7 años (DE: 8,7). El 5% eran usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), 16% hombres homosexuales, 25% mujeres que ejercían la prostitución y 49% referían otras exposiciones heterosexuales. El 43% eran de países distintos de España. La prevalencia de VIH fue del 2,9%. Sólo el 17% habían recibido alguna dosis de la vacuna antes de acudir por primera vez a los centros del estudio.

La cobertura vacunal fue del 24% en hombres homosexuales, 17% en UDVP, 22% en mujeres heterosexuales, 15% en hombres heterosexuales y 11% en mujeres que ejercen prostitución. En comparación con los pacientes españoles (18%) fue mayor en los de Europa occidental (35%) y menor en los de Europa del este (10%), África (10%) y Latinoamérica (11%). El 13% de los analizados tenía marcadores del VHB. La prevalencia de infección activa (HBsAg+) fue del 1,1%, asociándose independientemente a la edad mayor de 30 años (OR: 2,5; IC95% 1,5-4,0) y a ser originario de África del Norte (OR: 2,7; IC 1,4-5,5), de África subsahariana (OR: 11,5; IC 6,2-21) ó de Europa del Este (OR: 7,4; IC 3,2-17). La proporción de susceptibles al VHB fue del 70%, y entre las personas de Latinoamérica alcanzó el 80%. La situación de susceptible al VHB se asoció independientemente al sexo femenino, la edad menor de 30 años, a las categorías de exposición heterosexual y de prostitución femenina, al origen de Latinoamérica y a no estar infectado por VIH.

Conclusión: En poblaciones de alto riesgo para infecciones por vía sexual o parenteral la cobertura vacunal frente al VHB es todavía baja, y dos de cada tres personas permanecen susceptibles. Se requiere intensificar la vacunación en los dispositivos asistenciales que atienden a estos grupos de población, y tener en cuenta la menor cobertura vacunal entre los inmigrantes de países de baja renta.

Financiación: FIPSE 3076/99 y 36303/02.