

XXX REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA

Epidemiología en tiempos de crisis: haciendo sostenible el sistema de salud

Santander, 17-19 de octubre de 2012

COMUNICACIONES ORALES I (10 MINUTOS)

Miércoles, 17 de octubre de 2012. 09:00 a 11:00 h

Sala Pedro Salinas

Brotos epidémicos

Moderador: Juan Bellido Blasco

38. DESCRIPCIÓN DE LOS BROTES DE TRIQUINELOSIS DETECTADOS EN ESPAÑA (2000-2011)

M. Rossi, N. López, E. Rodríguez de las Parras, J. Donado, D. Gómez, F. Simón, T. Gárate-Ormaechea

PEAC, Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III; Servicio de Parasitología, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: La triquinelosis (Tq) es una nematodosis de distribución mundial producida por *Trichinella* spp y transmitida por el consumo de carnes crudas o poco cocinadas. El objetivo del presente trabajo es el de describir las características epidemiológicas, fuentes de infección, distribución geográfica y especies implicadas en los brotes de Tq humana de España (2000-2011).

Métodos: En el estudio descriptivo se utilizó la información de los casos (Registro del Servicio de Parasitología, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III [CNM-ISCI]), los resultados del examen parasitológico de los cárnicos consumidos, la serología de los casos (IFI y/o ELISA) y la identificación molecular de las especies de *Trichinella* por RAPD, Western-blot y PCR. Las tasas se calcularon con la información demográfica de Instituto Nacional de Estadística.

Resultados: El CNM-ISCI estudió 30 brotes de Tq humana en el 2000-2011. El año 2006 acumuló el mayor número de brotes (5/30), seguido del 2007 (4/30). Las CCAA más afectadas fueron Castilla La Mancha con un 30% (9/30) de los brotes, Castilla y León con un 20% (6/30), Andalucía, Madrid y Aragón con un 10% (3/30), Extremadura e Islas Baleares con 6,67% (2/30) y La Rioja y País Vasco con un 3,33% (1/30). En el 90% de los brotes (27/30) se estableció la fuente de infección, siendo la carne de jabalí responsable en un 73,91% (17/23), de cerdo en un 8,70% (2/23), cerdo/jabalí en un 8,70% (2/23) y ciervo/jabalí en un 4,35% (1/23). Las cargas parasitarias oscilaron entre 0-70 larvas/g de carne y la serología confirmó 29% de casos (189/653) positivos. La mayor tasa de ataque (16.667 casos \times 100.000 hab.) se registró en febrero de 2004 en el brote de El Atazar (Madrid), seguida por el de Huesca en febrero 2011 (717 \times 100.000), Aínsa (Huesca) en abril de

2009 (269 \times 100.000), Los Navalucillos (Toledo) en marzo de 2003 (154 \times 100.000), y El Escorial (Madrid) en mayo de 2011 (73 \times 100.000). En el 66,7% (20/30) de los brotes se identificó la especie implicada, *T. britovi* (60%) y *T. spiralis* (40%).

Conclusiones: La Tq constituye un problema de salud pública en España, siendo *T. britovi* la más frecuente en los brotes por consumo de carne de jabalí, a diferencia de Italia y Francia. Se requiere una mayor concienciación sobre los riesgos del consumo de carnes de caza o matanza doméstica.

42. BROTE EPIDÉMICO DE SARAMPIÓN EN ANDALUCÍA 2011

J.M. Mayoral, V. Gallardo, M. Pérez, E. Pérez, J.M. Navarro, J. Ruiz

Consejería de Salud de Andalucía; Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: En enero de 2011 un caso de sarampión en un municipio de Sevilla. Durante las siguientes semanas el brote se extendió a otros municipios de Andalucía. El objetivo es describir este brote epidémico y las medidas adoptadas para su control.

Métodos: La definición de caso se estableció según criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio del ECDC. Los casos se identificaron, mayoritariamente, a partir de la historia digital de atención primaria. La confirmación de laboratorio se realizó por IgM específica, seroconversión de IgG, aislamiento del virus y genotipado en el laboratorio de referencia. Se aplicaron medidas de control del Plan de Eliminación del Sarampión en España y Protocolo de sarampión de Andalucía.

Resultados: Se confirmaron 1.759 casos (tasa de ataque de 21 por 10⁵) por un único virus circulante genotipo D4. La edad fue desde 2 semanas a 57 años (media y mediana 16 años). Entre menores de 2 años la tasa superó los 245,5/10⁵. El 76,7% de los casos se presentaron en 14 agrupaciones y el resto fueron casos esporádicos o con escasa difusión en múltiples municipios. Existieron diferencias significativas ($p < 0,0001$) en la edad media, dentro (14,4 años) y fuera (18,6 años) de las agrupaciones. El 19,2% fueron hospitalizados, 74,8% de ellos a partir de 15 años. La tasa más elevada fue entre menores de 2 años (50 por 10⁵) y la mayor virulencia a partir de 29 años (262 ingresos/1.000 casos). La complicación más frecuente fue la neumonía (31,0%). Enfermaron 41 sanitarios, no vacunados. Para el control del brote se adelantó la vacunación con TV a los 12 meses. Se recomendó una dosis entre los 6 y 11 meses de edad con revacunación posterior. Se revisó la vacunación de niños y adolescentes ofertando una dosis de TV cuando no estaban correctamente vacunados. Los casos fueron excluidos temporalmente de centros escolares. Se ofertó la vacuna contactos menores de 40 años no inmunes. Menores de seis meses, embarazadas e inmunodeprimi-

dos fueron tratados con inmunoglobulina inespecífica. A los sanitarios menores 40 años no inmunes se les ofertó la vacuna solicitándoles renuncia escrita cuando no la aceptaron.

Conclusiones: La existencia de grupos susceptibles en barriadas marginales facilitó la aparición y propagación del brote. La notificación y la intervención precoz, limitaron su intensidad y duración. La elevada tasa de ataque en menores de 15 meses motivó adelantar la primera dosis de TV a los 12 meses en el calendario vacunal andaluz. Debe reforzarse la vacunación entre sanitarios por el elevado riesgo de enfermar y de transmisión por este colectivo. Serían de interés estudios de seroprevalencia para identificar poblaciones susceptibles y reorientar estrategias de vacunación.

23. LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS A PACIENTES CON NEUMONÍA POR INFLUENZA A PDM09 (H1N1) EN MÉXICO

T. Mabe, A. Higuera, M.E. Vázquez, L. Alfaro, M.E. Martínez, J. Takasaki, K. Kudo

National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japón; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, México Distrito Federal.

Antecedentes/Objetivos: En adición a los aspectos clínicos y las características del patógeno, la evolución de la enfermedad puede asociarse a las condiciones socioeconómicas afectando la incidencia y la gravedad de la enfermedad, sobre todo en las enfermedades infecciosas emergentes como la neumonía por influenza A (H1N1)09.

Métodos: Una encuesta con entrevista cara a cara, se llevó a cabo en un hospital de la Ciudad de México al momento de la consulta de seguimiento de los pacientes que estuvieron hospitalizados con neumonía viral debido a la pandemia por virus de la Influenza (H1N1)2009. Trescientos dos pacientes fueron incluidos y divididos en dos grupos basados en el periodo de hospitalización. Entre ellos, 211 confirmados positivo para influenza pandémica (H1N1) 2009 a través de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en tiempo real durante el periodo pandémica (Grupo-pdm) y 91 dieron positivo a virus de influenza A en el período post-pandémico (Grupo-post). Todos los sujetos fueron tratados con oseltamivir. No hubo diferencias significativas entre los grupos en términos de nivel educativo y la ocupación. Sin embargo, un análisis detallado acerca de la capacidad socioeconómica considerando los ingresos familiares para pagar los servicios públicos, alimentos y servicios médicos así como las características de la calidad de la vivienda en términos de materiales de construcción y número de habitaciones reveló una diferencia significativa entre los dos grupos, el Grupo-post con un nivel socioeconómico bajo que el Grupo-pdm. El Grupo-post tuvo menor acceso a la información sobre la gripe A (H1N1) 2009 en comparación con el Grupo-pdm.

Resultados: Los resultados indicaron que los sujetos hospitalizados por neumonía viral de influenza tuvieron mayor probabilidad de estar en un estado de pobreza y tuvieron mayor dificultad para recibir la información necesaria. Los posibles factores que influyen en la atención a su salud son el tiempo de demora en la búsqueda de la atención médica, el número de habitaciones del hogar, haber recibido información sobre la necesidad de un rápido acceso a la atención sanitaria, y los materiales de construcción de viviendas.

Conclusiones: El comportamiento de búsqueda de la atención médica de las personas, la pobreza y la difusión de la información entre la población afectada se asocian a la gravedad de la neumonía debido al virus de Influenza A (H1N1)09 desde el punto de vista socioeconómico. Estos factores pueden explicar las formas de presentación de la morbilidad y la mortalidad de la influenza A (H1N1)09 en cada país y región.

Financiación: National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japón.

40. BROTE DE GRIPE AH3 EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS. LECCIONES APRENDIDAS

A. Aznar, R. Rodríguez, J.P. Alonso, C. Compés, M.A. Lázaro, J.I. Gaspar, J. Guimbao

Sección de Vigilancia Epidemiológica, Zaragoza; Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Aragón.

Antecedentes/Objetivos: El 20/02/2012 se comunicó a la Sección de Epidemiología de Zaragoza la existencia de casos de enfermedad respiratoria y aumento de la mortalidad, en residentes de una residencia de ancianos. Al estar en periodo epidémico de gripe por sexta semana en Aragón, se sospechó un brote de gripe. El objetivo es describir la investigación epidemiológica realizada y detectar oportunidades de mejora.

Métodos: El 21/02/2012 se mantuvo una reunión en la residencia con responsables médicos y de dirección para obtener información sobre situación epidemiológica y coberturas de vacunación de gripe en residentes y trabajadores. Se efectuaron recomendaciones de control del brote y se estableció un sistema de vigilancia activa. Se facilitaron 7 hisopos para diagnóstico y caracterización del virus. Se utilizaron dos definiciones de caso: la de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y una definición adaptada a las características propias de mayores institucionalizados. Tras confirmación microbiológica del brote se instauró tratamiento o quimioprofilaxis con oseltamivir. El período epidémico fue de 6/02/2012 a 5/03/2012.

Resultados: Se confirmó etiología del virus de gripe AH3 por PCR en 3 muestras de frotis faríngeo. Cumplieron la definición de caso 63 (86%) residentes y 10 (14%) trabajadores. La tasa de ataque fue 31% en residentes y 5% en trabajadores. El 100% de los residentes tomaron antivirales. Se recomendó quimioprofilaxis a 130 trabajadores, sólo 55 (42,3%) aceptaron tomarla. La tasa de ataque entre trabajadores que tomaron quimioprofilaxis fue 3,6% y entre los que no la tomaron 10,6%, observándose un efecto protector (RR = 2,93 IC95%: 0,64-13,27 p = 0,18). En febrero y marzo fallecieron 16 residentes, 15 en febrero. Comparando las muertes observadas de este mes con las de otros años (media 4,5), la diferencia es estadísticamente significativa (IC95% -0,194-9,194). De los 16 fallecimientos 5 fueron por causas relacionadas con gripe y el resto por otras, sin que pueda descartarse que la gripe contribuyera a sus muertes. Se constató una notificación tardía del brote, por el gran número de afectados (reflejado en curva epidémica). La cobertura vacunal fue del 100% en residentes y baja en trabajadores (< 10%), por dificultades de acceso a la vacuna.

Conclusiones: Brote institucional de gripe por virus AH3. La notificación tardía y los problemas detectados en la vacunación de trabajadores, evidencian la necesidad de adopción de medidas de salud pública en la temporada gripal 2012-2013: informar a las residencias del inicio de periodo epidémico de cara a una detección y notificación precoz, facilitar vacunación a trabajadores y recomendar la adquisición de test rápidos de detección de gripe.

401. BROTE DE GRIPE EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F.J. Conesa Peñuela, V. García Román, J.L. Mendoza García, C.O. Villanueva Ruiz, P. García Shimizu, R. Camargo Ángeles, C. Escrivá Pons, J. Sánchez-Payá

Unidad de Epidemiología, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Uno de los argumentos para recomendar la vacunación antigripal en el personal sanitario, es tratar de evitar la aparición de casos de gripe entre los pacientes que atienden estos. El objetivo del presente trabajo es describir un brote de gripe en pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel durante la Temporada 2011-12.

Métodos: El día 16-02-12 nos informan de la existencia de tres posibles casos de gripe nosocomial en la planta 4ªC. Se realizó la búsqueda activa de casos y seguimiento de todos los pacientes ingresados en ese momento en la unidad. A su vez, se realizó una búsqueda activa de casos (síntomatología compatible con cuadro gripal –fiebre, tos, rino-rrea, etc.–) entre el personal de la unidad. A los casos con sospecha gripe se les solicitó estudio antigénico en lavado nasofaríngeo. A todos los casos sospechosos se les realizó encuesta epidemiológica: fecha de ingreso, motivo de ingreso, fecha de inicio de síntomas, habitación en la cual estuvo ingresado, edad, sexo, si recibió visitas de personas con síntomas compatibles a cuadro gripal, vacunación de la gripe en la temporada actual, síntomas desarrollados, días hasta inicio de la sintomatología desde la fecha de ingreso, resultado estudio de Ag de gripe A y B y si cumplía criterios de gravedad. Se realizó un estudio descriptivo de cada una de las variables.

Resultados: El número de casos entre pacientes ha sido de nueve (cinco confirmados de gripe A y cuatro de sospecha clínica); uno cumplía criterio de caso grave; en todos ellos el motivo el ingreso, no tiene relación con la patología posteriormente desarrollada; el tiempo mediano, tras el ingreso, en aparecer la sintomatología de infección respiratoria fue de 6 días; en dos casos, habían recibido la visita de familiares con sintomatología de infección respiratoria. Se detectaron 12 trabajadores con un cuadro gripal, de estos, 10 eran profesionales que habitualmente desarrollaban su actividad laboral en la 4ªC y dos eran volantes, en 11 de ellos, se realizó determinación de antígenos y dos fueron positivos a gripe A; ninguno de ellos tenía antecedentes de estar vacunado frente a la gripe en la temporada 2011-12.

Conclusiones: Se ha producido una asociación temporo-espacial de casos de gripe en pacientes ingresados en una planta de hospitalización, siendo razonable pensar que el personal sanitario encargado de su atención, se ha comportado como la fuente de infección. Todo el personal sanitario, a excepción de las personas con problemas de salud que lo impidan, deben vacunarse de la gripe en el marco de las campañas de vacunación establecidas en el centro.

41. CLUSTER DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA POR *NEISSERIA MENINGITIDIS* SEROGRUPO C

J.M. Mayoral, M. García, E. Torres, Z. Herrador, J. Guillén, J.C. Carmona

Consejería de Salud de Andalucía; Servicio Andaluz de Salud; PEAC.

Antecedentes/Objetivos: En 2011 se notificó una agrupación de 3 casos de enfermedad meningocócica (EM) por *Neisseria meningitidis* C (NMC) en un municipio de la provincia de Sevilla. El objetivo es describir esta agrupación y las medidas para su control.

Métodos: La definición de caso se estableció según criterios clínicos y de laboratorio del ECDC. La confirmación se realizó por aislamiento y detección del ácido nucleído de NMC en LCR y sangre y el genotipo de la cepa en el laboratorio de referencia. Se consideró población en riesgo a residentes en el municipio durante el cluster y contacto a los convivientes con un caso índice en 10 días anteriores a su hospitalización y sanitarios en contacto directo y sin protección con las secreciones nasofaríngeas del enfermo. Se aplicaron las medidas de control del protocolo enfermedad meningocócica de Andalucía.

Resultados: Del 16 de marzo al 23 de mayo, se produjeron tres casos de sepsis meningocócica, dos mujeres de 33 y 15 años y un varón de 29 años, en un municipio de 21.100 habitantes (tasa de ataque 14,2 por 10⁵) por una misma cepa de NMC, genotipo VR1:5-1;VR2:10-8. Ninguno estaba previamente vacunado. Dos de ellos residían en la misma barriada. Los tres fallecieron tras su ingreso en UCI. En las 24 horas tras la notificación de los casos fueron identificados 56 contactos a los que se administró quimioprofilaxis con rifampicina o ciprofloxacino y vacunación frente a NMC si procedía. Se revisó el estado vacunal en nacidos desde 1998. Las coberturas superaron el 92%. Se recomendó

una dosis de vacuna a menores de 25 años no inmunizada y una dosis adicional a los nacidos entre 2000-2006 vacunados con pauta 2-4-6 meses sin ninguna dosis después del año de edad cumplido. La población fue informada activamente, a través de medios de comunicación local, sobre medidas preventivas, lugares y horarios de vacunación. Un documento informativo sobre EM estuvo accesible en la web de la Consejería de Salud y un teléfono para atender consultas. La campaña de vacunación se organizó con las autoridades locales y centros educativos. Se organizaron sesiones formativas sobre la EM para sanitarios locales. El 49,8% de la población fue inmunizada. La edad media de los casos de EM por NMC en Andalucía en la temporada 2010-2011 fue 34 años.

Conclusiones: El sistema de vigilancia detectó precozmente los casos EM y la circulación de una cepa NMC y facilitó la intervención para el control de esta agrupación. En la agrupación y conjunto de casos notificados en Andalucía, se observa un desplazamiento de la EM por NMC a edades adultas, compatible con elevadas coberturas de vacunación. Sería recomendable revisar los protocolos de vigilancia para detectar y actuar precozmente en estos casos.

62. BROTE DE *SALMONELLA TYPHIMURIUM* POR CONSUMO DE QUESO Y REQUESÓN

R. Rodríguez, A. Aznar, A.T. Cercós, L. Colón, L. Torres, J. Guimbal

Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Aragón; Sección de Vigilancia Epidemiológica, Zaragoza; Sección de Higiene Alimentaria, Zaragoza; Laboratorio de Microbiología, Hospital de Alcañiz.

Antecedentes/Objetivos: El 17/11/2011 Microbiología del hospital de Alcañiz (Teruel) comunicó 3 aislamientos de *Salmonella* entérica serogrupo B en miembros de grupos familiares de Caspe (Zaragoza). Inicialmente se descartó una celebración común. El objetivo del estudio fue investigar los determinantes del brote.

Métodos: Se estableció un sistema de vigilancia en colaboración con el Centro de Salud de Caspe y Microbiología del Hospital de Alcañiz. Definición de caso: aislamiento de *Salmonella* entérica serogrupo B en un residente de Caspe. Se realizó encuesta alimentaria a todos los casos y a sus convivientes. Se recogieron muestras de alimentos sospechosos detectados en la encuesta y muestras humanas de afectados y manipuladores de alimentos. Se inspeccionó el establecimiento presuntamente involucrado en la comercialización de los alimentos sospechosos. Las cepas humanas y alimentarias aisladas se caracterizaron en el Centro Nacional de Microbiología (CNM). Se consideró periodo epidémico al transcurrido entre la fecha de inicio de síntomas del primer caso y la del último caso. Se calculó el RR usando Epidat3.1.

Resultados: El periodo epidémico transcurrió entre el 08/11/2011 y el 17/11/2011. Durante el mismo se detectaron 13 aislamientos de *Salmonella* entérica serogrupo B en miembros de 6 grupos familiares, que totalizaban 32 personas entre casos y convivientes. De ellos, 15 padecieron cuadro de gastroenteritis de los que trece cumplieron la definición de caso. Todos los casos habían consumido un queso de cabra presuntamente adquirido en una carnicería de Caspe. Uno de ellos consumió además requesón, adquirido en el mismo local. Uno de los manipuladores, que no enfermó, también refirió ingesta de requesón. La tasa de ataque fue del 100% para expuestos al queso y del 50% para expuestos al requesón. No se pudo hallar el RR al enfermar el 100% de los expuestos al queso. En la inspección del lugar de venta no se encontraron los alimentos sospechosos. La titular de la carnicería manifestó la elaboración de los alimentos implicados en domicilio particular con leche procedente de cabras. En las dos muestras alimentarias de queso y requesón obtenidas en un domicilio familiar, se aisló *Salmonella* y se detectaron niveles superiores de *E. coli* en el queso. El CNM confirmó que las cepas humanas y alimentarias eran idénticas: *Salmonella* entérica subespecie entérica fagotipo Typhimurium 119 serotipo 4,5,12:i:-.

Conclusiones: Brote de toxiinfección alimentaria por *Salmonella typhimurium*, vehiculizada por el consumo de productos lácteos no pasteurizados, deficientemente manipulados y comercializados sin autorización.

132. BROTE HÍDRICO POR *CLOSTRIDIUM PERFRINGENS* EN 2 MUNICIPIOS DE LA SERRANÍA DE RONDA EN MÁLAGA

C.R. Lebrun Bougrat, E. Picón Toro, M.A. Pezzi Cereto, F.J. Plata Escalona, M. Dorado Bello

AGS Serranía de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: Brote de gastroenteritis aguda en octubre de 2011 afectando al menos a 75 residentes pertenecientes a dos municipios con unos 2.500 habitantes que comparten una misma captación de agua, y que mostraron fundamentalmente dolores abdominales y meteorismo de instauración aguda y escasa sintomatología de diarrea y fiebre. Como objetivo general se buscó describir epidemiológicamente las características en tiempo, espacio y persona del brote.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo de campo que incluyó: confirmación de la existencia del brote, búsqueda activa y pasiva de casos, curva epidémica, diseño de un cuestionario para recoger la información y toma de coprocultivos. Como definición de caso se estableció: paciente con manifestaciones de enterocolitis aguda, comienzo repentino, dolor abdominal, diarrea, náusea, vómitos y/o fiebre; residente o con estadia en los términos municipales afectados. La Unidad de Protección de la Salud realizó la investigación de campo de acuerdo a los protocolos establecidos que incluyó toma de muestras de agua de la red pública. Como herramienta informática se utilizó R commander.

Resultados: Se obtuvo la identificación de al menos 75 personas afectadas entre el 7 de octubre y el 6 de noviembre de 2011, con una edad mínima de 4 y máxima de 87 años, 33 hombres y 42 mujeres. El 28% de los casos fueron en menores de 14 años, un 65,33% entre 15 y 64 años y de un 6,67% en mayores de 65 años. La mayoría de los pacientes aseguraron consumo de agua de la red pública como líquido de bebida y/o aseo y/o lavado de frutas y verduras. Se establecieron inmediatamente medidas preventivas sobre el adecuado consumo de agua, sobre todo a tenor de la suspensión temporal del suministro público del agua ante la evidencia de contaminación microbiológica tras toma de muestras, hasta la normalización microbiológica. Los coprocultivos fueron reportados como flora entérica. Todas las muestras iniciales de agua de consumo fueron catalogadas no aptas para el consumo creciendo de forma significativa, incluso en aquellas adecuadamente cloradas, *Clostridium perfringens*, germen que se correlaciona en forma significativa de acuerdo a la literatura consultada, con las manifestaciones clínicas de la mayoría de los pacientes. La gráfica epidémica final, desplazada a la izquierda, mostró una típica curva epidémica de origen común con exposición intermitente.

Conclusiones: Dada las características clínicas de los afectados y los datos analíticos del agua de consumo se presume que la causa del brote hídrico se debió a contaminación de la misma por *Clostridium perfringens*. La detección precoz del brote y las actuaciones en materia de salud pública establecidas impidieron una mayor repercusión en la comunidad.

472. SARAMPIÓN EPIDÉMICO A PARTIR DE UN BROTE NOSOCOMIAL. AÑO 2011

R. Guaita, E. Giner, L. Yuste, J. Bayo, I. Julve, A. Salazar

Hospital Universitario Dr. Peset, Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública; Secció d'Epidemiologia, Centre de Salut Pública de Valencia, Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: En junio de 2011 se notificaron en nuestra ciudad los primeros casos confirmados de sarampión en un adulto y

sus dos hijos, procedentes de Dos Hermanas (Sevilla). La secuencia de casos fue continua y por goteo restringiéndose a la población de etnia gitana del mismo territorio urbano. El 10 de agosto se produjo la primera transmisión a personal sanitario, el 30 de agosto dos nuevos casos nosocomiales y el 14 de Septiembre se confirmó un brote nosocomial de sarampión en dicho hospital. Desde la afectación del primer sanitario el número de casos entre la población general ascendió alcanzando un total de 191 casos a mediados de abril 2012.

Métodos: Estudio descriptivo propio de la vigilancia de salud pública. Analizamos la secuencia temporo-espacial, las características de los sujetos y su estado vacunal. Comparamos las variables de los casos vinculados a brotes con el resto de casos obtenidos en la comunidad. Cuantificamos desproporciones con pruebas no-paramétricas y las medias con paramétricas.

Resultados: Identificamos 191 casos confirmados distribuidos en: Brote comunidad gitana (BG) 61 casos (32%), Brote nosocomial (BN) 22 casos (12%), Brote taxi 4 casos (2.1%), Brote familiar 9 casos (4,7%) y Casos comunidad 95 casos (49,7%). La confirmación por laboratorio se realizó en el 55% de los casos. El genotipo viral determinado fue D4. La situación epidémica evolucionó entre 26/06/12 al 15/04/12 en tres periodos diferenciados: 1. Brote comunidad gitana, 2. Primer caso nosocomial y generación de 7 ondas epidémicas, 3. Goteo de casos hasta la extinción. Se observaron características diferenciales en cuanto a la edad y estado vacunal entre los casos vinculados al BN, BG y el resto de los casos. La media de edad más alta se dio en el BN (28,77 años); CG (11,89) y resto de casos (16,78), presentando diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). En el estado vacunal también se observaron diferencias significativas ($p < 0,002$) destacando el mayor porcentaje de no vacunados entre los casos del BN (91%), 87% en el BG y el menor entre el resto de casos (66%). El 5% de los afectados presentaron dos dosis de vacuna.

Conclusiones: Esta situación epidémica pone de manifiesto que, si bien el inicio de la transmisión fue la importación de casos a través de la familia inicialmente afectada, la extensión a la población general pudo producirse como consecuencia de la transmisión al personal sanitario no protegido que actuó como nueva fuente de infección. La protección vacunal en el personal sanitario constituye una prioridad ante la re-emergencia del sarampión. Se precisan nuevos esfuerzos para alcanzar coberturas de protección a la comunidad.

553. BROTE DE *ASPERGILLUS* EN UN ÁREA DE VIGILANCIA INTENSIVA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Vilajeliu, C. Velasco, A. Soriano, J.M. Martínez, J.M. Nicolás, L. Rodríguez, M. Sallés, A. Vilella, T. Trilla, et al

Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología; Servicio de Medicina Interna; Centro de Diagnóstico Biomédico; Hospital Clínic de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Los brotes de aspergilosis invasiva (AI) nosocomiales se han relacionado con la presencia de *Aspergillus* en el ambiente como consecuencia de obras de construcción y demoliciones en las inmediaciones de un centro sanitario.

Métodos: Entre agosto y octubre de 2011 se detectó un brote de aspergilosis en el Área de Vigilancia Intensiva (AVI) de un hospital de tercer nivel. Durante el periodo de estudio, se obtuvieron muestras ambientales y de los pacientes ingresados en ella. Se realizó una inspección visual de los puntos críticos para identificar posibles focos de la infección y se tomaron medidas preventivas: profilaxis con voriconazol a todos los pacientes y cierre de la unidad durante un mes para reformas estructurales, colocación de filtros HEPA, cierre hermético de zonas con contacto con el exterior y desinfección mediante nebulización. Posteriormente se realizaron nuevas determinaciones ambientales.

Resultados: Cuatro de los pacientes que estuvieron ingresados en la unidad presentaron resultados positivos para *Aspergillus* en muestras de lavado broncoalveolar, aspirado traqueal o esputo. *A. fumigatus* estuvo implicado en 3 casos y *A. flavus* en otros 2. Las condiciones clínicas de los pacientes fueron: hemorragia subaracnoidea (n = 1), abuso de laxantes (n = 1), leucemia aguda monocítica y aplasia medular post quimioterapia (n = 1) y VIH positivo en fase SIDA, cardiopatía isquémica, EPOC (n = 1). Uno de ellos fue exitus. La aparición de los casos de colonización coincidió temporalmente con la realización de obras y demolición del edificio anexo y con la presencia de niveles anormales de *Aspergillus* en el ambiente hasta un máximo de 12 UFCs/m³ dentro de la unidad (ambiental y dispositivos) y en el exterior de ésta. Se tomaron muestras de otras unidades similares que disponen de filtros HEPA, siendo los resultados negativos. Previamente y posteriormente al brote (\pm 6 meses), la media de los niveles de *A. fumigatus* fue de 0 UFCs/m³, y no se detectaron casos de AI. Se consideró concluido el brote con la realización de las reformas y la comprobación de ausencia de colonias.

Conclusiones: Debido a la gran diversidad genética de *Aspergillus*, es difícil demostrar la relación entre niveles ambientales aumentados y la aparición de nuevos casos de colonización o AI, aunque la presencia de obras en las inmediaciones de la AVI juntamente con la entrada de aire en la unidad procedente del exterior, podría explicar los casos descritos.