

## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 3

Sábado 8 de octubre de 2011. 9:00 a 10:30 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Moderadora: Rosa Cano

### 192. LA SITUACIÓN DEL SARAMPIÓN EN CANARIAS, 2000-2010

A. García Rojas<sup>a</sup>, P. Matute Cruz<sup>a</sup>, P. García Castellano<sup>a</sup>, N. Abadía Benítez<sup>a</sup>, D. Trujillo Herrera<sup>a</sup>, J. Solís Romero<sup>a</sup>, D. Núñez Gallo<sup>a</sup>, M.C. González Pérez<sup>b</sup>, F. Troncoso Campelo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Epidemiología y Prevención; <sup>b</sup>Microbiología.

**Antecedentes/Objetivos:** El Plan de Eliminación del Sarampión en Canarias se puso en marcha en enero del año 2001, siguiendo las recomendaciones establecidas por la OMS en el Plan Estratégico para la Eliminación del Sarampión en la Región Europea, lo determinado en el Plan de Acción para eliminar el Sarampión en España y a los objetivos del Plan de Salud de Canarias. Sus características principales se basan en la recogida y análisis de las particularidades de la epidemiología de presentación de la enfermedad en Canarias para, de forma continuada, adaptar las estrategias y actividades encaminadas a eliminar la enfermedad. Se presenta un análisis de la situación del sarampión en Canarias tras la puesta en marcha del Plan de Eliminación hasta la actualidad.

**Métodos:** Se analizaron los casos de esta enfermedad notificados a la Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica desde las 0 horas del 1 de enero de 2001 a las 24 horas del 31 de diciembre de 2010. La información analizada se obtuvo de una ficha epidemiológica específica establecida en el Plan y de la información suministrada por el SIMCA (Sistema de Información Microbiológico de Canarias). Las variables analizadas fueron: número de casos confirmados, descartados y compatibles, fecha de inicio de los síntomas, isla de declaración, antecedentes de vacunación con triple vírica o sarampión monovalente y muestras obtenidas.

**Resultados:** Durante el periodo analizado se notificó un total de 114 casos de los que 106 (93%) fueron clasificados por laboratorio (67% descartados y 33% confirmados). Tres personas quedaron como compatibles al negarse los afectados a que se les realizaran las pruebas de confirmación. Se verificaron 4 brotes epidémicos, 2 en 2006, uno de ámbito comunitario en la isla de Gran Canaria y otro de ámbito familiar en la isla de Tenerife, con 3 hermanos, turistas alemanes, afectados. Los otros 2 se verificaron en el mes de abril de 2010, uno en la isla de Fuerteventura con 3 casos vinculados epidemiológicamente y otro en la de Lanzarote, de ámbito familiar, con 2 casos. Durante el periodo analizado, el mayor volumen de procesos se notificó en el año 2006 (36) y en 2010 (16), años en los que se verificaron los brotes señalados.

**Conclusiones:** El escaso porcentaje de casos sin clasificar, y siempre por negativa de los afectados a colaborar, refuerza el buen funcionamiento del Sistema de Vigilancia. Por otro lado, el bajo número de procesos confirmados verificados en los brotes nos indica lo acertado de las medidas adoptadas y la existencia frente a esta enfermedad de una buena inmunidad colectiva en Canarias.

### 193. VIGILANCIA DE LA GRIPE ESTACIONAL DURANTE LA TEMPORADA 2010-2011 EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

J. Delgado de los Reyes<sup>a</sup>, M. Martín Sierra<sup>b</sup>, M. Arencibia Jiménez<sup>a</sup>, J. Barreto Calle<sup>a</sup>, E. Carmona Martí<sup>b</sup>, E. Banqueri Guerrero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital General Universitario de Elche; <sup>b</sup>Conselleria de Sanitat, Direcció General de Salut, Valencia.

**Antecedentes/Objetivos:** La vigilancia de la gripe estacional en la Comunidad Valenciana se realiza a través del Sistema de Análisis de la Vigilancia Epidemiológica (AVE), que cuenta con la declaración individual de todos los casos con sospecha clínica de enfermedad gripal procedentes del Sistema de Información Ambulatoria (SIA). Esta vigilancia se ve reforzada a través de la red microbiológica (RedMIVA), la cual centraliza la información con los resultados microbiológicos de los laboratorios de microbiología del sistema sanitario valenciano, confirmando el virus por tipo y subtipo.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo de los casos notificados bajo sospecha por infección del virus de la gripe notificados en SIA, por otra parte se reunió la información de los casos confirmados por laboratorio en RedMIVA. El periodo de estudio comprende las semanas 48/2010 a 7/2011.

**Resultados:** Entre la semana 48/2010 (22 a 28 de noviembre) y 7/2011 (14 a 19 de febrero) se notificaron a través de SIA 44.069 episodios de gripe con una tasa acumulada para este periodo de 914,74 casos por 105 habitantes (tabla 1). La frecuencia de los casos confirmados por laboratorio ha tenido un incremento semejante al notificado en SIA, siendo el pico de la curva epidémica de la semana 2/2011 (10 a 16 de enero) a la semana 4/2011 (24 a 30 de enero), con un total de 176 casos.

**Tabla 1.**

Características de los casos notificados bajo sospecha por atención primaria SIA de la semana 48/2010 a 7/2011

	Casos	Tasa de incidencia
Sexo		
Hombre	21.392	871,4
Mujer	22.677	919,0
Grupos de edad en años		
< 4	4.528	1.783,8
5-14	12.596	2.709,4
15-64	25.043	734,9
> 64	1.902	239,0
Provincia		
Alicante	12.750	702,7
Castellón	6.048	1.098,8
Valencia	25.271	1.029,4
Total	44.069	914,74

El microorganismo confirmado con más frecuencia ha sido el virus AnH1N1 (76,9%), seguido del virus influenza tipo B (9,2%). El virus de influenza A tuvo menor frecuencia (8,6%); por último, el virus de influenza sin subtipar se ha confirmado con cifras menores (5,7%).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos de SIA y RedMIVA muestran un paralelismo en su comportamiento, teniendo la mayor frecuencia de notificación y confirmación entre las semanas 2/2011 y 5/2011, con un dominio del virus AnH1N1, seguido del virus B. Es importante conocer las características de la curva epidémica no solo para ubicar el estado de la temporada actual, sino también para planificar las actividades de promoción dirigidas a la población vulnerable en campañas futuras.

### 212. ORIGEN Y CONSECUENCIAS DE LOS ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO EN CASTILLA Y LEÓN (2010)

E.M. Vián González, M.L. Mateos Baruque, M. Gil Costa, T. Vega Alonso, J.E. Lozano Alonso

Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, Registro de Enfermería.

**Antecedentes/Objetivos:** Los accidentes domésticos y de ocio suponen un importante problema de salud pública, ocasionando eleva-

dos costes humanos y económicos, especialmente en niños y personas mayores. Los objetivos de este estudio son determinar el origen del accidente, sus consecuencias (secuelas y cambios de actitud) y la atención sanitaria recibida tras el mismo en Castilla y León durante 2010

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo realizado por el Programa del Registro de Enfermería de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (2010) en el que participaron 125 enfermeros/as de forma voluntaria. La declaración fue semanal y confidencial. Se incluyeron: accidentes en el hogar y aledaños y como consecuencia de actividades de ocio y deportivas no profesionales. Se excluyeron: accidentes laborales, de tráfico, suicidios, derivados de situaciones violentas y accidentes deportivos federados. Se analizó el motivo, las consecuencias y la actitud tras el accidente y la atención sanitaria recibida. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

**Resultados:** En el 55,3% el motivo del accidente fue el azar. Otros motivos fueron la imprudencia (30,7%), la distracción (23%), los problemas físicos/psíquicos (6,3%) y la intervención de una segunda persona (2,7%). Después del accidente, un 26,5% no refirió secuelas y entre las personas que tuvieron secuelas el dolor fue la más común (35,8%), seguido de cicatrices (30,9%) e inflamación (19,3%). El 52,7% no refirió ningún cambio de actitud tras el accidente mientras que el 27,2% manifestó temor, el 21,6% un cambio de hábitos y el 8,6% una mayor vigilancia a menores, mayores y discapacitados. En cuanto a la atención sanitaria inmediata, el 88,7% acudió al centro de salud o al servicio de urgencias de atención primaria y el 10% necesitó ingreso hospitalario. Tres pacientes fallecieron. El 39,2% de los accidentados fue atendido solamente por personal de enfermería sin personal médico y el 55,2% de manera conjunta. En cuanto a la atención de enfermería, el 70,8% recibió cura y desinfección de las heridas, el 40,1% educación para la salud, el 21,5% necesitó puntos de sutura y el 20,1% inmovilización.

**Conclusiones:** Aunque el motivo del accidente no pudo ser explicado en más de la mitad de los casos, en un alto porcentaje están implicadas la imprudencia y la distracción. La secuela más importante fue dolor y más de la mitad no adoptó ninguna actitud tras el accidente. La atención sanitaria inmediata se produjo en cerca del 90% en atención primaria y la atención de enfermería más común fue cura y desinfección de heridas.

#### 428. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA LEISHMANIASIS. ¿EDO Y/O CMBD?

A. Estirado, A. Arce, N. García, A. Pérez Meixeira, A. Aragón, M.D. Lasheras, I. Rodero, S. Cañellas, M. Ordobás

*Sección de Enfermedades Transmisibles, Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención, Dirección General de Atención Primaria, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La leishmaniasis es una zoonosis endémica considerada enfermedad de declaración obligatoria (EDO) en determinadas comunidades autónomas desde 1996. El conjunto mínimo básico de datos (CMBD) es un sistema de información nacional de altas hospitalarias. El objetivo de este estudio es valorar las aportaciones de ambos sistemas para la vigilancia de la leishmaniasis en la Comunidad de Madrid (CM).

**Métodos:** Estudio descriptivo de los casos de leishmaniasis EDO y de los detectados en el CMBD entre 2006 y 2009. Se definen los siguientes criterios de inclusión en el análisis del CMBD: residentes en la CM, con leishmaniasis en el diagnóstico principal o cualquiera de los 12 secundarios (códigos CIE 9-MC: 085, 085.0 a 085.5 y 085.9), primer ingreso del periodo (se identifican los reingresos de un mismo paciente por la coincidencia en número de historia clínica, centro hospitalario, fecha de nacimiento y sexo). Se excluyen los registros correspondientes a técnicas especiales y hospitalización de día.

Se describen para ambas fuentes de información y para cada año de estudio el número de casos, la tasa de incidencia (TI) por 100.000 habitantes, la distribución por edad y sexo y la asociación con VIH/sida (códigos 042 y V08 en el diagnóstico principal o en los secundarios).

**Resultados:** Se han registrado 66 casos EDO de leishmaniasis: 20 en 2006 (TI: 0,33), 15 en 2007 (TI: 0,25), 16 en 2008 (TI: 0,26) y 15 en 2009 (TI: 0,23). El porcentaje de hombres por año de estudio ha sido de 75,0 en 2006, 80,0 en 2007, 68,8 en 2008 y 66,7 en 2009, el porcentaje de menores de 5 años ha sido de 30,0, 20,0, 0,0 y 20,0, y el porcentaje de casos con VIH/sida ha sido de 10,0, 13,4, 12,6 y 26,8. En el CMBD se han identificado 299 casos de leishmaniasis: 103 en 2006 (TI: 1,71), 71 en 2007 (TI: 1,17), 60 en 2008 (TI: 0,96) y 65 en 2009 (TI: 1,02). El porcentaje de hombres por año de estudio ha sido de 79,6, 77,5, 81,7 y 63,1, el porcentaje de menores de 5 años ha sido de 12,6, 9,9, 13,3 y 9,2 y el porcentaje de casos con VIH/sida ha sido de 40,7, 36,6, 30,0 y 30,7.

**Conclusiones:** El sistema EDO subestima la incidencia de la enfermedad, sobre todo en adultos con VIH/sida. El CMBD ayuda a caracterizar los grupos de población, pero la falta de información sobre riesgos ambientales y la demora en su disponibilidad dificultan las medidas de control. La posibilidad de incorporar de forma inmediata los códigos de leishmaniasis del CMBD como una alerta en el sistema EDO optimizaría los circuitos de notificación aumentando su exhaustividad y su oportunidad en el tiempo.

#### 462. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, PERÍODO 2008-2010

M.A. Gutiérrez Rodríguez, M. Ordobás Gavín, E. Córdoba Deorador, M.L. Martínez Blanco, M.D. Lasheras Carbajo, J.C. Sanz Moreno, A. Arce Arnáez

*Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** En noviembre de 2006 se incluyó la vacuna neumocócica conjugada heptavalente (VNC7) en el calendario de vacunaciones infantiles de la Comunidad de Madrid y en febrero de 2007 se incluyó la enfermedad neumocócica invasora (ENI) como enfermedad de declaración obligatoria (EDO). En junio de 2010 se cambió la VNC7 por la vacuna conjugada trecevalente (VNC13). El objetivo del estudio es describir la evolución y las características epidemiológicas de la enfermedad.

**Métodos:** Estudio descriptivo de los casos de ENI residentes en la Comunidad de Madrid, registrados en el sistema EDO, con inicio de síntomas en el período 2008-2010. La definición de caso de ENI requiere la identificación del patógeno en un sitio normalmente estéril. Se calculan tasas anuales por cien mil habitantes, letalidad y distribución de serotipos.

**Resultados:** En el período de estudio la incidencia de ENI ha sido de 12,07 por cien mil (2008), 10,44 (2009) y 7,14 (2010). La distribución de los casos por grupos de edad ha mostrado un incremento de los mayores de 59 años y especialmente de los mayores de 64 años, con una ligera reducción de los menores de 15 años. Se ha observado una reducción de la incidencia en todos los grupos de edad, especialmente en los menores de 5 años (46,54 en 2008 y 26,81 en 2010). Se ha incrementado la proporción de pacientes con antecedentes patológicos (51,0 vs 35,7%), especialmente de aquellos que presentaban patología respiratoria y cardiaca crónicas. Se ha reducido la letalidad (7,4 vs 8,3%). Los serotipos más frecuentes han sido el 1, 19A y 7F. Se ha observado una reducción importante del serotipo 5 (8,5% en 2008 y 1,4% en 2010). La proporción de serotipos incluidos en la VNC7 ha sido del 12,1, 9,6 y 7,0%, respectivamente en

2008, 2009 y 2010, siendo estos valores de 56,3, 56,3 y 56,1% para los serotipos incluidos en la VNC13 pero no en la VNC7. En los menores de 5 años la proporción de serotipos incluidos en la VNC7 ha pasado del 3,1% en 2008 al 2,3% en 2010, siendo la incidencia de ENI por dichos serotipos de 1,18 y 0,55, respectivamente. No se ha registrado ningún fracaso vacunal de VNC7 en niños correctamente vacunados pertenecientes a la cohorte en la que se recomienda la vacunación.

**Conclusiones:** Se ha reducido la incidencia y la letalidad de la enfermedad, así como la proporción y la incidencia de ENI por serotipos incluidos en la VNC7. La efectividad de la VCN7 ha sido elevada, con un importante efecto de inmunidad de grupo. La nueva VCN13 cubre un alto porcentaje de los serotipos identificados en nuestro medio.

#### 472. CASOS GRAVES DE GRIPE EN LA COMUNIDAD DE MADRID, TEMPORADA 2010-2011

M.A. Gutiérrez Rodríguez, S. Jiménez Bueno, F. Martín Martínez, M.L. Martínez Blanco, A. Arce Arnáez, S. Cañellas Llabrés, M. Ordoñas Gavín

*Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** Tras la pandemia por virus AnH1N1 persiste la necesidad de mantener una vigilancia de los casos graves. El objetivo de este estudio es describir las características clínico-epidemiológicas de los casos graves de gripe registrados en la Comunidad de Madrid en la temporada 2010-2011.

**Métodos:** Se consideran casos graves de gripe a aquellas personas que presentan un cuadro clínico compatible con gripe, que requieren ingreso hospitalario por la gravedad del cuadro clínico que presentan (neumonía, fallo multiorgánico, shock séptico o ingreso en UCI) o que desarrollan el cuadro anterior durante su ingreso hospitalario por otro motivo, y que presentan confirmación por laboratorio. Esta temporada la vigilancia se ha circunscrito a 3 de los principales hospitales de la Comunidad de Madrid.

**Resultados:** En la temporada 2010-2011 (hasta la semana 18) se han registrado 122 casos graves de gripe, de los que 11 han fallecido. El 60,7% de los casos eran varones. La media de edad de los casos ha sido de 35 años, el 36,1% tenía menos de 15 años y el 16,4% tenía más de 64 años. El 72,3% de los pacientes presentaba factores de riesgo para la enfermedad, siendo el principal factor registrado la enfermedad respiratoria crónica (29,5%), seguido de la inmunodeficiencia (17,2%), la diabetes (16,4%), la enfermedad cardíaca crónica (15,6%) y la enfermedad renal crónica (12,3%). Cinco pacientes estaban embarazadas. La complicación más frecuente presentada por los pacientes ha sido la neumonía (68,9%), seguida del SDRA (21,3%). El 17,2% de los pacientes había recibido vacuna de la gripe estacional de la temporada 2010-2011, el 11,5% vacuna monovalente de gripe pandémica la temporada 2009-2010 y el 7,4% ambas vacunas. El 89,3% de los pacientes recibió tratamiento antiviral. El 31,1% de los pacientes requirió ingreso en UCI (38 pacientes), de los que el 84,2% presentaba factores de riesgo, el 71,1% tuvo neumonía y el 94,7% recibió tratamiento antiviral. Los virus identificados esta temporada han sido AnH1N1 (88,5%), B (9,0%), AH3N2 (1,6%) y A sin subtipar (0,8%). Las semanas con mayor n.º de casos han sido la semana 1 de 2011 y la semana 52 de 2010.

**Conclusiones:** El principal virus identificado en los casos graves de gripe ha sido el virus pandémico. Un elevado porcentaje de casos presentan factores de riesgo (especialmente los que requirieron ingreso en UCI), pero menos del 20% estaban vacunados. El pico de la epidemia esta temporada se ha producido a finales/inicio de año. Es necesario mejorar la vacunación de los grupos de riesgo.

#### 532. ASMA EN ATENCIÓN PRIMARIA: RED DE MÉDICOS CENTINELA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2009

J.L. Cantero Real, J.I. Cuadrado Gamarra, L. Díez Gañán, H. Ortiz Marrón, J. Sánchez Díaz

*Servicio de Epidemiología, Dirección General de Atención Primaria, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** El asma es causa de gran demanda sanitaria en atención primaria, especialmente en la infancia y adolescencia. En la Comunidad de Madrid existe un sistema de vigilancia epidemiológica, encargado de recoger, analizar y divulgar información sobre esta enfermedad. El objetivo de este estudio fue estimar su incidencia en atención primaria, describir el patrón temporal y diversas características ligadas a la persona y a la enfermedad.

**Métodos:** La Red de Médicos Centinela es la fuente de información utilizada para la recogida de casos, compuesta en el momento del estudio por 90 médicos generalistas y 30 pediatras. Se considera crisis de asma el episodio recurrente de obstrucción bronquial con uno de los siguientes criterios: prueba de función pulmonar que muestra obstrucción variable aliviada con broncodilatadores, y/o dos de estos tres síntomas respiratorios: sibilancias, tos seca o espiración prolongada. Se describen los resultados de la información recogida en el año 2009, estimando la frecuencia de la demanda en base a la población asignada a cada médico y ponderada por la cobertura de notificación. También se analiza la evolución de las crisis asmáticas en el período 1993-2009.

**Resultados:** La incidencia de personas con algún episodio de asma fue en el año 2009 de 2,5 por 100 habitantes en los menores de 15 años, y de 0,5 en los mayores de 14. En la infancia y adolescencia la demanda es más frecuente en los chicos que en las chicas y a partir de las edades medias de la vida esta relación se invierte. Se observa un patrón estacional con un gran incremento de las crisis en primavera, coincidiendo con la eclosión de polen de gramíneas al ambiente; en los meses de verano se produce un descenso, para aumentar posteriormente en septiembre y manteniéndose más estable, aunque con irregularidad, durante los meses de invierno. Del total de crisis, un 89,3% fueron el único episodio, mientras que el 10,7% fueron crisis repetidas. Respecto a la tendencia, se observa un incremento relativo del 6% anual desde 1993 hasta el año 2000, a partir del cual se inicia un descenso promedio del 7% anual hasta 2005, estabilizándose en 2006 y manteniéndose hasta 2009.

**Conclusiones:** El asma supone un motivo frecuente de consulta en atención primaria, especialmente en los menores de 15 años. El patrón estacional sugiere una fuerte asociación con factores desencadenantes de origen ambiental. También observamos la estabilización de la demanda desde el año 2006 hasta la actualidad.

#### 537. SEROPREVALENCIA DE HEPATITIS B EN LA COMUNIDAD DE MADRID. IV ENCUESTA DE SEROVIGILANCIA, 2008-2009

A.M. Pedraza, L. Gutiérrez, L. García-Comas, J. García-Gutiérrez, M.A. Gutiérrez, M. Ordoñas

*Servicio de Epidemiología, Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención, Dirección General de Atención Primaria, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es un importante problema de salud pública, susceptible de eliminación gracias a la existencia de una vacuna de alta efectividad. En la Comunidad de Madrid (CM) se incluyó la vacunación contra VHB de manera sistemática en el recién nacido en 1994 y en 1996, de forma transitoria, a los 11 años. El objetivo del presente estudio es estimar la



prevalencia y evolución de infección de VHB en la población de 16 a 80 años de la CM.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. El marco muestral son las personas de 16 a 80 años residentes en la CM, que acudieron a centros de extracción del SERMAS, en 2008-2009. Se realizó un muestreo por conglomerados, bietápico, estratificado por condición socioeconómica y porcentaje de población inmigrante. Se estimó la prevalencia (%) de infección por VHB, de portadores y de inmunidad vacunal y se investigó la relación con factores sociodemográficos. Se compararon estos resultados con los de la III Encuesta (1999). Las estimaciones se llevaron a cabo mediante un modelo de regresión logística con un nivel de confianza del 95%.

**Resultados:** La prevalencia de infección por VHB fue de 11,1 (9,8-12,3), siendo mayor en hombres que en mujeres (OR: 1,5 [1,2-2,0]) y en población procedente de otros países (OR: 2,3 [1,6-3,2]). La prevalencia aumentó con la edad, alcanzando un máximo en el grupo de 61-80 años (23,0 [19,5-26,1]). La prevalencia fue menor que la observada en la encuesta anterior (OR: 0,7 [0,5-0,9]). La prevalencia de portadores fue 0,7 (0,4-1,0). Se observó un incremento con la edad hasta alcanzar el máximo en el grupo de 41-60 años (1,1 [0,3-1,8]), con un descenso en el grupo de 61-80 años. La proporción de portadores que declaró tener antecedente de VHB fue 36,6 (13,8-59,3). La prevalencia de portadores no mostró cambios en relación con la encuesta anterior. La prevalencia de inmunidad vacunal en la población de 16 a 20 años (vacunados a los 11 años) fue 71,2 (67,8-74,7%), siendo menor en la población procedente de otros países (OR: 0,2 [0,1-0,3]).

**Conclusiones:** La prevalencia de infección por VHB en 2008-2009 fue menor que la declarada en previos estudios a nivel nacional (1996) y en otros países de nuestro entorno. La prevalencia de inmunidad vacunal obtenida es compatible con una menor cobertura vacunal a los 11 años de edad y la disminución de la capacidad de detección de anticuerpos con el tiempo. La elevada proporción de portadores que no declaran tener antecedente de VHB sugiere la necesidad de fortalecer las medidas de educación sanitaria.

## 562. INCIDENCIA DE LA VARICELA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑOS 2001-2010

L. Gutiérrez, A.M. Pedraza, S. Cañellas, L. García-Comas, A. Arce, M. Ordobás

*Servicio de Epidemiología, Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención, Dirección General de Atención Primaria, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La incorporación de la vacuna frente a varicela en el calendario de vacunación infantil en el año 2006 ha producido un importante descenso en la incidencia de esta enfermedad. El presente estudio tiene como objetivo describir el patrón de presentación de la varicela en el período vacunal (2007-2010) y compararlo con los años previos a la vacunación.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. La fuente de datos es la Red de Médicos Centinela de la CM. Esta red está conformada por 95 médicos de familia y 31 pediatras seleccionados según variables socioeconómicas, sociodemográficas y culturales de la población que atienden. Esta muestra representa un 3% de la población de la CM. Se ha estimado la incidencia de varicela (casos por 100.000 habitantes) en 3 períodos: 2001-2003 (prevacunal), 2004-2006 (vacuna en farmacias) y 2007-2010 (vacunación sistemática). Se ha comparado la incidencia por grupo de edad y sexo en los 3 períodos mediante el riesgo relativo (RR), con un nivel de confianza del 95.

**Resultados:** La incidencia en el período 2007-2010 fue de 722,01 (660,71-783,30), cifra menor que la observada en el período 2004-2006 (1.240,81 [1.192,83-1.288,78]) y 2001-2003 (1.543,14 [1.494,34-

1.591,94]). La menor incidencia se ha observado en el año 2010 (241,39 [210,43-272,35]). El riesgo de presentar la enfermedad en el período vacunal con respecto al período prevacunal es de 0,34 (0,32-0,37). Se observa una pérdida del patrón estacional a partir del año 2008. La incidencia ha disminuido en todos los grupos de edad. La mayor disminución se ha observado en el grupo de 0-4 años, con una incidencia de 2.923,46 (2.700,23-3.152,70) en el período vacunal frente a 8.822,12 (8.871,77-9.172,47) en el período prevacunal. Se observa una disminución paulatina de la transmisión en las escuelas infantiles.

**Conclusiones:** En los años posteriores a la inclusión de la vacunación sistemática frente a varicela se observa una disminución de la incidencia de esta enfermedad en todos los grupos de edad, especialmente en el grupo diana de la vacuna. Esta disminución es atribuible al efecto directo de la vacuna y a la inmunidad de grupo. Es necesario mantener una vigilancia continuada de esta enfermedad con el fin de detectar cambios en el patrón de presentación de los casos y en la efectividad de la vacuna.

## 563. INCIDENCIA DEL HERPES ZOSTER EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑOS 2001-2010

L. Gutiérrez, A.M. Pedraza, S. Cañellas, L. García-Comas, A. Arce, M. Ordobás

*Servicio de Epidemiología, Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención, Dirección General de Atención Primaria, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La incorporación de la vacuna frente a varicela en el calendario de vacunación infantil en el año 2006 y la consiguiente disminución de la incidencia de esta enfermedad en la población podría modificar las características epidemiológicas del herpes zoster. El presente estudio tiene como objetivo describir el patrón de presentación del herpes zoster en el período vacunal (2007-2010) y compararlo con los años previos a la vacunación.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. La fuente de datos es la Red de Médicos Centinela de la CM. Esta red está conformada por 95 médicos de familia y 31 pediatras seleccionados según variables socioeconómicas, sociodemográficas y culturales de la población que atienden. Esta muestra representa un 3% de la población de la CM. Se ha estimado la incidencia de herpes zoster (casos por 100.000 habitantes) en 3 períodos: 2001-2003 (prevacunal), 2004-2006 (vacuna en farmacias) y 2007-2010 (vacunación sistemática). Se ha comparado la incidencia por grupo de edad y sexo en los tres períodos mediante el riesgo relativo (RR), con un nivel de confianza del 95.

**Resultados:** La incidencia en el período 2007-2010 fue de 385,76 (365,02-406,50), cifra mayor que la de los períodos 2001-2003 (282,35 [261,34-303,36]) y 2004-2006 (327,56 [302,79-352,32]). La mayor incidencia se ha observado en el año 2010 (419,59 [378,81-460,36]). El riesgo de presentar la enfermedad en el período vacunal con respecto al período prevacunal es de 1,4 (IC: 1,4-1,5). No se ha observado patrón estacional ni cíclico en el período estudiado. No se observaron diferencias en la distribución etaria. La mayor incidencia se presentó en los mayores de 45 años, siendo la incidencia más alta en el grupo de 75 a 84 años. La incidencia fue mayor en mujeres (381 casos/100.000) que en hombres (291 casos/100.000) en todo el período.

**Conclusiones:** Se observa una tendencia creciente de la incidencia de herpes zoster, sin cambios en su distribución por sexo y edad. Es necesario continuar con la vigilancia de esta enfermedad para detectar posibles cambios en su patrón de presentación después de la introducción de la vacuna y valorar las estrategias de vacunación frente al herpes zoster en el futuro.

## 707. EPIDEMIOLOGÍA DE LA FIEBRE EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA EN EL PERÍODO 2005 A 2009

T. López-Cuadrado<sup>a</sup>, D. Gómez-Barroso<sup>a,b</sup>, L.P. Sánchez Serrano<sup>a,b</sup>, I. Jado García<sup>c</sup>, M.O. Díaz García<sup>a</sup>, P. Anda Fernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; <sup>b</sup>CIBER Epidemiología y Salud Pública; <sup>c</sup>Centro Nacional de Microbiología, ISCIII.

**Antecedentes/Objetivos:** La fiebre exantemática mediterránea (FEM) o botonosa fue descrita en 1910 por Conor y Bruch en Túnez. Hubo que esperar más de 20 años para asociar su transmisión a la garrapata del perro (*Rhipicephalus sanguineus*), que la transmite al picar, e identificar al agente etiológico, denominando *Rickettsia conorii* (1945, Brumpt). El reservorio habitual es el perro parasitado por el vector (*R. sanguineus*). En la garrapata la transmisión puede ser transestadial y transovarica, lo que permite que perdure a lo largo del tiempo la infección. Se han descrito casos en la cuenca del Mediterráneo. En España FEM es enfermedad de declaración obligatoria desde 1982. En 1995 el RD 2219/1995, por el que se crea la RENAVE, incluye la FEM como enfermedad endémica regional. El objetivo de este estudio es conocer la pauta de presentación de la enfermedad y definir las características de los pacientes.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los casos de fiebre exantemática declarados de forma individualizada y numérica al sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) desde el año 2005 a 2009. Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas y patrón de presentación de la enfermedad.

**Resultados:** Se registraron en el periodo de estudio 625 casos. La enfermedad aparece más frecuentemente en varones (63%), con una razón de masculinidad de 1,7. Los grupos de personas adultas son los más afectados, con una edad media de 45 ± 23 años. Sin embargo, cabe destacar que más del 25% son mayores de 60 años y que hay un 10% de niños por debajo de 10 años. La serie presenta una marcada estacionalidad con picos en el periodo cuatrisesemanal 8-9 (agosto-septiembre). La enfermedad se distribuye a lo largo de la cuenca mediterránea y centro de la península.

**Conclusiones:** La fiebre exantemática mediterránea es la zoonosis que mayor número de casos presenta en España dentro de las transmitidas por vectores. Las personas afectadas son mayoritariamente varones en edad laboral. La enfermedad presenta un componente estacional que va de finales de julio a septiembre conforme con la biología del vector. De acuerdo con las conclusiones anteriores, la fiebre exantemática mediterránea constituye un problema de salud pública en España.

## 800. YERSINIA ENTEROCOLITICA EN CASTELLÓN. INCIDENCIA 2006-2010 Y EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR. EDICS

A. Yagüe-Muñoz, J.B. Bellido-Blasco, J.A. López-Portoles, E. Silvestre-Silvestre, I. Ballester-Rodríguez

Laboratorio de Microbiología, Hospital de la Plana; Servicio de Epidemiología, Centro de Salud Pública, Castellón; Centro Nacional de Microbiología, Madrid; CIBERESP; Estudio Diarrea Infecciosa en Castellón (EDICS).

**Antecedentes/Objetivos:** La epidemiología de gastroenteritis por *Y. enterocolitica* es poco conocida España. En enero de 2006 iniciamos la vigilancia epidemiológica de los casos en a partir de datos de laboratorio. Los primeros resultados fueron comunicados en reunión de la SEE en 2008. Describimos aquí la actualización de resultados hasta diciembre de 2010 en un área de Castellón, incorporando resultados de epidemiología molecular.

**Métodos:** Casos con coprocultivo positivo identificados en el laboratorio del Hospital de la Plana, Departamento 3 de Castellón (aprox. 180.000 habitantes). Serotipado de las cepas en el Centro Nacional de

Microbiología, y desde 2007 se aplicaron técnicas de biología molecular para determinar pulsotipos (PFGE). Los casos fueron encuestados telefónicamente sobre síntomas y factores de riesgo.

**Resultados:** Se han diagnosticado 99 casos. Solo 5 fueron hospitalizados. La incidencia anual promedio fue de 11 por 100.000 habitantes. La mayor incidencia se dio en niños de 1-4 años (156,5 por 100.000, 62 casos) seguida por los menores de 1 año (69,4 por 100.000, 7 casos), centrados en los meses fríos del año. De la totalidad de casos, el 57,6% eran mujeres y el 84% menores de 5 años; el rango de edad, de 0,6 a 90 años. Los síntomas fueron diarrea (entre 1 y más de 20 deposiciones), dolor abdominal, vómitos y fiebre. La duración de los síntomas tuvo un promedio de 2 semanas. Las cepas serotipadas pertenecieron al serotipo O:3 biotipo 3, excepto una O:9. Se diferenciaron hasta 24 pulsotipos agregables en 8 "clusters" de distancias menores al 97%, algunos de ellos mayoritarios. Los dos brotes detectados ya fueron descritos anteriormente, no se han detectado nuevos brotes pero sí agregaciones aparentes que no fueron confirmadas por el pulsotipo.

**Conclusiones:** La incidencia de *Y. enterocolitica* en nuestra área es mayor de la reportada en otros lugares. El patrón epidemiológico encontrado confirma el observado anteriormente: mayor incidencia en niños pequeños y en los meses fríos; mayoría de casos esporádicos no hospitalizados, junto a algunas agregaciones espaciotemporales. La epidemiología molecular permitió descartar una sospecha de brote y conocer mejor la distribución de cepas en Castellón.

## 841. INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDÍACA

N. García-Arenzana, L. Carreño, O. Ayala, C. Sánchez, A. Mariano

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** Las infecciones de la herida quirúrgica, tanto superficial como la mediastinitis, son una importante complicación de la cirugía cardíaca, aumentando costes y estancia hospitalaria, así como morbilidad y mortalidad en los pacientes intervenidos. Se ha demostrado que una profilaxis antibiótica y medidas perioperatorias adecuadas pueden reducir la incidencia de infección en más de un 50%. Objetivo: Estimar la incidencia de infección de la herida quirúrgica en pacientes sometidos a cirugía cardíaca con revascularización coronaria en el Hospital Clínico San Carlos (HCSC) mediante el análisis de los datos aportados por la vigilancia prospectiva implantada por el Servicio de Medicina Preventiva, así como describir las características epidemiológicas y clínicas de los casos de infección.

**Métodos:** Estudio prospectivo de todas las cirugías cardíacas con revascularización coronaria realizadas entre el 1 de enero de 2009 y el 4 de octubre de 2010 en el HCSC. Se definió como infección de la herida quirúrgica la presencia de signos clínicos de infección de la herida (con o sin cultivo positivo) según los criterios publicados por el CDC en 1996.

**Resultados:** Durante el periodo estudiado, del total de las 219 cirugías cardíacas de revascularización miocárdica, hubo una incidencia de infección de herida quirúrgica de 3,65% (8). En cuanto a las características de los pacientes con infección de la herida quirúrgica, el 75% fueron hombres y un 25% mujeres. La edad media de los infectados fue de 68,9 (8,8) años, con una estancia hospitalaria media de 30,0 días (12,1). El tipo de infección fue superficial en un 87,5% (3), profunda en un 12,5% (1) y no hubo ningún caso de infección órgano-espacio. En un 25% de los casos (2) de infección la profilaxis antibiótica no se realizó adecuadamente, en uno por duración inadecuada y en el otro por uso de antibiótico inadecuado.

**Conclusiones:** La incidencia de infección de la herida quirúrgica tras cirugía cardiaca de revascularización ha sido del 3,65% a lo largo del periodo estudiado, inferior a la incidencia en hospitales de nuestro medio, que es del 6,5% según datos del programa INCLIMEC. El porcentaje de profilaxis prequirúrgica adecuada es alta en nuestro hospital, superior al 95%. Cabe destacar que la profilaxis fue inadecuada en un 3,91% de los que no desarrollaron infección de la herida quirúrgica frente al 25% de los que sí se infectaron. La estancia hospitalaria media se alargó considerablemente en los pacientes que sufrieron infección de la herida quirúrgica con respecto a los no infectados.

#### **946. NACIMIENTOS Y MUERTES A TIEMPO REAL PARA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA: VALIDACIÓN DE FUENTES ALTERNATIVAS**

R. Gènova, J. Astray, M. Esteban, M.F. Domínguez, D. Iniesta, L.M. Blanco, E. Barceló, B. Ferro

*Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los registros de nacimientos y defunciones requieren un tiempo de consolidación estadística que los hace ineficaces para determinadas funciones habituales en salud pública: planificación del número de vacunas a administrar, mortalidad en tiempo real por efectos ambientales (p. ej., olas de calor, episodios de contaminación) o de otro tipo, etc. Por ello es necesario recurrir a fuentes alternativas, que es necesario validar. **Objetivo:** Validación del registro de metabopatías de la Comunidad de Madrid (CM) y del registro de defunciones notificadas por las empresas funerarias con actividad en la CM.

**Métodos:** Fuentes: registro de metabopatías de la Comunidad de Madrid; registro de defunciones notificadas por las empresas funerarias con actividad en la CM (TANATOS); registros oficiales de nacimientos y defunciones (movimiento natural de población [MNP]) del Instituto de Estadística de la CM (IECM). Se ha realizado la carga, tratamiento, cruce y validación de datos para los ficheros de metabopatías en relación con el registro de nacimientos del IECM de los años 2005 al primer trimestre de 2010, y para los ficheros de TANATOS en relación con el registro de defunciones del IECM de los años 2000 al primer trimestre de 2010. El proceso se ha realizado en ambos casos mediante el cotejo automatizado de las variables comunes a las respectivas fuentes, incluyendo literales, al no contar con un número de identificación único.

**Resultados:** Los ficheros numéricos (sin identificación de personas) de TANATOS (la mayoría de años por encima del 96%) y, especialmente, de metabopatías (virtualmente 100%) se aproximan notablemente al número total de nacidos y muertos del registro civil. El registro de metabopatías contiene un 96,0-97,5% (según el año) de identificaciones personales con el registro de nacimientos del IECM. La proporción aumenta con el tiempo. En el caso de las defunciones, el número de identidades coincidentes entre TANATOS y el registro de mortalidad del IECM oscila entre el 85,1% (año 2001) y el 95,5% (años 2007 y 2008); en 2010/1.º trimestre es del 95,3%.

**Conclusiones:** El cruce de las bases ha permitido valorar la calidad y exhaustividad de los datos procedentes de dos fuentes de información de gran valor para la salud pública, en la medida que por estar disponibles prácticamente en tiempo real permiten conocer el número y algunas características principales de los nacidos y fallecidos en la Comunidad de Madrid. Algunas mejoras en la recogida de información de estas fuentes alternativas mejorarían aún más la calidad de las mismas.

Financiación: Fondos de Cohesión del Sistema Nacional de Salud (convocatoria 2010).