

P10 - Posters/Visit to posters

Brotos epidémicos

Outbreaks

Viernes 3 de Octubre / Friday 3, October

17:00:00 a/to 18:00:00

BROTOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN HÍDRICA EN ANDALUCÍA DURANTE EL PERIODO 1996-2002

Encarnación Román¹, Raquel Valencia², María Teresa León³, Francisco Javier Guillén⁴, Vicente González⁴, Virtudes Gallardo⁴, Francisco Javier García-León⁴

¹Servicio de Medicina Preventiva, H.U. Virgen de la Victoria, Málaga, España. ²Servicio de Medicina Preventiva, HH.UU. Virgen del Rocío, Sevilla, España. ³Servicio de Medicina Preventiva, H.U. Virgen de las Nieves, Granada, España. ⁴Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Evaluación. DGSPP, Consejería de Salud de Andalucía, Sevilla.

Introducción: Las enfermedades de transmisión hídrica suponen un importante problema de Salud Pública debido a su posible transmisión a través de redes de abastecimiento, aguas superficiales o de uso recreativo, pudiendo producir brotes epidémicos con numerosos afectados. En el último informe elaborado en España (1998) por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) se declararon 96 brotes hídricos. En casi el 50% de ellos, el vehículo de transmisión fue el abastecimiento común, seguido de las fuentes (19,5%), agua potable sin especificar y el abastecimiento individual, en ambos casos con un 13,5%. Las Comunidades Autónomas con más brotes y casos declarados fueron Andalucía y Castilla-León.

Objetivos: Analizar la tendencia de brotes hídricos en Andalucía durante el periodo 1996-2002, describir las características epidemiológicas asociadas a este tipo de brotes y analizar la capacidad de respuesta del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA).

Metodología: Estudio observacional y retrospectivo. Se utilizaron las bases de datos del SVEA de notificación y control de brotes de origen hídrico. Se determinaron nº de brotes (totales y por municipio), nº de afectados, origen, factores contribuyentes y distribución temporal de los mismos. El análisis de datos se realizó con EpiInfo 6 y los mapas se elaboraron con Epimap 2002.

Resultados: Durante el periodo de estudio se comunicaron un total de 119 brotes de origen hídrico, con un máximo de 23 brotes en 1997 y un mínimo de 11 en 1998. En los 3 últimos años el nº de brotes detectados (12-16) permaneció estable. La provincia de Málaga resultó ser la más afectada (41,1%). Los municipios con población menor de 5000 habitantes son los que presentan mayor número de brotes (45,4%). Origen: 27,7% red general, 25,2% fuentes públicas, 11,76% pozos y en 20,2% no consta origen. El factor identificado más frecuente fue la utilización de agua no destinada a consumo humano (37,5%). Tiempo de respuesta del dispositivo de salud pública: 56,9% en primeras 24 horas.

Conclusiones: Tendencia descendente en el número de brotes. Necesidad de aumentar vigilancia y control de fuentes públicas, especialmente durante la época estival. Dificultad en la determinación del agente causal. Mejora en la calidad de la intervención epidemiológica.

BROTE COMUNITARIO DE SHIGELOSIS EN UN ÁREA SANITARIA DE MADRID: APOYO DE LAS TÉCNICAS MOLECULARES A LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Mar Burgoa*, Esperanza Guevara*, Fernando Chaves**, Araceli Arce*, Inmaculada Rodero*

*Servicio de Salud Pública Área 11, Instituto de Salud Pública, Madrid. **Servicio de Microbiología, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La incidencia de shigelosis ha disminuido mucho en nuestro entorno debido a la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias. En la Comunidad de Madrid esta enfermedad presenta una incidencia muy baja (en el año 2000 se declararon 7 casos y 6 en el 2001). En el Área 11 se notificaron 0 casos en el 2000 y 1 en el 2001. En octubre de 2002 en el Servicio de Salud Pública del Área 11 se notificaron diez aislamientos de *Shigella* en coprocultivos. El objetivo del presente trabajo es describir el brote comunitario detectado en la investigación epidemiológica y reseñar la contribución de las técnicas moleculares en su estudio.

Métodos: Estudio descriptivo. La alerta se detectó a través de los resultados de los coprocultivos solicitados en Urgencias del Hospital 12 de Octubre durante el verano de 2002. Se realizó una encuesta dirigida a conocer los factores implicados en la aparición y extensión del brote. Se estudiaron posibles relaciones en cuanto a compartir colectivo, zonas de ocio, alimentos consumidos y cercanía de domicilio. Esta investigación se completó con el uso de técnicas moleculares (electroforesis en geles de campo pulsado) para identificar agregaciones de casos.

Resultados: En total se han contabilizado 16 casos de shigelosis. Once (69%) ocurrieron en niños, en 5 varones y 6 niñas, con un rango de edad entre 7 meses y 8 años. Cinco casos se presentaron en adultos jóvenes, en 3 mujeres y 2 hombres. Todos ellos evolucionaron favorablemente, un niño de 4 años precisó ingreso hospitalario. Los casos ocurrieron en verano, en un intervalo de 60 días. La curva epidémica corresponde a un brote de transmisión persona a persona. Todos los afectados residían en zonas básicas de salud contiguas. El 19% pertenecían a la etnia gitana. La investigación epidemiológica identificó 3 microepidemias familiares que afectaron a 9 personas. Salvo esta circunstancia no se han encontrado factores de riesgo comunes. En 10 enfermos (69%) se solicitaron coprocultivos. Se aisló *S. sonnei* en 9 afectados y *S. flexneri* en 1. El uso de las técnicas de campo pulsado identificó un cluster de 7 casos, con idéntica cepa en 5 personas no relacionadas entre sí y 2 familiares.

Conclusiones: 1) La investigación epidemiológica ha descrito un brote comunitario con agregación temporo-espacial y transmisión persona a persona, y ha detectado 3 microepidemias familiares. 2) Las técnicas moleculares han identificado la misma cepa en el 70% de los muestras, lo que sugiere una relación entre los casos, no detectada en la investigación convencional. 3) Las técnicas moleculares son un complemento útil en la investigación de brotes.

OUTBREAK OF ASEPTIC PERITONITIS AMONG PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS ASSOCIATED TO THE USE OF ICODEXTRIN, JANUARY-APRIL 2002, EXTREMADURA, SPAIN

Ulrike Dürr¹, A. Martínez Salvador¹, Julian-Mauro Ramos-Aceitero², María de los Ángeles García-Bazaga³, Paz Latre Martínez², Dionisio Herrera Guilbert⁴, Juan Fernando Matínez Navarro⁴

¹EPIET, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ²Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura, Mérida, España. ³Servicio Extremeño de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura, Cáceres, España. ⁴PEAC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

Background: From March to April 2002, one hospital in the Extremadura region reported an increased number of aseptic peritonitis in patients with renal failure receiving ambulatory peritoneal dialysis. In this population peritonitis produces serious complications, high rate of technique failure and 10% of lethality.

Methods: A retrospective cohort study was conducted among all peritoneal dialysis patients followed up from 01/01/02-30/04/02 in Extremadura. A confirmed case was any patient presenting culture-negative peritoneal fluid, white blood cell count >90/mm³, with cloudy peritoneal fluid or abdominal pain. Data on potential risk factors (underlying diseases, treatment, recurrent peritonitis, modes of dialysis) were collected from hospital records, interviews with patients and medical staff. Dialysis fluids were assayed for chemical contamination, endotoxins, peptidoglycans, β -glucan.

Results: All 47 patients were included in the cohort; seven (15%) had sterile peritonitis. The only exposure associated with peritonitis was icodextrin (Relative Risk [RR] undefined, p=0.024), an osmotic agent used to increase ultrafiltration, produced by a single manufacturer. Patients exposed to three specific lots were more likely to develop peritonitis than non-exposed (RR undefined, p=0.028). Laboratory analysis showed contamination of these lots with major levels of peptidoglycans.

Conclusions: Contamination of icodextrin caused this outbreak. Since patients in Extremadura stopped using icodextrin, no additional episodes occurred. After alerting national health authorities, 55 more episodes and 22 other contaminated lots were identified. One month later (five months after the first episode in Extremadura), the manufacturer recalled these lots and also others in other countries. As icodextrin is distributed worldwide, the extent of the outbreak remains unknown. We recommend to reduce intervention delay by improving: dialysis fluids' traceability; networking between dialysis centres as well as within/between health systems.

389

ESTUDIO DE UN BROTE DE GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS EN UNA UNIDAD RESIDENCIAL (PSIQUIÁTRICO)

Matilde Chico Mena*, Rosario Jiménez Chillarón*, M^a Luz Fernández Marín**, Fidel Carrasco Ferrán*, Sofía Pardo Sanz**, Ricardo Luen-go Higuera¹, Mercedes Izquierdo Sanz**

*D. Sanidad, Epidemiología, Junta Comunidades Castilla-Mancha, Cuenca. **Instituto Provincial Servicios Sociales., Diputación Provincial, Cuenca.

Antecedentes y objetivos: El rotavirus puede causar infección subclínica en adultos, pero se han detectado brotes en centros geriátricos. El objetivo del estudio epidemiológico: caracterizar el brote de gastroenteritis por rotavirus e identificar los factores que determinaron su aparición.

Métodos: En mayo de 2002 se detectó un brote de gastroenteritis en el Psiquiátrico de Cuenca. De 202 personas, afectó a 41 internos y 21 trabajadores. Se realizaron un estudio descriptivo y de casos-control para investigar la asociación de la enfermedad con las variables: edad, sexo, enfermedad de base, autonomía, control de esfínteres, dieta, pabellón y habitación en internos; edad, sexo y categoría laboral en trabajadores. Se encuestó al 99% de los expuestos. Se cruzaron las variables mediante tablas simples y posteriormente se hizo un análisis multivariable de regresión logística. Se definió caso por la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: vómitos, diarrea, fiebre y dolor abdominal. Se analizaron: agua, restos de alimentos y 9 muestras de heces de los casos.

Resultados: Características de los casos: Síntomas más frecuentes: vómitos (79%) y diarrea (79%). Media de edad: 51,2 en internos y 38 en trabajadores. Distribución por sexo (mujer): 85% en trabajadores y 36,6% en internos. Los casos se produjeron entre las 20 horas del día 14 y las 9 horas del día 22. Tasas de ataque: 30,1% global; 42% en internos y 20% en trabajadores, la diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Tasas de ataque en los grupos de trabajadores: Grupo I (médicos, terapia ocupacional, mantenimiento, administración y cafetería) = 8%; y Grupo II (enfermería, auxiliares sanitarios, peones de pabellón, lavandería y limpieza): 22,8%. Los trabajadores del grupo II tenían 3,9 veces más riesgo de enfermedad ($p = 0,03$). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre habitación modular o compartida (OR = 4,97; CI 95% 1,3-19,7; $P = 0,01$) dicha significación se mantiene al ajustar en el análisis multivariable (OR = 5,9; CI95% 1,2-29,5; $p = 0,02$). el pabellón C presentaba más riesgo de enfermedad que el A (OR = 1,78; $p = 0,2$) y el B (OR = 2,8; $p = 0,05$; OR ajustado = 4,6; CI95% 1,2-18,2; $p = 0,03$). No se encontró asociación significativa según sexo; grupo de edad; dieta; retraso mental u otras patologías psiquiátricas; enfermedad física; autonomía; control de esfínteres y compañero de habitación enfermo. El análisis del agua demostró deficiente cloración, aunque no aparecieron casos en otros edificios cercanos abastecidos por la misma red. Los análisis realizados en los alimentos fueron negativos. Tres muestras de heces fueron positivas para rotavirus.

Conclusiones: El análisis de las características clínicas y epidemiológicas y los resultados de laboratorio confirman al rotavirus como agente causal del brote. La transmisión más probable es persona- persona pero se recomienda mejorar el control del agua de abastecimiento.

391

BROTE DE HEPATITIS A EN UNA ESCUELA INFANTIL Y TRANSMISIÓN INTRAFAMILIAR DE LA INFECCIÓN

Araceli Arce, Inmaculada Rodero, Mar Burgo, Esperanza Guevara
Servicio de Salud Pública. Área 11, Instituto de Salud Pública, Madrid.

Introducción: La hepatitis A representa un problema epidemiológico de importancia, ya que sólo se declaran a los sistemas de vigilancia los casos con manifestaciones clínicas, comunes en adultos pero no así en niños. Los datos de las encuestas de serovigilancia indican un progresivo incremento de la susceptibilidad al virus de la hepatitis A en niños y adultos jóvenes. La transmisión fecal-oral de la infección se ve favorecida en las escuelas infantiles por los numerosos cambios de pañal. En una escuela infantil se ha producido un brote de hepatitis A que se ha diseminado a las familias de los alumnos. La descripción del brote y de las medidas de control adoptadas es el objetivo planteado en este trabajo.

Métodos: Estudio descriptivo de un brote de hepatitis A ocurrido en una escuela infantil en Madrid entre octubre de 2002 y febrero de 2003. Se realizó una encuesta epidemiológica para detectar entre los alumnos casos previos a la notificación del brote y se instauró una vigilancia activa de nuevos casos.

Resultados: El brote ha afectado a 22 personas: Ocho alumnos entre 1 y 3 años (tasa de ataque=8,7%), 2 trabajadores (tasa de ataque=10,5%) y 12 contactos familiares. La tasa de ataque global en la escuela ha sido de 9,1%. Dieciséis de los 22 casos han sido confirmados mediante serología específica y 7 estuvieron ingresados en un centro hospitalario. Las medidas de control tras la notificación fueron: 1) Intensificación de las prácticas higiénicas generales en la escuela y en los hogares, específicamente en el cambio de pañales. 2) Vacunación de todos los alumnos mayores de 1 año (91 niños), de los trabajadores de la escuela (16 adultos) y de los familiares convivientes de los casos. Tras la vacunación, la curva epidémica muestra exclusivamente una transmisión intrafamiliar, excepto en un alumno vacunado 3 días antes. Los casos en familiares han sido adultos relacionados con alumnos sin sintomatología clínica: nueve convivientes (6 madres, 2 padres y 1 hermano) y 3 contactos no convivientes (tíos o amigos cercanos).

Conclusiones: La vacunación ha demostrado ser una medida eficaz en el control del brote epidémico dentro de la escuela infantil. Sin embargo, cuando se produce un brote en este ámbito se debería ampliar la indicación de vacunar a los convivientes de todos los alumnos. -con o sin clínica de hepatitis A-, en especial a los padres y hermanos. También debería hacerse efectiva la recomendación de vacunación de los trabajadores de escuelas infantiles al inicio de su actividad laboral, ya que no se realiza sistemáticamente y representan un punto importante en la transmisión de la enfermedad en los centros infantiles. La vacunación universal por inclusión de la vacuna de hepatitis A en calendario será la medida más eficaz para prevenir la aparición de brotes epidémicos en colectivos escolares.

390

BROTE DE TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA EN UNA CELEBRACIÓN FAMILIAR

Marcelino García-Fernández¹, Lourdes Ivañez², Eduardo Clavijo³, Sara Huarte⁴, Elena Delgado⁵

¹Sección Epidemiología, Delegación de Salud, Sevilla/España. ²Sección Epidemiología, Delegación de Salud, Sevilla/España. ³Técnico de Salud, Distrito Sanitario Sevilla-Norte, Sevilla/España. ⁴Sección de Epidemiología, Delegación de Salud, Sevilla/España. ⁵Servicio de Salud, Delegación de Salud, Sevilla/España.

Introducción: El 27 de mayo de 2002 se reciben las notificaciones de diferentes Distritos Sanitarios y Hospitales sobre un posible brote de toxoinfección alimentaria en los asistentes a una primera comunión, celebrada en una Finca de Carmona y servida por un catering. Se procede a iniciar un estudio para determinar el agente causal y los factores contribuyentes en este brote epidémico.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo de casos control. Definición de caso y de control. Elaboración de encuesta epidemiológica, con datos sobre identificación personal, alimentos consumidos y otras variables de interés. Inspección locales e instalaciones. Análisis microbiológicos de alimentos y muestras humanas. Análisis estadístico con programas EPIINFO v.6 y SPSSv.9

Resultados: Se encuestaron 88 de las 124 comensales. Enfermaron 27 personas (tasa ataque 31,4%), 24 adultos y 3 niños. El 100% presentaron diarrea y 55,6% fiebre. Todos remitieron antes de las 72 horas. La tasa de ataque por alimentos dio el mayor valor para el lomo de cerdo asado en su jugo (51,7%). Todos los casos aparecieron los días 26/05 y 27/05, con un periodo de incubación medio de 24,1 horas y desviación estandar de 13,3 horas. Las tasas de ataque por mesas fueron similares. En el análisis bivariado sólo aparece estadísticamente significativos los valores para el lomo de cerdo asado: OR 3,45, IC 1,2-9,8 (95%) y $p < 0,018$. La inspección de locales y proceso de manipulación demostró las buenas condiciones higiénico sanitarias, así como un buen sistema de control de riesgos. Los análisis de los alimentos testigos fueron negativos. En un coprocultivo de un enfermo aparece salmonella enteritidis. La comida se sirvió en un buffet libre con suficiente cantidad como para que estuviese disponible desde las 14 horas hasta bien avanzada la noche. Durante ese tiempo no se refrigeró. En los controles realizados a los manipuladores solo uno fue positivo a estafilococo aureus en frotis nasal.

Conclusiones: Se trató de un brote de salmonelosis donde el factor contribuyente fue la excesiva exposición a temperatura ambiente de los alimentos en destino. Se dictaron las correspondientes instrucciones a los Distritos Sanitarios a fin de que se insistiera en la necesidad de mantener la refrigeración de determinados productos en los caterings.

392

BROTE DE GASTROENTERITIS POR CALICIVIRUS EN RESIDENCIA DE ANCIANOS

Maria Teresa León¹, Raquel Valencia², Encarnación Román³, Jose María Mayoral⁴, Javier García-Leon⁵, Marcelino García-Fernández⁶

¹Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, ²Residente Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla/España. ³Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, ⁴Técnico de Salud, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla/España. ⁵Jefe de Servicio de Información y Evaluación, Viceconsejería de Salud, Sevilla/España. ⁶Sección de Epidemiología, Delegación de Salud, Sevilla/España.

Introducción: En octubre 2000 se declaró la aparición de casos de gastroenteritis aguda entre los residentes de una Residencia de Ancianos de Castilblanco de los Arroyos (Sevilla). El objetivo del estudio consistió en identificar el agente causal, el mecanismo de transmisión y los factores de riesgo asociados al brote.

Métodos: Estudio descriptivo y de cohortes retrospectiva. Definición de caso, criterios de exclusión, definición de control, elaboración y ejecución de la encuesta epidemiológica, completada a través de la entrevista a los cuidadores. Inspección de instalaciones del centro. Toma de muestras de agua de la red y dispositivos para filtrado para análisis microbiológico y físico-químico. Toma de muestras biológicas para análisis. El análisis de datos y cálculo de riesgos, se realizó con EPIINFO v.6 y SPSS v. 10

Resultados: De los 86 expuestos enfermaron 45 (tasa de ataque 52,3%). De 49 residentes enfermaron 29 (Tasa Ataque 59,2%) y de 37 trabajadores enfermaron 16 (Tasa Ataque 43,2%). El personal de enfermería presentó una tasa de ataque de 52%. La edad media de los residentes es de 81,84 (D.E.5,9) y el periodo epidémico de 20 días, presentando la curva epidémica una elevación brusca el día 16, para descender paulatinamente. El periodo de incubación es de 2,5 días. Los síntomas fundamentales han sido diarrea (86,2%) y vómitos (48,3%), y duraron entre 1 y 3 días. Todos los residentes comen en un solo comedor, el mismo menú y beben agua de la red., en cambio los trabajadores sólo comen el 51,4%. En el cálculo de riesgos en el análisis bivariado, aparecen significativas estadísticamente las variables: dependencia de higiene (RR: 1,81, IC 95%: 1,01-3,24, $p < 0,02$), Dependencia de Movilidad (RR: 2,21, IC 95%: 1-5,05, $p < 0,03$), contacto con residentes enfermos (RR: 1,37, IC 95%: 1-1,94, $p < 0,04$). No aparecieron significativas el género, otro nivel de dependencia, uso de pañales, compañero de mesa y de habitación enfermo, fisioterapia y uso de salas comunes. En el análisis multivariado los resultados son similares. Los filtros de agua disminuyen los niveles de cloro residual en los depósitos. Se realiza mantenimiento, pero no existen registros. En análisis microbiológicos de agua los resultados son negativos. Con microscopía electrónica se identifican partículas compatibles con calicivirus Norwalk Like (Noravirus) en coprocultivo. La ausencia de restos de alimentos, impidió la toma de muestras para su análisis.

Conclusiones: Se trata de un brote epidémico de origen probablemente vírico (Noravirus), con mecanismo de transmisión persona-persona. La probabilidad de enfermar fue menor entre quienes mantenían un menor nivel de contactos y un menor grado de dependencia. Se descarta el origen alimentario. Se recomiendan medidas de aislamiento, higiénico sanitarias, educación sanitaria del personal y de los residentes, evitar hacinamiento y de dispositivos de filtración que puedan contaminar y disminuir los niveles de cloro.

393

BROTE NOSOCOMIAL DE ESCABIOSIS EN UN HOSPITAL COMARCAL DE LA PROVINCIA DE HUESCA (NOVIEMBRE 2002-ENERO 2003)

Manuel Cortés-Blanco*, Luis Alberto Larrosa**, Carlos Clerencia***, Silvia Martínez**, Luis Javier Urdániz***, Ferrán Martínez*

*Programa Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional Epidemiología. Instituto Salud Carlos III, Madrid, España. **Sección Regional de Vigilancia Epidemiológica, Servicio Aragonés de la Salud, Zaragoza, España. ***Sección Provincial de Vigilancia Epidemiológica, Servicio Aragonés de la Salud, Huesca, España.

Introducción: El 29/11/2002 la Gerencia del Hospital Comarcal de Barbastro (Huesca) notifica la existencia de varios casos de escabiosis entre personal sanitario de su quinta planta. Desde las Secciones Regional y Provincial de Vigilancia Epidemiológica, se inicia una investigación al respecto. Se constata el antecedente de ingreso en dicha planta el 1/11/2002 de un paciente presuntamente afectado de escabiosis. Los objetivos de la investigación fueron: confirmar la existencia del brote, identificar factores causales, estimar la afectación de colectivos implicados (personal sanitario, no sanitario y pacientes ingresados) y establecer medidas preventivas para su control.

Métodos: Constatada la delimitación de casos a la quinta planta del hospital, se realizó encuesta epidemiológica y seguimiento al personal laboral relacionado con ella (incluyendo cuestiones sobre medidas de protección individual durante su trabajo), y a todos los pacientes ingresados en la misma durante el período epidémico considerado (por aparición de casos y período de incubación: 1/11/2002 al 29/1/2003). Los posibles casos fueron valorados y diagnosticados por el servicio de dermatología del hospital. Los datos fueron incluidos en una base utilizando Epiinfo 6.0. Se estimó el riesgo relativo de los diferentes colectivos laborales que integran esa planta tomando como referente a sus médicos (nivel de significación 95%).

Resultados: Entre los 200 posibles contactos se detectaron 16 casos de escabiosis: 11 trabajadores (tasa ataque 18,3%) y cinco pacientes ingresados (3,6%). El primer caso inició su sintomatología el 5/11/2002 y el último el 18/12/2002. Atendiendo a datos de la encuesta, se descartó que el brote estuviera relacionado con fómites, ropas, animales, o relaciones sexuales. No se constataron diferencias significativas en el riesgo de infestación entre los distintos colectivos laborales estudiados. Estos datos, junto a la afectación de pacientes que estuvieron ingresados, sugiere que el mecanismo de transmisión fue por contacto persona-persona entre los distintos integrantes de la planta. En su origen (y posterior transmisión) se apunta un posible fallo en las medidas de protección individual del personal que atendió al paciente inicialmente afectado de escabiosis, precedido de un retraso en su diagnóstico. El uso habitual de "batas de manga corta" (93,5% de trabajadores), que dejan sin protección los antebrazos durante dicha atención, parece erigirse en un factor de riesgo. De hecho, no hubo casos entre quienes realizaban su trabajo con "batas de manga larga".

Conclusiones: Se confirma la existencia de un brote nosocomial de escabiosis limitado a la quinta planta del hospital, debido a un retraso diagnóstico inicial y a un posible fallo en la utilización de medidas de protección individual por parte del personal. El diseño de un protocolo específico, incluyendo tratamiento simultáneo de casos y contactos, uso de "batas de manga larga" (junto al resto de medidas protectoras) en el manejo de pacientes, y activación de la vigilancia epidemiológica, resultó fundamental para su control.

395

TRATAMIENTO GEOGRÁFICO DE LOS DATOS EN UN BROTE DE LEGIONELOSIS COMUNITARIA

Patricia Niebla¹, Guillermo Conejo¹, Miguel Angel Bueno², Javier Guillen³, Raquel Valencia⁴, Encarnación Román⁵

¹Sv. Vigilancia Epidemiología, Consejería de Salud, España. ²Distrito de A.P. Alcalá-Martos, Consejería de Salud, España. ³Sv. Vigilancia Epidemiología, Consejería de Salud, España. ⁴Medicina Preventiva Salud Pública, Hospital Virgen del Rocío, España. ⁵Medicina Preventiva Salud Pública, Hospital Carlos Haya, España.

Introducción: La utilización de mapas en epidemiología es una herramienta tradicional y de gran utilidad en el estudio de agrupaciones de casos y que tiene asociada una potente metodología estadística para determinar las asociaciones temporales espaciales entre casos y posibles factores asociados. A pesar de facilitar el análisis de información y la toma de decisiones en Salud Pública es una metodología infrautilizada.

Objetivo: Conocer asociaciones espaciales y factores relacionados en un brote de legionelosis comunitaria.

Método: *Ámbito:* brote de legionelosis comunitaria en una localidad de Jaén. *Período:* Octubre-Noviembre 2002. Recogida de datos e instrumentos: Geocodificación de casos-controles y puntos de riesgo, mediante Sistemas de Posicionamiento Global (GPS) y callejero de internet en www.andaluciajunta.es/Callejero. Análisis: Exploratorio (representación de mapas), Geográfico (zonas de influencia y vecindad, centroides) y Estadístico (técnicas de cluster: Knox). Programas informáticos: Mulhacén, Arcview 3.2, EpiMap 2002 y Clusters 3.1.

Resultados: Tras la georeferenciación de los casos (8), controles(24) y las instalaciones de riesgo sospechosas(30) según el análisis epidemiológico, se comprobó que los casos y los controles por lugar de residencia estaban más próximos (menos de 600 metros) al parque de la localidad que constaba de fuentes ornamentales, mientras que los casos por lugar de trabajo estaban más cercanos (menos de 500 metros) a un Polígono Industrial (PI) en el que se situaban varias fuentes de refrigeración. No hubo significación estadística entre la posición de los casos y controles según lugar de residencia y lugar de trabajo ya que estos centroides estaban muy próximos (menos de 150 metros) o por exceso de información. El análisis de cluster tampoco mostró asociaciones estadísticamente significativas con respecto a la cercanía al parque o al PI.

Discusión y conclusiones: Las técnicas de análisis geográfico espacial empleadas no evidenciaron agrupaciones temporales-espaciales de casos ni controles, ni por lugar de trabajo ni de domicilio, debido al escaso número de casos. Los resultados obtenidos corroboran a los obtenidos en el análisis epidemiológico, por lo que este tipo de análisis aporta un enfoque complementario en el estudio de brotes permitiendo obtener una visión global y descartar/encontrar posibles asociaciones con diversos factores según su ámbito de influencia.

394

BROTE DE GASTROENTERITIS POR "VIRUS NORWALK-LIKE" EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO DE LA CIUDAD DE VALENCIA

Fernando Gómez Pajares¹, Victoria Gallego Rodríguez², Caridad Sánchez García², Vicenta Rodrigo Bartual³

¹Medicina Preventiva, Hospital Malva-Rosa, Valencia. ²Epidemiología, Ayuntamiento de Valencia, Valencia. ³Medicina Preventiva, Hospital Dr. Peset, Valencia.

Introducción: El 22-abril-2002, se declaró un brote de gastroenteritis aguda en un Centro Gerontológico de día de Valencia. El objetivo del presente trabajo es describir el estudio realizado durante la investigación de este brote.

Métodos: Un caso de gastroenteritis fue definido como toda persona usuaria o trabajadora del centro que presentó un cuadro agudo de diarrea (definida como tres o más deposiciones líquidas en 24 horas) o vómitos a partir del 22 de abril de 2002. Se diseñó un estudio de casos y controles. Para la recogida de los factores de riesgo (días de asistencia al centro, turno de comidas, ubicación en el comedor, menú durante el período epidémico, necesidad de ayuda para alimentarse, existencia de personal auxiliar a su cargo y la existencia de incontinencia fecal y uso de pañal) se utilizó un cuestionario. El total de personas encuestadas fue 63 (24 casos y 39 controles). Se tomaron muestras de heces de 9 personas afectadas por el brote que se analizaron en el laboratorio central del Hospital Clínico Universitario de Valencia para detectar la presencia de bacterias y virus enteropatógenos. Para la confección y análisis de la base de datos se utilizó el programa Epiinfo. El Análisis incluyó el cálculo de la tasa de ataque (TA), la descripción de las variables y el análisis de la relación entre la enfermedad y los diferentes factores de riesgo. Para el análisis bivariante se utilizó el test de la Ji cuadrado y se calcularon los Odds Ratio y sus intervalos de confianza para cada factor de riesgo.

Resultados: Se detectaron 24 casos de enfermedad. La TA para usuarios del centro fue 23,3% (14/60), para los trabajadores fue del 41,6% (5/12) y la global fue del 33,3% (24/72). Se detectaron 5 casos en familiares de los usuarios del centro. *Descripción del brote:* La curva epidémica reflejó un inicio lento y un curso prolongado. La distribución temporal de los casos sugirió una transmisión del brote de persona a persona, descartando la exposición masiva a un alimento contaminado. El cuadro clínico se caracterizó por: diarrea 100%, vómitos 79%, náuseas 50% y febrícula 12,5%. No se registraron hospitalizaciones ni fallecimientos. El 79,2% de los usuarios enfermos eran mujeres y su edad media fue de 71,2 (desviación estándar: 8,4). Sólo se asoció con el riesgo de enfermar el hecho de necesitar asistencia durante las comidas y la asistencia al centro el 18 de abril. No se detectaron bacterias en las 9 muestras y en 5 casos se detectó presencia de VNL.

Conclusiones: El patrón de la curva epidémica y la agrupación de casos en los residentes sugirieron una transmisión de persona a persona. Las medidas propuestas para el control del brote estuvieron dirigidas a interrumpir la transmisión persona-persona.

396

ANÁLISIS DE LAS CEPAS DE SALMONELLA EN UN DISTRITO SANITARIO Y SU RELACIÓN CON TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS EN EL PERÍODO 2000-2001

Pilar Barroso¹, M. Angeles Lucerna², J. Manuel Hernández³, Tesifón Parrón⁴

¹Sección Epidemiología, Distrito Sanitario Levante Alto Almanzora, Almería, España. ²Servicio de Medicina Preventiva, Hospital La Inmaculada, Almería, España. ³Servicio de Laboratorios Clínicos, Hospital La Inmaculada, Almería, España. ⁴Servicio de Salud, Delegación Provincial de Salud, Almería, España.

Antecedentes y objetivos: Existen pocos estudios sobre tipificación de Salmonella por demarcaciones geográficas sanitarias, uno de los motivos se relaciona con la necesidad de derivar las muestras a Laboratorios de Referencia. En el período 2000-2001, la Unidad de Microbiología del Hospital ha derivado las muestras clínicas de Salmonella aisladas, para su tipificación, al Centro Nacional de Microbiología. El objetivo planteado en este estudio es analizar las cepas de Salmonella derivadas en dicho período.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Población de estudio: Cepas de Salmonella aisladas de muestras clínicas en el período 2000-2001. Variables: Serotipos y fagotipos de Salmonella, edad, género, estacionalidad, hospitalización, brotes declarados y tipos de brotes. Fuentes de información: notificación microbiológica, historias clínicas hospitalarias, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, boletines epidemiológicos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, padrón actualizado a 1-1-2001 del Instituto de Estadística de Andalucía. Análisis de datos: Se realiza un estudio descriptivo de las variables anteriores en el período 2000-2001.

Resultados: En el período analizado se han estudiado 109 cepas de Salmonella (57 en el año 2000 y 52 en el 2001); el serotipo más frecuente es el Enteritidis (58,9%), seguido del Typhimurium (19,6%), Hadar (6,5%) y otros con menos frecuencia; del serotipo Enteritidis, el fagotipo 1 es el más frecuente (44,4%), del Typhimurium los fagotipos 104 y 68 (9,5% cada uno) y del serotipo Hadar, el fagotipo 1 (71,7%). El grupo de edad con mayor número de casos registrados es el de 0-10 años, con 44 (40,36%), de éstos, 88,6% en menores de 5 años; por género, en los hombres se han aislado un 55,1% de cepas, y en mujeres un 44,9%. El mayor número de cepas corresponden a los meses de agosto (26,6%) y septiembre (17,4%). Un 59,6% de los casos de Salmonella precisaron hospitalización, de ellos, un 44,6% han correspondido a menores de 5 años. De los 8 brotes estudiados (4 familiares y 4 en establecimientos públicos), el alimento principalmente implicado es el huevo. El serotipo más frecuente ha sido el Enteritidis (7 de ellos) y los fagotipos 1 y 8, sólo en un brote familiar se ha serotipificado Salmonella Typhimurium. En los casos esporádicos el serotipo más frecuente también es Enteritidis con fagotipo 1.

Conclusiones: La mayoría de las Salmonellas estudiadas corresponden a casos esporádicos en niños menores de 5 años. Los resultados en cuanto a serotipo y fagotipo de Salmonella, son similares tanto en casos esporádicos como en toxoinfecciones alimentarias. El serotipo Enteritidis sigue siendo el más asociado a brotes, probablemente porque está relacionado con el huevo. Las cepas aisladas de casos implicados en brotes coinciden con los datos nacionales.

397

BROTE DE GASTROENTERITIS AGUDA EN UNA RESIDENCIA DE ASISTIDA DE ANCIANOS EN CIUDAD REAL, ESPAÑA, 2002

Jacqueline De Venanzi*, Juan Sanz**, Juan Castell**, Dionisio Herrera*, Ferrán Martínez*

*Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional de Epidemiología, Madrid, España. **Delegación de Salud de Ciudad Real, España.

Antecedentes: Ante la experiencia de estudios realizados en el PEAC de varios brotes de Gastroenteritis aguda (GEA) por Virus Norwalk-like, el incremento de casos en una residencia de ancianos notificados el 22-04-2002, nos hace sospechar en la posibilidad de un brote de GEA. El 22 de abril de 2002 se notificó un aumento de casos por gastroenteritis aguda (GEA) en una residencia de ancianos. Una búsqueda bibliográfica y las características clínico-epidemiológicas de estos casos nos hizo sospechar un brote causado por Virus Norwalk-like (VNL). Este se transmite por agua o alimentos contaminados, vía fecal-oral o persona a persona. Se tuvo como antecedente un daño registrado en el funcionamiento de la bomba de agua del aljibe, del cual se servía la residencia. Por consecuencia, el objetivo del estudio era confirmar el brote causado por VNL e identificar la fuente de contaminación.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y un estudio analítico de casos y controles. Se definió como período de exposición del 5 hasta el 28 de abril 2002. Fueron seleccionados como casos 60 residentes y 32 trabajadores con sus respectivos controles. Se definió como: caso "persona que presentó diarrea, y/o vómito, con o sin otros síntomas durante tres días"; caso primario "toda persona enferma, que no compartiera aseo o fue atendido por trabajador que enfermó 24 horas antes" y caso secundario "persona que inició síntomas a partir del cuarto día, compartió baño o comedor con algún caso primario o fuera atendido por trabajador enfermó 48 horas previas". Se definieron los controles como residentes o trabajadores, sin síntomas de GEA, que se encontraban en la residencia durante el período de estudio. Se realizó investigación de laboratorio de las heces. Se utilizó Epi-Info 6, para el análisis estadístico.

Resultados: La tasa de ataque fue del 40,61% para residentes y del 15,6% para trabajadores. Hay asociación entre la aparición de la enfermedad y el haber compartido el servicio con un caso previo (OR =6,83; IC-95% =2,35-20,60; p =0,000). La curva epidémica, muestra una agregación semanal de casos con un desplazamiento de una planta a otra, en diferentes períodos de tiempo. Es un brote nosocomial con transmisión persona-persona, presentándose primero en los trabajadores y luego a residentes (T.A. secundaria en residentes 28,57%) El VNL se aisló en heces de ocho enfermos. En el aljibe no se aisló virus.

Conclusiones: Se confirma la existencia de un brote GEA por VNL, de probable mecanismo transmisión persona-persona. Se recomienda realizar una revisión de las normas higiénico-sanitarias del centro en relación al cuidado de los residentes. La hipótesis de una fuente común, no se pudo comprobar, por no obtener muestra del aljibe.

399

BROTE DE GASTROENTERITIS POR VIRUS NORWALK EN UN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA

Jose Luis Chover Lara*, Natividad Tolosa Martínez**, Javier Roig Sena*, Elena Domenech Alonso*, Jose Amancio Peñuelas Ruiz***, Inmaculada Llacer Fortea*, Antonio Salazar Cifre*

*Epidemiología, Centro de Salud Pública, Valencia, España. **Medicina Preventiva, Hospital Dr. Moliner, Valencia, España. ***Epidemiología, Centro de Salud Pública, Gandía, España.

Antecedentes: Se declara un brote de gastroenteritis en el Hospital de larga estancia Dr. Moliner de Serra (Valencia), tras la detección de varios casos de gastroenteritis aguda que afecta a pacientes, acompañantes y personal del centro. Por las características clínicas y epidemiológicas del cuadro y la variedad de los afectados, la sospecha se centra en un brote de etiología vírica.

Métodos: Se considera población a riesgo la relacionada con el hospital por estancia o trabajo. Incluye pacientes hospitalizados (179), personal del centro y acompañantes de los ingresados. El total de susceptibles se establece en 487. Se realiza encuesta específica a 128 personas: 84 casos y 44 controles. Se clasifica como casos los que presentan náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal, fiebre o una combinación de todas y epidemiológicamente relacionados. Se realiza estudio descriptivo y análisis de los factores de riesgo considerados mediante un estudio de casos y controles. Se obtienen las tasas de ataque específicas, estimándose la odds ratio (OR), su intervalo de confianza al 95% (IC 95%) y significación estadística mediante la prueba de chi². Se realiza un estudio microbiológico de heces (85 muestras) y se investigan virus por RT-PCR.

Resultados: Se declaran 84 casos, tasa de ataque 17,25%. Por grupos, las tasas de ataque son similares en pacientes y acompañantes (21%), reduciéndose a la mitad en el personal (12,84%). Por plantas de hospitalización las tasas más altas se observan en las plantas 1^a-2 con pacientes oncológicos (25,64%) y 4^a-1 con pacientes de SIDA e infecciosos (30,66%). La curva epidémica presenta aspecto bimodal. Con coprocultivos negativos, 26 muestras fueron remitidas para investigación de virus, habiendo resultado 9 positivas para Calicivirus humanos, género Norwalk (todas en casos). Los factores de riesgo analizados: consumo de agua de la red, agua envasada, comida del hospital y menú de la cafetería no presentan diferencias significativas de tasas entre casos y controles, ni odds de riesgo. Para el consumo de agua de la red la OR es 1,41 (IC 95% de 0,51-3,94) con un valor de p no significativo.

Conclusiones: El aspecto bimodal de la curva epidémica define un brote prolongado en el tiempo con ondas de generación de casos secundarios, típico en procesos infecciosos de transmisión persona-persona. Los resultados de laboratorio confirman que el agente causal es el virus Norwalk. Las características de los ingresados, con pluripatologías e inmunodepresión y largas estancias hospitalarias de pacientes y acompañantes, facilitan la transmisión intrahospitalaria de esta infección que frecuentemente aparece en forma de brotes. Las medidas y recomendaciones clásicas para el control del brote se han mostrado eficaces, propiciando la reducción paulatina de casos hasta la finalización del mismo.

398

BROTE DE GASTROENTERITIS POR ASTROVIRUS EN UN COLECTIVO ESCOLAR

Fernando Martín, Honorato Ortiz, Marian Tébar, Rosa de los Ríos
Servicio de Salud Pública del Área Sanitaria 4, Instituto de Salud Pública, Madrid, España.

Introducción: En una parte importante de los brotes de gastroenteritis agudas (GEA) con síntomas leves o moderados no es posible identificar el agente causal responsable, a pesar de realizar estudio epidemiológico y toma de muestras a los afectados, concluyéndose que la etiología más probable fue viral. En la semana que comenzó el 11 de noviembre de 2002 se produjo un brote de GEA en un colegio público del Área 4 de la Comunidad de Madrid, que cuenta con 400 alumnos de edades comprendidas entre 3 y 12 años. El objetivo del estudio fue la caracterización del brote, determinar el posible mecanismo de transmisión y el agente etiológico.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se recabó información sobre edad, aula, asistencia a comedor y menú, inicio de síntomas, características y duración del cuadro clínico. Definición de caso: asistente al colegio que desarrolló vómitos o diarrea entre el 11 y el 15 de noviembre. Se recogieron 3 muestras de heces de niños afectados. Se realizó curva epidémica y se calcularon tasas de ataque según exposición o no al comedor del colegio.

Resultados: Se detectaron 47 casos de GEA entre el 11 y el 15 de noviembre, 44 alumnos (36 de comedor) y 3 profesores (3 de los 11 de comedor). La edad de los niños afectados comprendía desde los 3 a los 11 años. La tasa de ataque global de los asistentes a comedor (260 alumnos más 11 profesores) fue de un 14,4%, por un 5% en los no asistentes. La sintomatología predominante consistió en diarrea (93,6%) y dolor abdominal (87,2%), con vómitos (34%), cefalea (32%) y fiebre (6,4%). La mediana de duración de la enfermedad fue de 2 días. Se pudo demostrar la presencia de astrovirus mediante ELISA y PCR en heces de 2 de las 3 muestras analizadas, ambas de niños de 4 años. La curva epidémica mostró un inicio con pocos casos y agrupados en un aula, para seguidamente extenderse al resto de clases de forma explosiva (28 casos en 24 horas).

Conclusiones: El inicio del brote de GEA parece iniciarse en un aula de 7 años con transmisión de persona a persona, para más tarde desarrollarse como un brote con origen en una fuente común (comedor escolar). Teniendo en cuenta el período de incubación predominante del astrovirus (24-48 horas), que implicaría la comida del martes 12 de noviembre, el alimento involucrado podría corresponder a una tortilla de patatas con ensalada, único plato compartido entre profesores y alumnos. Son pocos los datos existentes sobre brotes de origen alimentario por astrovirus, pero habrá de tenerse en cuenta como posibilidad etiológica en el estudio de brotes de GEA con clínica en general leve y con predominio de diarrea y dolor abdominal.

400

BROTE DE TUBERCULOSIS EN UNA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA

Ana Bandera*, M^a Angeles Fernández*, Juan Ruiz**, Mercedes Antón***, Francisco Blanca***

*Distrito Sanitario Málaga, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España. **Hospital San Juan de Dios, Málaga, España. ***Centro de Salud Ciudad Jardín, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España.

Antecedentes: Tras la detección de un caso de tuberculosis no bacilífera en una Institución Psiquiátrica, se realiza el estudio de contactos según protocolo en los convivientes íntimos, resultando los estudios negativos. Al año siguiente, se diagnosticó un caso de tuberculosis bacilífera en uno de estos pacientes, en el que no se había indicado quimioprofilaxis primaria. Simultáneamente, se detectó un tercer caso a una trabajadora del centro, contacto de los anteriores. Se describen las características de los casos de tuberculosis y la metodología y resultados del estudio del foco, detectando deficiencias y proponiendo mejoras en el protocolo de actuación.

Métodos: Estudio de contactos de tuberculosis según el Protocolo de Consejería de Salud y Consenso de la SEPAR.

Resultados: El primer caso detectado no fue bacilífero. El estudio del foco se limitó a los contactos íntimos (3 compañeros de habitación), realizándose dos Mantoux que resultaron negativos. No se indicó quimioprofilaxis primaria ni radiología de tórax, considerando las características clínicas y radiológicas del caso índice. Diez meses después se detecta un segundo caso, éste bacilífero, con persistencia de la negatividad del Mantoux. En la revisión de su Historia Clínica se encuentra que, como efecto secundario de la medicación antiepiléptica, existía una leucopenia que pudo ser causante de la anergia detectada. En el mismo período, una profesional del centro que había trabajado con los dos casos anteriores, es diagnosticada de tuberculosis en un centro privado. En este caso no se realizó baciloscopia. Se organizó un nuevo estudio de contactos ampliándolo a 58 residentes y a 26 trabajadores de la institución. También se estudiaron a los contactos familiares de la trabajadora. No se identificó ningún nuevo caso de Tuberculosis y se indicaron 15 quimioprofilaxis secundarias, atendiendo a: edad de los individuos, grado de contacto, medicación concomitante y antecedentes de tratamiento con tuberculostáticos.

Conclusiones: La organización del estudio del foco cuando se presentan casos de tuberculosis en instituciones cerradas, debe tener en cuenta el tipo de población, tipo de contacto y la medicación concomitante y ampliar el estudio a pacientes y trabajadores sin las restricciones que se contemplan en los protocolos de estudios en la comunidad. La indicación de pruebas complementarias, así como la prescripción de quimioprofilaxis debe realizarse con criterios amplios.

401

EXPERIENCIAS EN EL ESTUDIO DE BROTES DE GASTROENTERITIS DENTRO DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA DE CAMPO

Candida Sanchez Barco*, Dionisio Jose Herrera Guibert**, Juan Fernando Martinez Navarro***

*PEAC, Centro Nacional de Epidemiología, España. **PEAC, Centro Nacional de Epidemiología, España. ***Área de Vigilancia, Centro Nacional de Epidemiología, España.

Antecedentes y objetivos: Desde el año 1994 se viene desarrollando el Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC) como un programa de intervención en epidemiología, con una orientación importante al estudio de brotes. En el marco de este programa se han estudiado unos 98 brotes epidémicos en 8 años y de ellos el 19 por gastroenteritis, entidad que constituyen el 70 % de los brotes epidémicos que se conocen en España y en los cuales por lo general, se hace un estudio parcial. Dado el impacto de estos estudios y con el objetivo de exponer algunos aspectos de su comportamiento y características, se realiza el presente trabajo.

Métodos: Se realiza un análisis cuantitativo de la base de datos de brotes del PEAC y un estudio cualitativo de los informes de brotes, insistiendo en los procedimientos analíticos que se han utilizado en los diferentes estudio. Se valoran los aspectos comunes y los principales aspectos divergentes, las formas de análisis y las medidas de intervención tomadas.

Resultados: De los 19 brotes por gastroenteritis estudiados en 8 comunidades autónomas, hubo un predominio de brotes por Norwalk-like (8), la mayoría han sido en espacios cerrados como escuelas y residencias sanitarias (11), con un predominio de las residencias de ancianos como manifestación de una nueva forma de presentación de las enfermedades nosocomiales. Los estudios descriptivos realizado en todos ellos han orientado en más del 80 % en las causas y características del brote a partir de la utilización de las tasas de ataque, distribución de los casos en tiempo y espacio y la información general sobre los alimentos implicados y su consumo, ha sido de mucho valor, la elaboración de cuestionarios de investigación estándar. La investigación analítica mas desarrollada fueron los estudios de casos y control, y en menor medida estudios de cohortes, apreciándose dificultades, como los sesgos de memoria, retrasos entre la declaración y estudio del brote, accesibilidad a la información, y otras. En la mayoría de los estudios, las medidas de intervención han sido tardías y se han orientado a la aplicación de medidas higiénico sanitarias que eliminen el riesgo de futuros brotes.

Conclusiones: Es de destacar el alto impacto de las enfermedades gastrointestinales en el marco del PEAC, los estudios realizado muestran el valor de los estudios descriptivos y la necesidad de acortar el plazo entre la declaración el brote y su estudio. Es evidente la necesidad de incrementar las medidas higiénico sanitarias en torno a los brotes de gastroenteritis y el desarrollo de cuestionarios estándar para estos estudios.

402

BROTE DE AMIGDALITIS PULTÁCEA EN UN BANQUETE DE BODAS

Ariadna Rovira¹, Irene Barrabeig¹, Rosa Ma Sala², Cesar Arias², Guillem Prats³, Angela Domínguez⁴, Lluís Salleras⁴

¹Vigilancia Epidemiológica Región Costa de Ponent, Dirección General de Salud Pública, Hospitalet de ²Vigilancia Epidemiológica Región Centre, Dirección General de Salud Pública, Terrasa. ³Servicio de Microbiología, Hospital Vall de Hebron, Barcelona. ⁴Dirección General de Salud Pública, Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Barcelona, Cataluña.

Introducción: El mes de octubre de 2001 fue declarada una sospecha de brote entre los asistentes a un banquete de bodas celebrado dos días antes en un restaurante de Sant Esteve Sesrovires (Barcelona). La clínica era de amigdalitis pultácea y fiebre. El objetivo del estudio fue describir el brote, determinar el agente causal, el mecanismo de transmisión implicado y los factores contribuyentes a su aparición. Las hipótesis iniciales del mecanismo causante del brote fueron una transmisión vía aérea o a través de alimentos. El agente sospechado era Streptococcus grupo A.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes históricas entre los expuestos. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, exposición a diferentes alimentos (aperitivos, ensalada de langostinos con changán de arroz, milhojas de pato, sorbete de frutas y pastel nupcial) y cuadro clínico presentado. De los afectados se recogieron 12 muestras faríngeas (4 no habían iniciado antibiótico previo) y una de suero, y de los 15 manipuladores entrevistados muestras de exudado faríngeo y nasal. No existían muestras testimonio del banquete. Se recogió la disposición de los invitados en el salón. El análisis bivariado se realizó con el test del χ^2 con el paquete estadístico SPSS 10.0.

Resultados: La hipótesis de la transmisión aérea se descartó al no existir ningún caso entre los que no consumieron el menú (músicos y camareros) y al no encontrar relación entre la disposición de los invitados en el salón y las salidas del aire del local. Se entrevistó al 82,7% de los expuestos al menú (110/133). La tasa de ataque fue del 65,5% (72/110). La curva epidémica era congruente con una exposición a una fuente de infección común. La media del periodo de incubación fue de 29,9 horas (desviación estándar = 13,1). Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (72,2%), odinofagia (59,7%), amigdalitis pultácea o faringitis (50%). Las tasas de ataque para el consumo de los diferentes platos oscilaron entre el 65-70% y no se pudo determinar ningún alimento cuyo consumo implicara un mayor riesgo de enfermar. Se aisló Streptococcus beta hemolítico grupo C en una de las muestras faríngeas. En los manipuladores no se aisló Streptococcus. En la inspección de los establecimientos no se detectaron graves deficiencias.

Conclusiones: Por el antecedente común del banquete, cuadro clínico presentado, periodo de incubación, tasa de ataque presentada y aislamiento en uno de los afectados Streptococcus b hemolítico grupo C, se considero un brote de amigdalitis pultácea probablemente vehiculado por alguno de los alimentos consumidos en el banquete de bodas. Por no disponer de un mayor número de muestras clínicas sin antibiótico previo y de muestras alimentarias no pudo realizarse una confirmación de la etiología estreptocócica y del alimento implicado en el origen del brote.