

Resultados: Fueron recogidos 352 viajeros (error muestral 5,2%). La edad media de los viajeros fue 35,8 años (mediana 34, moda 31, DS 13,1). No acudieron mujeres embarazadas. El 5,1% fue menor de 18 años y el 2,8% mayor de 65 años. No hubo diferencia significativa en cuanto al género, 51,4% hombres y 48,6% mujeres. El 93,4% tenía nacionalidad española. El promedio de días fue de 28,2 días para estancias menores de 1 año. El 3,4% de los viajes duraba más de 1 año. En cuanto a las zonas, las más visitadas fueron África (34,9%), Asia (29,3%) y América del Sur (22,4%). Los 5 países más frecuentados fueron India, Kenia, Brasil, Perú, Sudáfrica, que representan un 33,5% de los destinos. El 24,4% de los viajeros tenían dos destinos y el 7,1% 3 o más. En las edades extremas, el 45,4% de los niños entre 0 y 9 años viajaron a África y el 36,4% a América del Sur. El 75% de la población de 60 a 69 años viajó a África y a América del Sur, y el 60% de los viajeros de 70 a 79 años a Asia. Por género, los hombres visitaron principalmente África y Asia en un 65,7% mientras que el 88,3% de las mujeres visitaron África, Asia y América del Sur. Entre los motivos, el 65% fue por turismo y el 15,3% por razones de trabajo. Los 2 principales motivos en los hombres fueron el turismo (60,2%) y el trabajo (24,3%), mientras que el 70% de las mujeres viajaba por turismo. El 26,4% padecía algún tipo de alergia, el 13,3% alguna enfermedad previa, el 18,5% alguna enfermedad actual y el 3,9% alguna intervención quirúrgica. El 4,8% tomaba algún tipo de medicación. El 20,7% fue a países que requerían certificado de vacunación de fiebre amarilla y al 0,85% (3 casos) se le prescribió la vacuna antimeningocócica tetravalente (ACWY135), al 4,8% se le administró la vacuna de la encefalitis japonesa.

Conclusiones: El análisis de los datos obtenidos durante la actividad asistencial permite una visión global de los viajeros que acuden al Servicio de Vacunas Internacional. Estos datos permiten una mejor planificación de los recursos y constituye una línea basal para una comparación futura con otros años.

131. PERFIL DEL VIAJERO VACUNADO CONTRA LA MENINGITIS EN EL CENTRO DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL DE SEVILLA

A. Luengo Corbacho, M. Mayoral Campa, R. Yang Lai, R. Pallares Capela, F. Reyes Pedrosa, M.E. Muriel Fernández-Pacheco, S. Rivera Fernández

Área Sanidad Exterior, Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: A nivel mundial existen más de 500.000 casos de enfermedad meningocócica al año. Los países en desarrollo tienen una incidencia mayor debido a las condiciones precarias de vivienda y superpoblación. En estas zonas, como el denominado cinturón meníngeo subsahariano, se comporta de forma epidémica y estacional. La vacunación con la vacuna tetravalente (A, C, Y y W135) está indicada en aquellos viajeros que visiten zonas endémicas y actualmente las autoridades de Arabia Saudí la exigen de forma obligatoria a todos los peregrinos que visitan la Meca anualmente. La vacuna sólo es administrada en los Centros de Vacunación Internacional (CVI) autorizados por la OMS. El objetivo es conocer las características de las personas que viajan a países con riesgo de meningitis tetravalente y que acuden a nuestro CVI.

Métodos: Estudio descriptivo transversal durante el año 2010. Muestreo aleatorio simple (nivel de confianza 95%). Error muestral 5%. P 50%. Población: 4.713 viajeros.

Resultados: De las 4.713 personas atendidas en el CVI, se les recomendó la vacuna antimeningocócica tetravalente a 73 (1,55%) viajeros. No fue necesario administrar la vacuna a 12 (0,25%) ya que estaban vacunados de forma adecuada previamente. Se les administró la vacuna en nuestro centro a 55 (1,16%) viajeros. A pesar de la recomendación, 6 (0,127%) viajeros no se pusieron la vacuna. De los viajeros vacunados, 28 (50,90%) eran hombres y 27 (49,09%) mujeres. El rango de edad se situaba entre los 10-61 años para los hombres con un promedio de

ENFERMEDADES INFECCIOSAS 2

Viernes 7 de octubre de 2011. 19:00 a 20:30 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: José Sánchez Payá

93. PERFIL DEL VIAJERO QUE ACUDE AL CENTRO DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL DE UNA PROVINCIA ANDALUZA

R. Yang Lai, A. Luengo Corbacho, M. Mayoral Campa, F. Reyes Pedrosa, M.E. Muriel Fernández-Pacheco, S. Rivera Fernández

Subdirección General de Sanidad Exterior de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: En la sociedad actual existe una gran facilidad para la realización de viajes internacionales. Durante el año 2008 se produjeron 168,8 millones de viajes. El objetivo de este trabajo es describir las características de los viajeros que acuden al Centro de Vacunación Internacional.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, año 2010. Muestra aleatoria simple de 355, población 4.713 viajeros, nivel de confianza 95%.

edad de 39 años y de 12-64 años para las mujeres con un promedio de 33,7 años. En los hombres los lugares de destino principales fueron África, con 24 viajeros (43,63%), Asia 2 viajeros (3,63%), Centroamérica 1 viajero (1,81 %) y Norteamérica 1 viajero (1,81%). En las mujeres los lugares de destino fueron África, 22 viajeras (4%), Asia 4 viajeras (7,27%) y Centroamérica 1 viajera (1,81%). De los 55 viajeros vacunados 47 (85,45%) eran de Sevilla, 6 (10,90%) de Córdoba y 2 (3,63%) extranjeros. Los principales motivos del viaje fueron: cooperación con 14 (25,45%) hombres y 5 (9,10%) mujeres, trabajo con 14 (25,45%) hombres y 2 (3,63%) mujeres, turismo con 11 (20%) mujeres y 4 (7,27%) hombres y familiar con 1 (1,81%) mujer.

Conclusiones: Llama la atención el escaso cumplimiento de la vacunación tras la recomendación. La nacionalidad de estos viajeros en su mayoría es española. Su principal destino es África, siendo el motivo de su viaje para los hombres la cooperación o el trabajo y para las mujeres el turismo, no habiendo apenas motivos familiares.

336. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA DE LA GRIPE PARA PREVENIR HOSPITALIZACIONES CON CONFIRMACIÓN VIROLÓGICA

J. Castilla, I. Martínez-Baz, M. García Cenoz, V. Martínez-Artola, E. Salcedo, M. Guevara, F. Irisarri, A. Barricarte

Instituto de Salud Pública de Navarra, CIBER Epidemiología y Salud Pública, Complejo Hospitalario de Navarra.

Antecedentes/Objetivos: Comparamos dos diseños aplicados a la evaluación de la efectividad de la vacuna antigripal 2010-2011 para prevenir ingresos hospitalarios confirmados para virus de la gripe.

Métodos: Utilizando bases de datos asistenciales y de laboratorio, definimos la cohorte de población con indicación de la vacunación antigripal en Navarra, por tener enfermedades crónicas o más de 60 años. En la temporada 2010-2011 a todos los pacientes que ingresaron por enfermedad respiratoria aguda grave se les tomó frotis para estudio de gripe. Mediante regresión de Cox comparamos la tasa de hospitalización con confirmación de gripe entre vacunados y no vacunados. En un estudio de caso-control comparamos el estado vacunal de los positivos a gripe con el de los negativos utilizando regresión logística.

Resultados: En la cohorte se incluyó a 217.320 personas con una cobertura vacunal del 37%. Hubo 266 ingresos por enfermedad respiratoria aguda grave (1,2 por 1.000) y 61 (22,9%) se confirmaron para gripe: 58 para gripe A(H1N1)2009 y 3 para gripe B. Se detectaron 19 ingresos con fallo vacunal confirmado, y todos ellos correspondieron a gripe A(H1N1)2009. En un análisis de Cox ajustado por sexo, edad, enfermedades crónicas, medio rural/urbano, hospitalización en el año anterior y vacunación antineumocócica, la vacuna de la gripe estacional tuvo una efectividad del 56% (*hazard ratio* = 0,44; IC 95%, 0,22-0,88) para prevenir hospitalizaciones con confirmación de gripe. En el análisis caso-control la estimación cruda de la efectividad fue del 59% (*odds ratio* (OR) = 0,41; IC 95%, 0,23-0,76), similar a la estimación ajustada, 59% (OR = 0,41; IC 95%, 0,18-0,97). En el mismo análisis, el haber recibido la vacunación pandémica en 2009 mostró un posible efecto protector adicional del 17%, no estadísticamente significativo (OR = 0,73; IC 95%, 0,32-1,67).

Conclusiones: Estos resultados sugieren un efecto moderado de la vacuna de la gripe estacional 2010-2011 para prevenir hospitalizaciones por gripe en población de riesgo. Las estimaciones del efecto, muy similares, obtenidas mediante dos diseños diferentes (cohorte poblacional y caso-control con controles negativos) sugieren un buen control de los sesgos.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (GR09/0028 y PS09/01179). Programa I-Move del ECDC.

338. PERFIL DEL VIAJERO QUE REQUIERE LA VACUNACIÓN CONTRA LA RABIA Y EL GRADO DE CUMPLIMIENTO

R. Pallares Capela, M. Mayoral Campa, R. Yang, A. Luengo Corbacho, F. Reyes Pedrosa, M.E. Muriel Fernández-Pacheco, S. Rivera Fernández

Área Sanidad Exterior, Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Enfermedad zoonótica que afecta a diversos animales domésticos y salvajes. La infección en humanos causa una encefalomielitís vírica casi siempre mortal y se produce por la mordedura de un animal infectado. En países endémicos de rabia (África, Asia y América) se notifican 100 mordeduras de perros sospechosos de rabia/100.000 habitantes. La vacunación se puede realizar en 2 situaciones: preexposición o postexposición. La vacunación preexposición se realiza con 3 dosis (0, 7, 28 días), indicada a personas que trabajen con el virus, veterinarios, viajeros a zonas endémicas, sobre todo aquellos que realicen actividades al aire libre en zonas rurales o visiten zonas donde el acceso a la asistencia sanitaria sea difícil. La vacunación preexposición no anula la necesidad de vacunación tras posible exposición al virus pero sí reduce el número de dosis (2 dosis frente a 5 dosis sin vacuna previa) y sí elimina la necesidad de IG. Evaluamos el perfil del viajero al que se le recomienda la vacunación frente a la rabia y su grado de cumplimiento durante el año 2009 y 2010 en el Centro de Vacunación Internacional (CVI) de Sevilla.

Métodos: Se realiza el estudio en el total de viajeros (85) vacunados de rabia de los años 2009 y 2010.

Resultados: De los 10.233 viajeros que asistieron al CVI, a 85 personas se les administró la vacuna frente a la rabia. De estos, 50 (56,81%) eran hombres y 35 (39,77%) mujeres. El rango de edad se situaba entre 02-70 años los hombres con un promedio de edad de 31,1 años y entre 18-47 años las mujeres con un promedio de 27,8 años. Los países de destino fueron: India 27 viajeros (31,76%); Tailandia 8 (9,41%); Ecuador 8 (9,41%); Vietnam 5 (5,88%), y Laos 5 (5,88%). Motivo del viaje: turismo 36 viajeros (42,35%); trabajo 20 (23,52%), estudios 9 (10,58%) y cooperantes 17 (20%). Tipo de viaje: medio rural 11 viajeros (12,94%), urbano 1 (1,17%), rural-urbano 26 (30,58%) y desconocido 47 (55,29%). De los 85, el 100% realizaron la primera dosis de vacunación, 80 viajeros (94,11%) la segunda y 65 (76,47%) la tercera. Durante 2009 se vacunaron de la rabia 48 viajeros y en 2010, 37 viajeros.

Conclusiones: La vacunación frente a la rabia se administró en viajeros que visitaban países de alta endemia, siendo el subcontinente indio uno de los más afectados. El perfil del viajero fue el turismo con visitas a zonas rurales. Los cooperantes suponen también un sector importante de riesgo. La adhesión a la vacunación fue buena para la primera y segunda dosis aunque observamos una disminución de esta para la tercera dosis.

372. TRANSMISIÓN DE TB EN POBLACIÓN ESCOLAR CON ALTA COBERTURA DE VACUNACIÓN BCG. GIPUZKOA

R. Sancho^a, M. Basterrechea^a, E. Bikuña^b, M. Jiménez^b

^aUnidad de Epidemiología de Gipuzkoa; ^bOsakidetza.

Antecedentes/Objetivos: La tasa de tuberculosis en Gipuzkoa ha mejorado en los últimos años aunque sigue presentando cifras por encima de la media nacional (2001 tasa 28,8/100.000 habitantes en 2010, 21,1). El País Vasco es la única comunidad que incluye la BCG en el calendario vacunal infantil para todos los recién nacidos desde 1986. Objetivo: Describir los resultados de los estudios de contactos escolares de casos con tuberculosis bacilífera durante el periodo 2003-2010.

Métodos: Estudio transversal en el que se han seleccionado los contactos escolares menores de 15 años de casos bacilíferos. Los datos se obtuvieron a partir de la hoja EDO, hoja de estudio de contactos e información obtenida por las gestoras de casos. Variables analizadas:

grupo de edad, sexo, vacunación BCG, círculo de relación, PPD, indicación de quimioprofilaxis primaria (QPP) y demora diagnóstica del caso. La valoración del riesgo de los contactos se ha realizado en función del grado y tiempo de contacto según el Programa de Control de Tuberculosis del País Vasco. Se realizó prueba de tuberculina (PT) a todos los contactos sin antecedente de infección, el punto de corte fue de 15 mm en niños vacunados y 5 mm en no vacunados. Se ha realizado análisis bivariante y multivariante con regresión logística.

Resultados: Los datos corresponden a los contactos de 6 casos adultos con baciloscopia y cultivo de esputo positivo que trabajaban en centros escolares. La mediana de la demora diagnóstica fue 33 días. Se censaron 378 niños menores de 15 años. Se excluyeron 10 contactos, 2 por infección previa y el resto por falta de información. La mediana de edad fue de 9 años. El 75% era menor de 12 años. El 85,3% estaban vacunados con BCG. El 55,7% eran hombres y el 44% mujeres. Se clasificaron como contactos frecuentes (C2): 77,2% o esporádicos (C3): 22,8%. La indicación de QP se realizó en el 27,7% de los contactos estudiados y de ellos el 69,3% fue QPP. No hubo ningún caso secundario. La prevalencia de infección encontrada fue 6,8%, mayor en contactos de casos con demora más elevada (11,6 vs 2,6%) y en los que no recibieron QPP (7,7 vs 2,9%; NS). La demora elevada y QPP se incluyeron en la regresión manteniéndose la significación de la demora (OR: 4,7; IC 95%, 1,6-14,2).

Conclusiones: Aunque se ha descrito que el medio escolar supone un mayor riesgo de transmisión de la tuberculosis, en nuestra serie hemos encontrado una baja prevalencia de infección a pesar de tratarse de casos bacilíferos. Esto podría explicarse por la baja demora diagnóstica de la mitad de los casos y el alto porcentaje de niños vacunados con BCG.

429. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL 2010-2011 FRENTE A CASOS CONFIRMADOS DE GRIPE A(H1N1)2009

S. Jiménez-Jorge^{ab}, C. Savulescu^{ab}, S. de Mateo^{ac}, F. Pozo^d, A. Larrauri^{ac}, Grupo de Trabajo cycEVA, en representación del Sistema de Vigilancia de Gripe en España (SVGE)

^aCentro Nacional de Epidemiología, ISCIII; ^bEpiConcept, Francia; ^cCIBERESP; ^dCentro de Gripe de la OMS del Centro Nacional de Microbiología del ISCIII, Majadahonda, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La vacuna trivalente recomendada para la temporada 2010-11 incluyó una cepa AH1N1 similar a la utilizada en la vacuna monovalente pandémica 2009, además de las cepas AH3 y B. La circulación de A(H1N1)2009 predominó en la temporada 2010-2011 hasta alcanzar el pico de la onda epidémica (semana 02/2011) con una contribución mayoritaria de virus de la gripe B a partir de entonces. Desde la temporada 2008-2009 la estimación de la efectividad de la vacuna antigripal (EV) en España se lleva a cabo mediante un estudio de casos y controles (cycEVA). El objetivo fue estimar la EV frente a casos confirmados de gripe A(H1N1)2009.

Métodos: Se realizaron dos estudios de casos y controles negativos: uno observacional (cycEVA) en 8/17 redes centinela del SVGE y otro (estudio SVGE) con los casos centinela con toma de muestra notificados al sistema. Los casos fueron síndromes gripales confirmados de A(H1N1)2009 y los controles aquellos con frotis negativo, en el periodo 50/2010-12/2011. En el estudio cycEVA se recogió información sobre factores de confusión, adicional a la obtenida en el SVGE. Se utilizó regresión logística para calcular las *odds ratios* (OR). La EV se calculó como $(1-OR)*100$. El análisis se restringió a pacientes con menos de 4 y 8 días entre fecha de síntomas y toma de muestra (retraso muestra-síntomas). La EV se estimó para todos los pacientes y para aquellos pertenecientes a grupos recomendados de vacunación.

Resultados: La EV ajustada frente a casos confirmados de A(H1N1)2009 en el estudio cycEVA fue del 50% (8/73) y el 49% (-10/77) cuando el análisis se restringió a un retraso muestra-síntomas de me-

nos de 8 y 4 días, respectivamente. En pacientes vacunados con la vacuna estacional y la monovalente pandémica, la EV ajustada aumentó al 74% (11/93) para un retraso muestra-síntomas menor de 4 días. Con esta última restricción, la estimación de EV a partir del SVGE fue del 55% (37/68).

Conclusiones: La vacuna trivalente estacional 2010-2011 tiene un efecto protector sobre casos confirmados de A(H1N1)2009, menor que el observado en la temporada 2009-2010. La administración previa de la vacuna monovalente pandémica ofrece estimaciones de EV mayores. Por tercera temporada, cycEVA aportó información sobre el valor protector de la vacuna antigripal, útil para la toma de decisiones en salud pública. Las estimaciones a partir del SVGE están en línea con las de cycEVA, aunque es necesario un estudio riguroso de validación para incorporarlas de forma rutinaria en la vigilancia de la gripe en España.

443. EL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO EN INMIGRANTES Y PERSONAS VULNERABLES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO. APOYO A PERSONAS SIN TECHO

P. Momparler, F. González, E. Pérez, A. Rosa, M. Martín Sierra, H. Vanaclocha

Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La proporción de casos de tuberculosis (TB) en personas extranjeras en la Comunidad Valenciana aumentó progresivamente desde 1998 a 2009, pasando de 2,7% (26/961) del total de casos declarados en 1998 a 36% (261/724) en 2009. El 8% de casos de TB entre 2005-2009 eran personas marginadas. El seguimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento en estos colectivos son, a menudo, deficientes por diversos problemas sociales inherentes a su situación. Por ello, los esfuerzos de los servicios de vigilancia han de ser especiales en esta población. Desde 2002, en el CAST se organiza y proporciona el tratamiento directamente observado (TDO) de la TB a personas sin techo e inmigrantes en la ciudad de Valencia y municipios del cinturón. Presentamos la coordinación existente, para llevar a cabo el TDO, entre el CAST y las diferentes organizaciones implicadas en la atención a las personas más vulnerables.

Métodos: Se describen las organizaciones implicadas en el TDO dirigidas por el CAST y se revisan los casos de TB que desde este centro se han controlado y los recursos que se han utilizado para su correcta gestión.

Resultados: Para llevar a cabo el TDO en personas sin techo, el CAST se coordina permanentemente con 3 albergues, 16 ONG, los establecimientos farmacéuticos, el dispensario de metadona, un hospital de media y larga estancia y el centro penitenciario de Valencia. De esta manera, desde cualquier punto de la ciudad se puede atender a cualquier enfermo de TB con dificultades para seguir el tratamiento. En los últimos 8 años, desde el CAST se han controlado 445 tratamientos de TB en personas vulnerables (131 de enfermedad tuberculosa y 314 de infección tuberculosa latente) en forma de TDO y supervisada. Para ello se contó con la colaboración de los albergues en la administración de 56 tratamientos, en 46 participaron las ONG, en 4 lo hicieron las farmacias y en otros 3 colaboró el dispensario de metadona. Además, se gestionó la entrada y/o salida del hospital de media y larga estancia en 10 casos de TB y se continuó el tratamiento en 5 enfermos tras su ex-carcelación. El resto de tratamientos se hizo directamente en el CAST.

Conclusiones: Los Servicios de Vigilancia Epidemiológica deben prestar una mayor atención al cumplimiento del tratamiento de las personas con problemas sociales. Se debe contar con todos los recursos que nos ofrece la sociedad para gestionar los tratamientos de la TB. Tanto la población inmigrante como los colectivos de pobreza extrema se concentran de forma más frecuente en las grandes ciudades, por lo

que se debería impulsar en ellas la existencia de centros destinados a la lucha contra la TB en esta población.

628. INFLUENCIA DE LA COBERTURA VACUNAL DE GRIPE EN TRABAJADORES DE AP SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE GRIPE

A. Valdivia^a, M. Gironés^b, V. Morera^b, S. Pérez^b, M. Segarra^a

^aHospital de Dénia-Marina Salud; ^bCentro de Salud Pública de Dénia-Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la asociación entre la cobertura vacunal en trabajadores de AP y el riesgo de diagnóstico de síndrome gripal en la población de su Zona Básica de Salud (ZBS), ajustado por variables relevantes como disponer de médico centinela (MC) o distancia al Hospital Comarcal.

Métodos: Análisis de casos de gripe registrados en AP desde la semana 48/2010 a la 14/2011 en la Marina Alta (Comunidad Valenciana). Las coberturas en trabajadores de AP se obtuvieron tras cruzar las bases de datos de Personal con el Registro de Vacunas Nominal (RVN). Tras el cálculo de tasas de incidencia en cada estrato, se realizó un análisis bivariado seguido de multivariado con regresión de Poisson o binomial negativa: la variable dependiente fue el número de casos por estrato, ajustado por población expuesta, con las siguientes variables explicativas: edad, género, cobertura de gripe en trabajadores de AP de la ZBS, atención por MC y distancia al hospital.

Resultados: Existe una asociación significativa entre mayor edad y menor riesgo de ser diagnosticado como caso de gripe en AP (RR respecto al grupo de edad 0-14 años: 0,28 [IC 95%, 0,25-0,32] entre 15 y 64 años y 0,05 [IC 95%, 0,04-0,07] en > 64 años, durante la temporada 2010-2011). La población atendida por MC tiene mayor probabilidad de ser diagnosticada de gripe: RR 1,84 (IC 95%, 1,56-2,16). La probabilidad de diagnóstico en AP aumenta un 1,7% por cada km de distancia desde el centro de cada ZBS al Hospital (IC 95%, 1,1-2,4). Se identificaron interacciones muy significativas en función de edad y MC, por lo que se realizó un modelo separado para cada estrato. Los resultados indican que el factor más asociado con riesgo de diagnóstico de gripe en AP, en el grupo de 0 a 14 años sin MC, es la distancia al hospital: 12,9% de incremento de riesgo por cada km (IC 95%, 1,5-25,5). Por encima de 14 años, la variable más asociada con menor riesgo de diagnóstico es la cobertura vacunal entre trabajadores de AP: por cada 1% de incremento en cobertura, el RR ajustado disminuye un 1,8% (IC 95%, 0,2-3,3) en la población de 15 a 64 años y 5,6% (IC 95%, 0,9-8,3) en mayores de 64 años, sin asociación significativa con otras variables. En mayores de 64 años este cambio de tendencia se observa por encima de un 30% de cobertura vacunal entre los trabajadores de AP.

Conclusiones: Una alta cobertura vacunal en trabajadores de AP es la variable, de entre las estudiadas, que más se asocia con una disminución de la probabilidad de ser declarado como caso de gripe en AP, motivo por el que éste debe ser uno de los objetivos prioritarios en cada campaña.

642. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS: DEPARTAMENTO DE SALUD DE DÉNIA, 2004-2010

A. Valdivia^a, V. Morera^b, M. Jordán^c, F. Molerés^c, P. Martín^c

^aMedicina Preventiva, Hospital de Dénia-Marina Salud; ^bUnidad de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Dénia; ^cMedicina Interna, Hospital de Dénia-Marina Salud.

Antecedentes/Objetivos: Valorar el riesgo de TBC bruto y ajustado en relación con la edad, sexo, nacionalidad de origen y zona de salud de nuestra Comarca.

Métodos: Grupo de análisis: población empadronada en la Comarca de la Marina Alta (Alicante) durante el periodo 2004-2010. Variable dependiente: casos de tuberculosis registrados en la comarca durante este periodo. Variables independientes: género, edad, zona básica de salud, nacionalidad. Análisis: Estudio descriptivo: tasa de incidencia general y por período, género, edad, zona de salud, y nacionalidad de origen. El análisis se complementó con diagramas de barras, suavizados Lowess, y mapas de la comarca. Análisis bivariado: regresión binomial negativa para cada una de las variables, con cálculo del riesgo relativo (RR) asociado con cada categoría e intervalo de confianza al 95% (IC 95%). La exposición se calculó en función de las personas-año en cada estrato. Análisis multivariado: regresión binomial negativa incluyendo todas las variables simultáneamente, con cálculo del riesgo relativo ajustado para cada categoría. Se consideraron estadísticamente significativos los valores $p < 0,05$.

Resultados: La tasa de incidencia de TBC en la Marina Alta durante el periodo de estudio fue de 10,8 casos/100.000 habitantes. El riesgo de TBC en mujeres es significativamente menor que en hombres (RR 0,61; IC 95%, 0,40-0,94). El grupo de edad con mayor riesgo es el de 20 a 39 años. Al estratificar por género, no se observan diferencias significativas de riesgo por grupo de edad en hombres, mientras que en mujeres se observa un incremento significativo del riesgo entre los 20 y los 39 años, con un descenso brusco y significativo por encima de esta edad. Por zona de salud, el mayor riesgo ajustado de TBC se observa en la región interior al oeste de la comarca, de forma coherente con un brote registrado en 2006. El riesgo ajustado de TBC respecto a población española es menor en la población del resto de la UE-15 (RR 0,38; IC 95%, 0,18-0,81), y muy superior en la población europea exterior (RR 2,33; IC 95%, 1,26-4,32), africana (RR 3,28; IC 95%, 1,57-6,87) y asiática (RR 4,14; IC 95%, 1,36-12,60). La población americana no presenta un incremento de riesgo significativo respecto a la española (RR 1,82; IC 95%, 0,90-3,68).

Conclusiones: La tasa de incidencia de TBC se encuentra por debajo del último dato publicado para el total de la Comunidad Valenciana (13,5/100.000). Nuestro análisis permite confirmar y cuantificar asociaciones coherentes con otros estudios y reconocer nuevas asociaciones que no habían sido descritas previamente en nuestro entorno.

767. EL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO DE TUBERCULOSIS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE TORREVIEJA

R. Marco Aledo^a, P. Montesinos Butron^b, B. Vila Roig^a, J.G. Cano Montoro^a, F. Cuenca Muñoz^a

^aCentro de Salud Pública de Orihuela-Torrevieja; ^bHospital de Torrevieja.

Antecedente/Objetivos: Los objetivos de la OMS en la lucha contra la tuberculosis (TBC) son la detección del 70% de casos bacilíferos y la curación del 85% de éstos. Para lograrlo se impulsó la estrategia TOD, protocolo de tratamiento directamente observado en TBC cuyos puntos clave son: Apoyo a los programas de control de TBC. Diagnóstico bacteriológico de casos asintomáticos. Accesibilidad de todos los enfermos a fármacos antituberculosos. Uso de pautas de 6 a 8 meses de tratamiento supervisado. Sistemas adecuados de notificación y evaluación de resultados de tratamiento. El TOD asegura el cumplimiento terapéutico observando directamente la ingesta de medicación del paciente. Debe recomendarse a: indigentes, presos y expresos, toxicómanos, enfermos multirresistentes, antecedentes de abandono previo. Debe valorarse en: alcohólicos, pacientes con desestructuración familiar social o con problemas de acceso sanitario (inmigrantes, prostituidos y enfermos mentales) e infección por VIH. Objetivo: Valorar las características de pacientes incluidos en TOD del Departamento de Salud de Torrevieja para llevar a cabo un buen control epidemiológico de la TBC y asegurar el cumplimiento de tratamiento.

Métodos: Tipo de estudio: observacional, descriptivo retrospectivo. Periodo de estudio: años 2009-2010. Ámbito de estudio: Departamento de Salud de Torrevieja. Población de estudio: casos de TBC incluidos en TOD. Fuentes: encuestas epidemiológicas, análisis estadístico, descripción de características clínicas epidemiológicas de casos, cálculo de estadísticos descriptivos, frecuencias, porcentajes, medias.

Resultados: Son 65 casos declarados; se incluyen 7 pacientes en TDO, 3 en 2009 y 4 en 2010. El 71,4% son hombres. Edad media: 37,7 años, mediana 43 años. El 71,4% de nacionalidad extranjera. En el 100% el cultivo es positivo a *Micobacterium tuberculosis* y localización pulmonar en 3 casos con baciloscopia positiva. El 42,8% presenta resistencias a fármacos antituberculosos. El tiempo máximo de demora desde la inclusión en TOD hasta el inicio del tratamiento es 72 días. El seguimiento se realiza en centros de atención primaria (3), oficinas de farmacia (3) y en ambos lugares (1); 3 casos cumplimentan tratamiento completo, 3 no cumplen y 1 caso mantiene el tratamiento actual-mente.

Conclusiones: Tras la revisión es preciso mejorar los planes de contingencia para llevar correctamente el programa TOD descrito en la Comunidad Valenciana. Hay aspectos en los que el Servicio de Preventiva y la Unidad de Epidemiología del Departamento no pueden actuar como un centro interno para pacientes sin techo. Es necesaria una mayor implicación de servicios sociales municipales.

932. AUMENTO DE COBERTURA VACUNAL DE GRIPE EN MAYORES DE 60 AÑOS (CATCH-UP). ESTUDIO DE NEGATIVAS

M.A. María Tablado, C. Montejo Martínez, J. Torres Morales, J. Mena Feria, S. Palomar Saiz, T. Mpaltatzidou Vázquez

Centro de Salud Los Fresnos, Torrejón de Ardoz, DA Este, SERMAS.

Antecedentes/Objetivos: Debido a la gripe A H1N1, la campaña de gripe 2010 se planteaba problemática. Estudios de nuestra comunidad autónoma (CA) sitúan la cobertura vacunal (CV) en > 60 años en torno al 30%. Planteamos mejorar esa cobertura realizando *catch-up* activo durante la campaña del año 2010. Objetivo principal: aumentar la CV en > 60 años. Secundarios: aumentar la cobertura vacunal en > 60 años con otros factores de riesgo de complicaciones de la gripe. Exploratorios: edad media, sexo. Días en que se vacunaron. Descripción de las causas de negativa.

Métodos: Población: > 60 años. Causas de exclusión: no contacto con ellos en el periodo descrito. El cálculo del tamaño muestral fue de 147 para una OR: 3, potencia 80%, seguridad 95%. Incluimos 166 casos. Todos ellos de un solo cupo. Utilizamos estos mismos 166 pacientes como controles en la campaña vacunal 2008. En consulta o contactando telefónicamente se explicaba la necesidad de vacunarse según programa de la CA, resolviendo dudas principalmente respecto de la gripe A H1N1. Cuando se incorporaban en el estudio firmaban consentimiento informado para obtener un mínimo de datos. Los datos se anonimizaron y se destruyó la hoja de recogida de datos.

Resultados: Menos del 20% (15 en total) no fueron contactados. En la campaña 2008 se vacuno el 34%, en la presente el 54%. La OR fue de 2,3 con IC 95% (2,31-2,75). La OR en pacientes con 1 o más factores de riesgo fue de 2,08 con IC 95% (1,83-2,33). La edad media fue 69,72, mujeres 52%. El 50% se vacunó en las 3 primeras semanas. El 44% rechazó la vacuna "no me pongo nunca malo", el 24% "te ponen virus malos".

Conclusiones: La CV mejoró tras el *catch-up*. Las pérdidas fueron escasas (imposible localización). También los > 60 años con factores de riesgo se vacunaron más. Asumimos sesgos (casos y controles los mismos, un solo cupo).

959. FARMACOVIGILANCIA DE LAS VACUNAS EN LA COMUNITAT VALENCIANA EN EL AÑO 2010

A.M. Alguacil Ramos, A. Portero Alonso, R. Martín Ivorra, E. Pastor Villalba, J.A. Lluch Rodrigo, J.A. Delgado de los Reyes

Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La vigilancia poscomercialización de la seguridad de los medicamentos una vez que ya se ha generalizado su uso es una responsabilidad compleja y compartida entre los gobiernos, la industria, los agentes de salud y los pacientes. Esta responsabilidad es especialmente importante en lo que respecta a las vacunas, puesto que exigen un elevado grado de seguridad. La notificación de las sospechas de reacciones adversas a vacunas en la Comunitat Valenciana se realiza a través del Sistema de Información Vacunal (SIV), vinculando las sospechas de reacciones declaradas al historial vacunal nominal de cada persona. Objetivo del estudio: Analizar las sospechas de reacciones adversas a vacunas notificadas a través del SIV en la Comunitat Valenciana.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las sospechas de reacciones adversas declaradas en el SIV durante el año 2010. Variables del estudio: edad, sexo, tipo de vacuna administrada, tipo de reacción adversa, profesional sanitario notificador y ámbito de declaración (atención primaria, especializada).

Resultados: Durante el año 2010 se declaró un total de 398 sospechas de reacciones adversas correspondientes a 279 actos vacunales el 64,87% (IC 95%, 59,27-70,48) en mujeres. El 48,24% (IC 95%, 43,33-53,15) fueron reacciones locales y el 51,76% (IC 95%, 46,85-56,67) generales. La fiebre representó el 42,72% (IC 95%, 35,96-49,47) de las reacciones generales y la hinchazón en el lugar de inyección el 17,71% (IC 95%, 12,31-23,11) de las locales. Por tipo de vacuna, destaca la vacuna frente al virus del papiloma humano con el 14,70% (IC 95%, 10,54-18,85), de las reacciones declaradas, siendo su tasa de reacciones por vacunas administradas de 0,71 x 1.000, seguida de la vacuna frente a la difteria tétanos pertusis acelular con un 13,62% (IC 95%, 9,60-17,64) y una tasa del 0,84 x 1.000. Sin embargo, es la vacuna frente a la gripe A H1N1 la que posee la mayor tasa de reacciones (1,23 x 1.000).

Conclusiones: La vacuna frente al virus del papiloma humano es la que representó el mayor porcentaje de sospechas de reacciones adversas declaradas en 2010; sin embargo, es la vacuna frente a la gripe pandémica la de mayor tasa de reacciones declaradas por dosis administradas. Destaca la fiebre como el tipo de reacción más frecuente tras la vacunación.

960. CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LA VACUNA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

A. Portero Alonso, R. Martín Ivorra, A.M. Alguacil Ramos, E. Pastor Villalba, J.A. Lluch Rodrigo, J.A. Delgado de los Reyes

Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: En España, en el año 2008, antes de que el Consejo Interterritorial de Salud aprobase la introducción de la vacuna frente al virus del papiloma humano, se produjo un intenso debate en los medios de comunicación y entre los profesionales sanitarios y este se trasladó a la población. Los dos casos acaecidos en Valencia en febrero de 2009, relacionados con la vacuna del VPH, produjeron una alarma social, lo que conllevó, además de un retraso en la administración de la segunda y tercera dosis, una disminución de las coberturas. Objetivos: 1) Conocer la información y la percepción del riesgo que tenía la cohorte de adolescentes nacidos en 1994 sobre el virus del papiloma humano; 2) identificar las fuentes de información sobre la vacuna frente al VPH antes de iniciar la vacunación en la Comunitat Valenciana, y 3) analizar la evolución de las coberturas frente al VPH en las cohortes

de adolescentes nacidas en 1994 en la Comunitat Valenciana para cada una de las tres dosis de la vacuna.

Métodos: Se realiza un estudio analítico transversal 6 meses antes del inicio de la vacunación frente al VPH, en 212 adolescentes de ambos sexos de la cohorte de nacidos en 1994. La evaluación de los conocimientos, creencias y actitudes se realizó mediante encuesta. El periodo de estudio fue del 1 al 31 de mayo de 2008 y las variables incluidas fueron edad, sexo y titularidad del centro (público/privado). El cálculo de las coberturas vacunales se realizó a través del Sistema de Información Gerencial (SISGEREN).

Resultados: La encuesta se pasó a 212 alumnos/as, contestándola el 100% del alumnado. 134 (63,21%) eran mujeres y 78 (36,78%) hombres. El 78,85% (45,41-67,41) de las adolescentes conocía para qué servía la vacuna del VPH. El 55,22% de las chicas y el 52,56% de los chicos conocían el mecanismo de transmisión del VPH. El 25,64% de los chicos y el 25,37% de las chicas creían que la enfermedad afectaba solo a las mujeres. La cobertura en las nacidas de 1994 para cada una de las tres dosis fue del 85,49, 81,70 y 74,4%, respectivamente.

Conclusiones: Los adolescentes conocían el motivo de la vacunación y qué riesgos se derivaban de una posible infección por VPH. La cobertura frente al VPH para la tercera dosis en la cohorte de 1994 fue inferior en nuestra comunidad a la conseguida en el resto de España, que fue del 77,2%.