

SESIÓN DE PÓSTERES I

Miércoles, 17 de octubre de 2012. 15:00 a 16:00 h

Pantalla 1

Brotos epidémicos

Moderadora: Odorina Tello Anchueta

102. BROTES EPIDÉMICOS OCURRIDOS EN CASTELLÓN DURANTE UN PERIODO DE 25 AÑOS (1987-2011)

N. Meseguer-Ferrer, E. Silvestre-Silvestre, L. Safont-Adsuara, C. Herrero-Carot, A. Romeu-García, I. Ballester-Rodríguez, A. Arnedo-Pena, J.B. Bellido-Blasco

Sección de Epidemiología del Centro de Salud Pública de Castellón; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La detección y estudio de brotes es una tarea fundamental de la vigilancia epidemiológica. Es de gran interés epidemiológico el análisis de los procesos y enfermedades que se expresan ocasionalmente de esta forma. Se analiza el patrón temporal y características de todos los brotes acaecidos en el área del Centro de Salud Pública de Castellón, CSPCS (475.000 habitantes en 2011) durante los últimos 25 años.

Métodos: Se han revisado los informes de todos los brotes declarados entre 1987 y 2011 inclusive en un área de Castellón que abarca la casi totalidad de la provincia. Las variables consideradas han sido: enfermedad, fecha y procedencia de la declaración, fecha del primer caso, fechas del último caso (duración, estación), número de casos, de hospitalizados y defunciones, número de encuestados, tasa de ataque, localidad, agente causal, ámbito de ocurrencia, factores de riesgo encontrados. Se realiza un análisis global y una descripción temporal por enfermedad y otras variables relevantes.

Resultados: Un total de 618 brotes fueron declarados (9.921 casos y 727 hospitalizados), de los cuales el 53% fueron de carácter colectivo (7.210 y 443), 6% comunitarios (1.643 y 56) y 41% familiares (1.068 y 228). Los promedios de casos por brote fueron respectivamente 22, 42 y 4. De los colectivos, hubo 82 en centros escolares, 24 en geriátricos y 12 nosocomiales. Se identificaron 49 enfermedades o procesos diferentes, siendo mayoría los brotes de toxoinfección alimentaria, con el 52% (323 brotes); seguidos de gastroenteritis, 10% (61); tuberculosis, 8% (49), y hepatitis A, 4,5% (28). En términos absolutos hubo un promedio de 25 brotes al año (mínimo de 17 en 1987, máximo 43 en 1993), pero con tendencia a aumentar en brotes familiares y a disminuir el resto; se observó un perfil irregular en cuanto a muchas de las variables analizadas, cobrando más presencia los microbrotes producidos por tuberculosis en los últimos años.

Conclusiones: Este estudio completa el iniciado hace varios años y comprende ahora un periodo bastante más extenso. El análisis de todas las enfermedades y procesos en conjunto y diferenciadas a lo largo del tiempo permite apreciar cambios importantes en una provincia de tipo medio, como las hay muchas en España. Durante todo el periodo el equipo de trabajo en el CSPCS ha mantenido a varios de sus miembros de manera estable, lo que da mayor validez a los datos. Hay una gran variedad de procesos que originan brotes. Se discuten los motivos de las variaciones, temporales, bien respondan a causas epidemiológicas, modificaciones en criterios de declaración, sistemas de información automatizados u otras.

325. REVISIÓN DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS POR BROTE EPIDÉMICO EN ANDALUCÍA EN EL PERIODO 2002-2011

J. Guillén Enríquez, S. Calzón Fernández, T. Fernández Alonso, V. Gallardo García, J.C. Fernández Merino, G. Andérica Frías, J.M. Mayoral Cortés

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral, SGSP, Consejería de Salud Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Las alertas epidemiológicas se definen como fenómenos potenciales de riesgo para la salud de la población o de trascendencia social que requieran actuaciones urgentes y eficaces. Nos centraremos en las alertas causadas por brote epidémico. El objetivo es describir su incidencia, atendiendo a su magnitud, tipos más frecuentes, ámbito de ocurrencia y procedencia de la declaración.

Métodos: Revisión de las alertas por brote epidémico notificadas en Andalucía entre los años 2002 y 2011, declaradas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, mediante la aplicación RedAlerta.

Resultados: Se declaran 3.959 alertas por brote epidémico, con una incidencia media de 5,2 por 100.000 habitantes, (máximo en 2003 de 6,3/105). Se han afectado un total de 43.597 personas, con una media de 11,01 por alerta (máximo 14,6 en 2011). El mayor porcentaje de hospitalizaciones se registró en 2006 (13,3%), estando por encima de la media (10,1%) también en 2011 (12,3%). Los brotes por toxoinfección alimentaria (TIA) han sido los más frecuentes durante el período de estudio, registrándose un total de 2.247, con porcentajes sobre el total entre 70% (2003) y 43,9% de 2011. Destacan también los brotes de GEA (354 en total). Los brotes de hepatitis A tuvieron su máximo en 2009, (11% del total de alertas). Los brotes por tuberculosis, pasan de 11 en 2003 a 56 en 2011, el 2,2% y 14,9% sobre el total, respectivamente. El origen de detección de alertas más frecuente ha sido Atención Primaria (AP), con la excepción de 2006 y 2011, en este año destaca una diferencia de 44,1% en Atención Especializada (AE) por un 40,1% en AP. En 2011 el ámbito en el 69% de las alertas es el domiciliario y colectivo. Tras máximos en el primer trienio de estudio, la incidencia de alertas se mantiene estable desde 2005, con una tasa media de 4,5 por 100.000 hab. Existe escasa variabilidad en la gravedad de los brotes, medido en afectados por alerta, aunque en 2011 aumenta por influencia de un brote de sarampión registrado en una provincia.

Conclusiones: La participación de distritos de AP, delegaciones provinciales y servicios hospitalarios en la red de vigilancia facilita la detección de un alto número de alertas en el ámbito de AP y AE. Aunque desde 2007 se observa incremento del número de alertas diferentes a TIA, éstas continúan siendo la causa de brote más frecuente, con incremento de brotes detectados de tuberculosis. El ámbito de presentación más común sigue siendo el familiar y colectivo.

299. SÍNDROME DEL RESTAURANTE CHINO: ¿REALIDAD O FICCIÓN?

A. Miguel Benito, E. Perruca Gimeno, A. Asensio Rubio

Servicio Territorial de Salud Pública 3, Subdirección de Prevención y Promoción, Subdirección de Ordenación e Inspección, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El síndrome del restaurante chino es una entidad clínica acuñada en 1968 por el Dr. Kwok caracterizada por la aparición de síntomas digestivos y generales tras la ingesta de comida china. El origen del cuadro se asocia al glutamato monosódico (GMS), una sal sódica de ácido glutámico utilizada como potenciador del sabor en la cocina oriental. El objetivo de esta comunicación es mostrar, partiendo un pequeño brote producido en un municipio de la Comunidad de Madrid a raíz del consumo de sopa instantánea de origen chino, las características clínicas y epidemiológicas de una entidad no exenta de polémica y las dificultades que entraña su diagnóstico.

Métodos: Estudio descriptivo del brote mediante encuesta telefónica y consulta de la historia clínica de los afectados. Inspección de establecimiento de venta con recogida de muestras y evaluación del etiquetado. Análisis químico de muestra para la cuantificación de GMS.

Resultados: Fueron dos las personas afectadas por un cuadro clínico caracterizado por cefalea, mal estar general, náuseas, vómitos y diarrea sin fiebre. Los síntomas aparecieron entre 30 minutos y tres horas tras la ingesta de sendos sobres de sopa instantánea de tallarines importada de china adquirida en un bazar ese mismo día. La clínica tuvo una duración aproximada de 24 horas. Se detectaron deficiencias en el etiquetado del producto, tales como la ausencia de indicación del modo de uso (necesario en un producto deshidratado) lo que motivó que la dilución del producto no fuera adecuada y se consumiera el doble de la cantidad de alimento recomendado en el envase (información en chino). El análisis laboratorial del concentrado arrojó un resultado de 131 g/Kg, lo que equivale a 1.31 g de GMS en cada sobre de sopa.

Conclusiones: En el brote, el contenido de dos sobres de sopa, teóricamente destinado a 4 comensales, es consumido por dos, lo que supone 1.31 g de GMS por persona. En la legislación, la dosis máxima permitida en el Real Decreto 142/2002, para el aditivo E-620 (GMS) es de 10 g por kilo de alimento, sin embargo no especifica la dosis máxima recomendada por persona. No existe un consenso sobre dosis máximas o dosis recomendadas. Si bien la intoxicación por GMS a las dosis empleadas habitualmente en la elaboración de alimentos ha sido muy cuestionada, la literatura científica menciona la existencia de personas con especial sensibilidad a dicha sustancia, susceptibles de presentar clínica asociada a su consumo sin que este sea de altas dosis. Resulta por lo tanto difícil confirmar clínica y epidemiológicamente el síndrome del restaurante chino.

487. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UN BROTE DE ENFERMEDAD EXANTEMÁTICA A LA LUZ DE DATOS CLÍNICOS, MICROBIOLÓGICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

M.R. López-Márquez, J.I. Suárez-Lozano, A. de la Iglesia-Salgado, R. Martín-Cañete, B. Carmona-Azurmendí, J.M. Turmo-Fernández

UG Intercentros de Medicina Preventiva y SP, HIE; UG Enfermedades Infecciosas, HIE; Servicio de Microbiología, Hospital Infanta Elena; Distrito AP Condado-Campiña; Distrito AP Huelva-Costa.

Antecedentes/Objetivos: La falta de experiencia en la detección e identificación de enfermedades exantemáticas en fase de eliminación nos obliga a disponer de protocolos más sensibles a su detección, así como de datos epidemiológicos actualizados que permitan interpretar más adecuadamente los hallazgos clínicos y serológicos. Describir el procedimiento de detección de casos de brote de rubeola en ámbito familiar.

Métodos: Diseño: descripción de casos. Análisis retrospectivo. Ámbito: H. Infanta Elena (Huelva) y Distritos de AP de referencia. Período de estudio: diciembre 2011 – febrero 2012. Población: referencia de los Distritos Condado-Campiña y Huelva-Costa. Fuente de datos: Diraya y Redalerta. Variables: sexo, edad, población, datos serológicos, relación con casos, otros datos de la encuesta epidemiológica.

Resultados: En el brote se han visto afectados 3 miembros de la misma familia que viven en mismo municipio. El caso índice es un varón de 40 años que acudió a urgencias por exantema y artritis; inicialmente orientado como cuadro posiblemente relacionado con virus de hepatitis fue derivado a consultas externas de Enfermedades Infecciosas donde se completó estudio serológico. En segundo tiempo comenta afectación de esposa y hermano de ésta por similar exantema. En nuevo interrogatorio y exploración física se detectan datos característicos de rubeola, y conociendo datos de reciente brote de sarampión, se solicita ampliación del estudio serológico para enfermedades exantemáticas. La disponibilidad de seroteca permitió el análisis de suero de fase

aguda y convaleciente, con lo que se dio el caso por confirmado. También pudo confirmarse el caso de la mujer a través de suero de fase aguda, ya que se disponía de serología previa (Programa de Embarazo) en la que la IgM era negativa. Los casos fueron notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica y comentados con los responsables de Epidemiología de los correspondientes Distritos para la realización de la encuesta epidemiológica y búsqueda de casos. Tras un mes de la detección de los casos, sin detectarse ninguno nuevo, se cerró la búsqueda activa.

Conclusiones: Ante casos aislados de enfermedad, o pequeños brotes, sólo un alto grado de sospecha puede conducir al diagnóstico de estas enfermedades que están reapareciendo recientemente. El resultado de la comunicación fluida entre clínicos, microbiólogos y personal de vigilancia epidemiológica es la mayor capacidad de detección y de puesta en marcha de medidas.

39. BROTE DE QUERATOCONJUNTIVITIS FOTOELÉCTRICA

M.A. Bueno de la Rosa, M.L. Gómez Mata, M. Mariscal Ortiz, M.A. de Haro López, I. Sillero Arenas, R. Martínez Nogueiras, R. Montañes López, L. Muñoz Collado

Distrito Jaén Sur; DPS Jaén; CH Jaén.

Antecedentes/Objetivos: La queratoconjuntivitis fotoeléctrica (QF) o actínica, es una inflamación superficial del globo ocular por radiación, como consecuencia de exposición a fuentes de luz intensa o fuentes de luz U.V. Origina numerosas consultas urgentes, dado que resulta muy molesta. Tras unas horas sin síntomas, comienza con sensación de cuerpo extraño, lagrimeo y fotofobia que persisten 12-24h sin que habitualmente deje secuelas en el ojo. Se expone un brote de QF ocurrido entre los asistentes a una fiesta de fin de curso celebrada al aire libre la noche del 22 de junio en un municipio pequeño del distrito sanitario Jaén-sur.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo del brote a partir de las encuestas epidemiológicas realizadas entre los casos, recogiendo información de edad, sexo, dirección, ocupación, fecha de inicio de síntomas y actividades realizadas durante las 24 horas previas a la aparición de los síntomas. Como resultado de las encuestas se detecta que el 100% de los afectados habían asistido a una fiesta de fin de curso durante la tarde/noche del 22 de junio realizada al aire libre en el patio del colegio de la localidad. A partir de este momento se modifica la encuesta recogiendo además de los parámetros anteriormente descritos otras variables como asiento ocupado, y tiempo de permanencia en el evento, realizándose también la encuesta a los individuos sanos que asistieron al evento.

Resultados: El nº de expuestos fue de 400 y de enfermos fue de 83 con una tasa de ataque del 20,7%, el 81% de los casos estaban sentados en las 3 primeras filas durante todo el evento, se comprobó que el 100% de las personas que estuvieron sentadas en estas filas y no padecieron síntomas, usaban lentillas o gafas. El 65% de los casos eran mujeres. Los síntomas más frecuentes fueron ojo rojo (100%), sensación de cuerpo extraño (100%), dolor 95% y úlceras corneales (12%). El período de incubación medio fue de 5h el mínimo 2h y el máximo 8h. Los inspectores del área de protección de la salud, que estaban inspeccionando el colegio donde se realizó la fiesta, confirmaron la existencia de varios focos con deficiencias, y en concreto la existencia de un foco de 250 w de potencia con el cristal de protección roto, que se encontraba sobre el escenario orientado hacia los espectadores.

Conclusiones: 1. Se ha producido un brote de queratoconjuntivitis fotoeléctrica. 2. La tasa de ataque ha sido elevada entre las personas que se encontraban sentadas en las primeras filas, más cerca de la fuente luminosa. 3. La rapidez de toma de medidas de control, el diagnóstico clínico precoz y la realización de un informe provisional del brote resultó muy eficaz para evitar la alarma social y la inquietud de las autoridades.

35. EQUIPOS DE NEBULIZACIÓN Y LEGIONELOSIS HOSPITALARIA

A. Aznar, R. Rodríguez, J. Guimbao, A. Chiva, M.J. Zamora, B. Baladrón

Sección de Vigilancia Epidemiológica, Zaragoza; Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Aragón; Sección de Sanidad Ambiental, Zaragoza; Unidad de Medicina Preventiva, Hospital Ernest Lluch, Calatayud; Centro Nacional de Microbiología (ISCIII).

Antecedentes/Objetivos: El 21/02/11 el servicio de medicina preventiva del hospital Royo Villanova de Zaragoza comunicó el diagnóstico de legionelosis en un paciente trasladado del hospital Ernest Lluch, Calatayud (Zaragoza). Valorados los antecedentes epidemiológicos se sospechó legionelosis hospitalaria relacionada con este último hospital. El 26/05/11 la unidad de medicina preventiva del hospital Ernest Lluch notificó un segundo caso. Ambos pacientes fueron tratados con equipos de nebulización durante su ingreso. El objetivo de este trabajo fue investigar las posibles exposiciones de riesgo y la posibilidad de inhalación de aerosoles contaminados producidos por estos equipos como posible fuente de infección de Legionella.

Métodos: Se estableció un sistema de vigilancia activa. Se realizó investigación epidemiológica e investigación ambiental en el hospital (recogida de un equipo de aerosolterapia para su análisis y toma de muestras ambientales: agua procedente de la red de distribución general). Análisis microbiológico de muestra humana obtenida en un paciente y tipificación molecular de las cepas humana y muestras ambientales, mediante subgrupo con anticuerpos monoclonales (Subgrupo AcMc), secuenciación de 7 genes (SBT) y electroforesis in campo pulsado (PFGE), en el Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Resultados: Al haber transcurrido menos de 6 meses entre los dos casos y valoradas las características clínico-epidemiológicas, similares en ambos pacientes, se consideró un brote nosocomial de legionelosis. Ambos fueron tratados con nebulizadores y ninguno usó la ducha. Al revisar el procedimiento de desinfección de los nebulizadores, se detectó el uso de agua de grifo para su limpieza. Los resultados microbiológicos de la muestra humana del primer caso y de 2 muestras ambientales fueron positivos a Legionella pneumophila serogrupo (SG) 1. En el equipo de aerosolterapia no se detectó Legionella. La cepa humana y las cepas ambientales (L. pneumophila SG1, subgrupo Olda Olda, ST1, perfil de PFGE CNM 014) son indistinguibles por los 3 métodos empleados. Estos resultados confirman que se trató de un brote de legionelosis hospitalaria, confirmado en el primer caso.

Conclusiones: Al no detectarse Legionella en el equipo analizado, pero teniendo en cuenta que L. pneumophila está presente en el agua de red y la identidad genética entre la cepa humana y ambientales, se sospechó que los equipos de aerosolterapia pudieron ser la fuente de infección en ambos casos, por la posibilidad de inhalación de aerosoles contaminados generados por estos equipos al ser limpiados con agua de grifo.

236. BROTE POR ENTEROBACTER CLOACAE BLEE EN UNA UNIDAD NEONATAL

M.V. García Palacios, M. Zarzuela Ramírez, M.A. Fernández Gómez, G.J. Rodríguez, F. Galán Sánchez, A. Alonso Ojembarrena, F.J. López Fernández

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La importancia del Enterobacter cloacae como patógeno nosocomial causante de brotes en unidades críticas neonatales se ha incrementado en los últimos años. El objetivo del estudio fue describir la investigación clínica, características epidemiológicas/microbiológicas, factores contribuyentes y abordaje integral en el control de un brote de sepsis por E. cloacae BLEE en recién nacidos (rn) ingresados en el servicio de Neonatología de nuestro hospital durante julio-octubre de 2011.

Métodos: Tras la notificación de la aparición de un caso de E. cloacae BLEE en neonatología el 4 de agosto, se procedió a la búsqueda de casos no notificados, incremento de la vigilancia y adopción de primeras medidas de control. Diseño: estudio descriptivo de cohorte bidireccional (retrospectivo y prospectivo), definiendo como caso sospechoso: rn ingresado en la unidad o con antecedentes del mismo durante el periodo epidémico, sepsis y hemocultivo positivo a E. cloacae BLEE. Intervenciones: 1. Encuesta epidemiológica recogiendo datos clínicos y factores de riesgo. 2. Abordaje integral: conformación de un Grupo de Mejora multidisciplinar. 3. Medidas de control de la infección. Se realizó análisis descriptivo y cálculo de tasas de incidencia.

Resultados: Se detectaron 6 casos en un periodo de 3 meses y 4 días. El pico de incidencia máximo fue entre el 4-15 agosto (3), con un segundo pico de 2 casos tras 2 meses libres de infección (tasa de ataque global del 4,8%: 13,9% y 2,5% respectivamente). El 50% de los casos tuvo bajo peso y el 100% antecedentes de incubadora, antibioterapia y dispositivos invasivos. Como medida de control, se definieron estructuralmente dos cohortes dinámicas: aislamiento de contacto (colonizados/ infectados) y aislamiento inverso (nuevos ingresos). Desde el inicio el Grupo de Mejora se reunió analizando posibles problemas causales, causas y soluciones/propuestas: gestión (de personal e ingresos), transmisión por contacto (formación/evaluación de higiene de manos) y reservorios (estudio de colonizados/ambiental, limpieza). El laboratorio confirmó genotípicamente mediante rep-PCR una cepa común en casos y colonizados, aunque el 1^{er} caso cronológico no pudo genotiparse (retrospectivo). Sólo al final del periodo el estudio ambiental resultó positivo a E. cloacae BLEE en un grifo de la unidad.

Conclusiones: La epidemiología y el análisis microbiológico confirmaron la existencia del brote por E. cloacae BLEE con posible transmisión cruzada a través de las manos del personal sanitario desde pacientes colonizados/infectados, sin poder constatar una implicación ambiental al inicio del brote. El apoyo metodológico que proporcionó el Grupo de Mejora multidisciplinar ayudó en el análisis/priorización de potenciales problemas asociados.

49. BROTE ESCOLAR DE ESCABIOSIS EN LA PROVINCIA DE JAÉN: REPERCUSIÓN SOCIAL

M. Mariscal Ortiz, M.L. Gómez Mata, M.A. Bueno de la Rosa, R. Martínez Noguera, E. Sánchez Arenas, T. Ureña Fernández, I. Sillero Arenas

Distrito Sanitario de Jaén; Distrito Sanitario Jaén Sur; Complejo Hospitalario de Jaén; Delegación de Salud de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: El ácaro de la sarna afecta a todas las edades y razas. Se estima que ocurren alrededor de 300 millones de casos en el mundo cada año, aunque para algunas sociedades suponga algo capaz de crear una situación de alarma. El objetivo de este trabajo es describir un brote de sarna escolar con origen familiar en una localidad distinta y con fuerte impacto social.

Métodos: Estudio descriptivo de un brote de escabiosis escolar con origen familiar. El 11 de febrero comunica la trabajadora social de un centro, un diagnóstico de sarna en dos colegios públicos de Jaén capital, los padres de los demás alumnos se encontraban preocupados y se había provocado alarma social. Se convocó a padres, representantes de Educación y trabajadores sociales municipales. Se realizó una encuesta epidemiológica y búsqueda activa. Se definió caso sospechoso: paciente que en las 6 últimas semanas presentase prurito y lesiones cutáneas sugerentes, así como los contactos que presenten estos síntomas. Diagnóstico de confirmación: mediante criterio clínico en Dermatología. Los padres convocaron a los medios de comunicación facilitando una nota de prensa que obligó a revisar a los alumnos de las aulas donde se produjeron los casos y "desinfectarlas" en el fin de semana.

Resultados: Se detectaron 8 casos de escabiosis de un total de 64 expuestos, 63% fueron mujeres, la moda estuvo en el intervalo 5 a 14

años con un 50% de los casos (media 11 años). Los síntomas fueron eritema y prurito con lesiones secundarias al rascado en el 100% de los casos. Tras la investigación epidemiológica, los dos casos primarios diagnosticados, habían tenido contacto directo por razón de parentesco con enfermos declarados en un brote anterior (3-2-2011) en una localidad situada a 50 km. Se trató de un brote familiar con 7 expuestos y 4 enfermos (75% mujeres) con un amplio intervalo de edad: desde 7 meses a 56 años, cuyo caso índice se encontraba relacionado con el contacto con cabras y otros animales como perros y gatos. En el momento de la encuesta no se declaró la presencia temporal de los familiares que originarían el segundo brote. El total de casos fue de 12 de 71 expuestos (tasa de ataque: 15%).

Conclusiones: La situación social y económica del primer brote dificultó la investigación epidemiológica. El diseño de un protocolo específico, la búsqueda activa, tratamiento precoz y la acción coordinada de las Consejerías de Educación, Salud y Corporaciones Locales resultaron fundamentales para el control del brote. Las connotaciones socioeconómicas de la enfermedad generaron una alarma desproporcionada.

50. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD BOCA-MANO-PIE Y A SU COMPLICACIÓN DE ONICOMADESIS

D. Almagro Nievas, E. Navarro Moreno, R. Jaldo Jiménez, C. del Moral Campaña, G. Árbol Fernández

Sección de Epidemiología, Distrito Metropolitano de Granada; UGC de Peligros de Granada.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad boca-mano-pie (EBMP) comienza con fiebre, vesículas en la boca y lengua, manos y pies en forma de pequeñas vesículas de aproximadamente 3 a 7 mm de diámetro. El aumento del número de casos entre la población preescolar de la zona básica de salud, acontecido durante todo el otoño de 2011 y parte del invierno de 2012 y observados en la consulta de pediatría, condujo a investigar el brote. De igual forma la presencia de onicomadesis como complicación generó alarma social entre sus familiares y personal de los centros infantiles. El objetivo fue analizar el brote epidémico de la enfermedad boca-mano-pie dado en la ZBS de Peligros (Granada) entre los meses de septiembre de 2011 y febrero de 2012 y analizar los factores de riesgo de enfermar y de presentar onicomadesis como complicación.

Métodos: Estudio descriptivo y analítico caso-control. Análisis de regresión logística múltiple. Municipios de Peligros y Pulianas (Granada). Población: 376 niños y niñas entre 6 y 36 meses adscritos a la ZBS de Peligros. Intervenciones: encuesta epidemiológica a 28 casos y controles, recogiendo variables de lugar (municipio y centro infantil), de tiempo (fecha inicio y fin de síntomas) y de persona (edad, género, hermanos enfermos, contacto previo con casos enfermos, acudió al pediatra entre septiembre de 2011 y febrero de 2012). Toma de medidas preventivas y educación sanitaria. Estudio microbiológico viral de muestras de heces.

Resultados: La edad media de los afectados fue de 20,8 meses. Entre los 28 casos un 64% fueron niñas. La duración media de la enfermedad fue de 6,14 días. Con respecto a la clínica, la fiebre se presentó en el 75% de los casos, las lesiones vesiculares en las manos en el 71%, pies 68%, boca 64% y caída de uñas en un 46% de los afectados. El tiempo medio transcurrido desde la aparición de los síntomas y la onicomadesis fue de 52 días (mínimo 12 y máximo 123). El riesgo de enfermar por EMBP fue de 14 veces más en aquellos niños y niñas que acuden al centro de infantil y además tuvieron contacto con algún enfermo (ORa 13,8; IC95% 3,79-50,18). La presencia de onicomadesis estaba asociada a la presencia de úlceras en boca ($p = 0,006$). Cuatro muestras positivas por PCR a enterovirus.

Conclusiones: Existió un brote de EMBP con una clínica adaptada a lo encontrado en la bibliografía al igual que la complicación de onicomadesis que fue la que generó la alarma social. La causa del brote fue un enterovirus transmitido entre casos conocidos con la enfermedad

en cualquiera de los centros infantiles donde acudían los niños y las niñas y como factor de riesgo de presentar onicomadesis el presentar úlceras en la boca.

91. GESTIÓN Y RESULTADOS DE UN BROTE: ESCARLATINA

M.V. Rigo, E. López, I. Cremades, M.J. Corrales, E. Torres

Centro de Salud Pública de Alicante; Centro de Salud Hospital Provincial-Pla.

Antecedentes/Objetivos: La importancia de la escarlatina proviene de la capacidad del *Streptococo A* en provocar complicaciones como fiebre reumática aguda y glomerulonefritis aguda. En España desde 1.996 no tiene consideración de enfermedad de declaración obligatoria (EDO), excepto cuando se presenta en brote epidémico. Esta situación hace que se desconozca la verdadera incidencia y su comportamiento en la población. En la actualidad existen métodos rápidos y sencillos para investigación microbiológica, que facilitaría la interrupción de la transmisión en un brote. En noviembre de 2011 se detectaron varios casos en un centro escolar, etapa infantil, de Alicante y el objetivo de este trabajo es describir como se gestionó el brote y sus resultados.

Métodos: Tras confirmar su existencia, se realizó visita sanitaria al terreno epidémico, observando condiciones estructurales y facilitadoras de la transmisión respiratoria. Se procedió a la búsqueda activa de casos. Se realizó investigación de portadores, entre niños y adultos. Para ello se informó y solicitó autorización a los padres de los niños de educación infantil (3-5 años), para realizar test rápido de detección de *Streptococo A* en el centro escolar. Se contó con la colaboración de profesionales de Atención Primaria. Los resultados se comunicaron de forma individualizada, a las familias, en la misma mañana con recomendación de tratamiento a los positivos y exclusión hasta pasadas al menos 48h de tratamiento. Se realizó estudio descriptivo.

Resultados: No se detectaron factores de riesgo más allá de los facilitadores de transmisión a esas edades. Nº casos 10 (búsqueda activa 4). El 60% fueron varones. Rango de edad 3-5. Tasa de ataque: 6,5%, por curso: 5 años 10%, 4 años 7,8% y 3 años 1,9%. Entre fecha de notificación y de intervención transcurrieron 6 días. Duración del brote 22 días, quedo limitado a la etapa de infantil. Nº de autorizaciones enviadas 140 nº recibidas 140. Test realizados: 134 niños. En adultos se realizaron 24. Se obtuvo resultado positivo en 33 niños y 2 adultos. La tasa de portadores en 5 años fue de 11,11%, 4 años de 47,48% y 3 años de 18,6%. La tasa en adultos fue de 8,33%, 2 casos no relacionados con las aulas afectadas. Tras la intervención no hubo más casos.

Conclusiones: El brote presentó una duración corta. El aula de mayor tasa de ataque de enfermedad mostró el menor número de portadores. Los portadores adultos no constituyeron una fuente importante de transmisión. La utilización de esta técnica frente al cultivo es una herramienta fundamental en el abordaje de brotes de escarlatina. En nuestra opinión la instauración de medidas preventivas así como el manejo de los portadores y su tratamiento ha mostrado ser una intervención efectiva.

521. BROTES DE GASTROENTERITIS AGUDA (GEA) VÍRICA EN EL ÁMBITO ESCOLAR EN CATALUÑA

A. Martínez, N. Torner, S. Broner, P. Godoy, S. Minguell, T. Cornejo, S. Guix, A. Domínguez, Grupo de Trabajo para el Estudio de GEA Víricas en Cataluña

Agencia de Salud Pública de Cataluña; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Salud Pública, Universidad de Barcelona; Laboratorio de Microbiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron; Laboratorio de Virus Entéricos, Universidad de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El ámbito escolar es uno de los lugares donde se producen de forma relativamente habitual brotes de GEA

de etiología vírica. Norovirus (NV) constituye el agente detectado con mayor frecuencia en este tipo de brotes. El objetivo de este estudio es describir algunas de las características de los brotes producidos en el ámbito escolar así como conocer la etiología de los mismos.

Métodos: Estudio de los brotes de GA producidos en el ámbito escolar notificados durante los años 2010 y 2011 en Cataluña. Se revisaron los informes que recogen la investigación de los brotes de gastroenteritis aguda de etiología vírica, realizada por las Unidades de Vigilancia Epidemiológica, situadas en cada territorio. Las variables estudiadas fueron: ámbito del brote, modo de transmisión, número de afectados, edad y sexo, tasas de ataque, y resultados de laboratorio, obtenidos mediante reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa (RT-PCR) a tiempo real en heces.

Resultados: Se notificaron 12 brotes en el ámbito escolar durante los dos años en estudio: 5 en guarderías (42%), 4 en institutos (33%) y 3 en escuelas de preescolar y primaria (25%). El total de personas afectadas fue de 438, lo que supone una media de 36,5 afectados por brote. Las tasas de ataque han oscilado entre un 13,9 y un 62,5%, estando en 8 de los brotes (66%) por encima del 25% y en 4 (33%) por encima del 50%. No se observan diferencias entre las tasas de ataque con respecto a las diferentes franjas de edad. En cuanto al sexo, de los 365 casos en los que se conocía esta variable (83%), el 48% eran hombres y el 52% mujeres. En referencia al mecanismo de transmisión, en 8 (66%) ha sido interpersonal, en 1 (8,3%) alimentario y mixto (fuente común alimentaria o hídrica seguido de transmisión interpersonal) en los otros 3 (25%). Se analizaron muestras de afectados en todos los brotes resultando positivas a NV genogrupo II en 6 de los mismos, NV genogrupo I en uno de ellos, NV sin agrupar en 2 y Sapovirus en los otros 2; en uno de los brotes se detectó coinfección por NV genogrupo II y *Salmonella typhimurium*.

Conclusiones: Los brotes de etiología vírica son frecuentes en el ámbito escolar, presentando tasas de ataque elevadas en buena parte de ellos. La implantación de técnicas de laboratorio adecuadas nos permite detectar etiologías no identificadas hasta el momento en este tipo de brotes.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (Proyecto PI 09/02516).

97. TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA POR LA VARIANTE MONOFÁSICA DE *SALMONELLA TYPHIMURIUM* 4,5,12:I- Y *SALMONELLA DERBY* EN CASTELLÓN

A. Arnedo-Pena, S. Sabater-Vidal, S. Herrera-León, J.B. Bellido-Blasco, E. Silvestre-Silvestre, N. Meseguer-Ferrer, A. Yagüe-Muñoz, A. Romeu-García, C. Herrero-Carot

Centro de Salud Pública Castellón; Hospital General de Castellón; Centro Nacional de Microbiología; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: En abril 2011, el Servicio de Microbiología del Hospital General de Castellón detectó un aumento de aislamientos de *S. typhimurium* en coprocultivos. El objetivo del estudio fue determinar la causa y tomar medidas de control.

Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles apareado (1:2) prospectivo. Siendo caso el paciente que entre febrero y mayo de 2011 presentó aislamiento de *S. typhimurium* fagotipos 138 y 193, y *S. Derby* en coprocultivo, hemocultivo, o urinocultivo. Los controles eran personas de la misma edad y sexo que el caso, tomados aleatoriamente del mismo cupo médico que el caso y sin haber sufrido gastroenteritis en el periodo indicado. Los aislamientos de *Salmonella* en pacientes y alimentos se realizaron en diferentes laboratorios de Hospitales y Centros de Salud Pública, y la tipificación de las cepas y estudio de campos pulsados en el Laboratorio Nacional de Referencia de *Salmonella* en Majadahonda. Se usó la regresión logística condicional en el análisis.

Resultados: Se detectaron 49 casos en total: 46 de la variante monofásica de *S. typhimurium* 4,5,12:i- (38 fagotipo 138 y 8 fagotipo 193) y 3 *S. Derby*. La edad mediana de los casos era 4 años, rango 7 meses-80 años, 26 varones y 23 mujeres. Se hospitalizaron 10 casos y el cuadro duraba una media de 10 días con curación completa de todos los casos. Los casos se iniciaron el 23 febrero 2011, finalizaron el 25 mayo 2011, con 28 casos en el departamento de salud de Castellón y 21 casos en el departamento de salud de Vila-real. Se estudiaron diferentes factores de riesgo, y solo el consumo crudo de longaniza de Pascua seca, elaborada con cerdo en una localidad de Teruel y adquirida en una cadena de supermercados, se asoció con la enfermedad (OR = 12,5 IC95% 4,3-36,4), fracción atribuible del 93,2%, y dosis-respuesta $p < 0,001$. Se aislaron la variante monofásica de *S. typhimurium* fagotipo 138 en una muestra de longaniza recogida en la residencia de un caso, y la misma variante fagotipo 193 (5) y *S. Derby* (1) en 6 de las 23 muestras procedentes del almacén de la cadena. El estudio de campos pulsados confirmó la concordancia de las cepas aisladas en pacientes y en las longanizas. El 25 de mayo de 2011, una alerta sanitaria a nivel nacional retiró la longaniza de los establecimientos donde se comercializaba, y no se declararon nuevos casos.

Conclusiones: Los resultados del estudio indicaron que el alimento vehículo de la toxiinfección comunitaria era la longaniza de Pascua, y la actuación conjunta de diferentes servicios permitió su control.

473. ESTUDIO DE COHORTES DE UN BROTE DE GASTROENTERITIS POR NOROVIRUS EN UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD EN GRANADA

A. Cambra Solans, D. Almagro López, C. del Moral Campaña, D. Almagro Nieves, A. Alonso Miranda

Distrito Metropolitano de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Describir la investigación clínica, epidemiológica y microbiológica de un brote de gastroenteritis aguda ocurrido en una residencia de la tercera edad en 2011 en la provincia de Granada, y analizar sus causas y los factores favorecedores de su transmisión.

Métodos: Hipótesis: gastroenteritis aguda transmitida de persona a persona y de etiología viral. Diseño: estudio de cohortes bidireccional. Emplazamiento: residencia de ancianos Trinidad en la localidad de Iznalloz, Granada. Población: 90 residentes. 47 trabajadores Intervenciones: Se iniciaron las medidas de control, insistiendo en las precauciones de transmisión por contacto. Se supervisó su cumplimiento. Se investigó la relación entre la enfermedad y distintas variables independientes: características personales, de lugar y tiempo. Se calculó tasas de ataque y riesgo relativo (IC95%). Se realizaron coprocultivos a cuatro residentes enfermos.

Resultados: La tasa de ataque entre los residentes fue de 47,8% (43/90). Entre trabajadores fue del 4,2% (2/47). Los síntomas más importantes fueron diarrea (73,8%) y vómitos (34,9%). La evolución de los enfermos fue hacia la curación en 24-48 horas. No se encontró relación estadísticamente significativa entre el género, edad, la planta de la residencia o el tipo de habitación, y el hecho de haber enfermado o no. La curva epidémica refleja un comienzo y final de transmisión de persona a persona. De las 4 muestras de heces de enfermos que se recogieron, una fue negativa, y las otras 3 fueron positivas para norovirus GGII.

Conclusiones: La clínica, evolución de los enfermos, curva epidémica y la determinación antigénica de virus en heces indican que se trata de una gastroenteritis con mecanismo de transmisión de persona a persona y de etiología confirmada por norovirus. No se han encontrado factores de riesgo de enfermar. La aplicación y seguimiento de las recomendaciones de aislamiento, la importancia de la higiene de manos y la limpieza exhaustiva, permitieron el control del brote.

86. INFECCIONES POR *SALMONELLA PARATYPHI B VAR JAVA* ASOCIADAS A CONTACTO CON TORTUGAS EN BIZKAIA

I. Baonza, E. Hernández, V. de Castro, J. Rodríguez, N. Muniozgueren, I. García, S. Herrera-León

Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco; Laboratorio Normativo de Salud Pública del Gobierno Vasco; Laboratorio de Referencia de Salmonella; CNM; Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Desde febrero de 2011 se detectó en Bizkaia un aumento de aislamientos de *S. paratyphi* declarados al Sistema de Información Microbiológica (SIM); por lo que se realizó una investigación epidemiológica para averiguar su origen e implementar las medidas oportunas.

Métodos: Se efectuó la búsqueda de casos *S. paratyphi* en el SIM entre septiembre de 2010 y octubre de 2011. Se realizó la encuesta telefónica a los casos o a sus padres cuando se trataba de niños. Las muestras de agua de los terrarios o acuarios de las tortugas de los casos y de 1 muestra de agua de la tienda donde se adquirió una de las tortugas se enviaron a analizar. Se enviaron las cepas aisladas de los coprocultivos de los casos; así como las muestras ambientales positivas a *S. paratyphi B* al laboratorio de referencia del Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda para su confirmación y subtipificación.

Resultados: Se identificaron 14 casos de *S. paratyphi B*, tasa 0,65/100.000, de las que 8 eran variedad Java, 3 de su posible variante monofásica (*S. 4,5, 12: b:-*) y 3 *S. paratyphi B* sensu stricto. Estos 3 últimos casos como correspondían a un brote familiar, con clínica diferente fueron excluidos del estudio. Se obtuvieron 3 perfiles electroforéticos: tipo 1, 2 y 3. Los 11 casos de *S. paratyphi Java* o su posible variante no estaban relacionados entre sí y presentaron un cuadro gastrointestinal leve. 9 eran menores con edades entre los 3 meses y los 10 años (6 niños y 3 niñas), una mujer de 24 años y un hombre de 62 años. El único factor de riesgo identificado fue el contacto con tortugas acuáticas en los días previos a la aparición de síntomas en 6 de los menores afectados (67%); en su propio domicilio en 4 casos, en el de un familiar en otro y en el medio escolar en el restante 3 muestras de agua de las tortugas fueron positivas a *Salmonella Java*, con el mismo perfil electroforético que los coprocultivos de los niños en contacto con ellas (dos tipo 2 y una tipo 1). Las otras 3 con resultado negativo se habían recogido transcurridos más de 5 meses desde la aparición de los casos. En la muestra de agua tomada de la tienda donde se había adquirido una tortuga se encontró *Salmonella* serogrupo C.

Conclusiones: Por segunda vez (la primera fue en 2008) detectamos un riesgo de infección por *Salmonella* asociado al contacto con tortugas, particularmente en los niños de corta edad y en personas inmunodeprimidas, por lo que consideramos conveniente realizar recomendaciones claras sobre la tenencia y manipulación de reptiles como mascotas y que en los lugares de venta se informe a los compradores de este riesgo.

552. BROTE DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

A. Magistris Sancho, A. Ferrer Alcalde, A. Galmés Truyols, N. Riera Marí

Unitat d'Epidemiologia d'Eivissa, C. Salut, Família i B.S, Illes Balears; Servei d'Epidemiologia, DG Salut Pública, Illes Balears; HRA Cas Serres, Consell Insular d'Eivissa.

Antecedentes/Objetivos: El día 25/08/2011 los servicios médicos de una residencia geriátrica de Eivissa comunicaron a salud pública un aumento de la incidencia de casos de infección respiratoria aguda leve (IRA) en los últimos 10 días.

Métodos: Estudio descriptivo del brote en términos de persona, lugar y tiempo. Encuesta epidemiológica a los casos con sintomatología en el momento de la notificación y búsqueda retrospectiva, entre resi-

dentos y trabajadores. Recogida de muestras clínicas para estudio microbiológico y serológico para determinar la etiología del brote. Vigilancia activa y notificación de casos nuevos. Medidas de control para evitar la extensión del brote.

Resultados: Se consideró población a riesgo a los residentes (160) y a los trabajadores, aproximadamente 100. Se registraron 36 casos (32 residentes y 4 trabajadores). Tasa de ataque 17,5% (20% residentes, 4% trabajadores), edad 33-95 años, mediana de 76,3. Sexo: 15 hombres y 21 mujeres. La epidemia se inició el 15/08/2011 y finalizó el 29/08/2012 con un pico de 5 casos el día 24. Síntomas más frecuentes: tos, malestar general, febrícula y congestión nasal con una auscultación respiratoria patológica. Cuadro autolimitado con una duración media de 5,2 días, en los 25 casos en que se conocía. Hubo dos defunciones por complicaciones de su patología de base. Todos los residentes afectados estaban vacunados frente a la gripe y el neumococo. Se recogieron 11 frotis faríngeos para estudio de virus (VSR, adenovirus, v. gripales, adenovirus, v. parainfluenza, metapneumovirus y enterovirus), todos ellos negativos. Serología para neumonía atípica: negativa en 9 casos, 1 positivo a *Coxiella burnetii*.

Conclusiones: Brote sindrómico de IRA de dos semanas de duración con 36 afectados. A pesar de la levedad del cuadro, las características de la población afectada conllevan un riesgo de complicaciones importantes, por lo que es importante detectarlo precozmente para establecer medidas de prevención de infecciones transmitidas por gotas y desplazamiento controlado dentro del centro para prevenir la extensión del brote.

221. ESTUDIO DE UN BROTE DE SARAMPIÓN CON GRAN AFECTACIÓN DE SANITARIOS. ISLA DE LANZAROTE, ENERO-FEBRERO DE 2012

A. García Rojas, P. García Castellano, P. Matute Cruz, N. Abadía Benítez, D. Núñez Gallo, M.C. Pérez González, D. Panizo

Servicio de Epidemiología y Prevención; Servicio de Microbiología, Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital de Lanzarote.

Antecedentes/Objetivos: Se presenta un estudio de un brote de sarampión, con gran afectación de sanitarios, verificado en la isla de Lanzarote, durante el periodo temporal enero-febrero 2012.

Métodos: Se establecieron las definiciones de caso compatible, confirmado y descartado establecidas en el Plan de Eliminación de esta enfermedad. Se analizaron los casos de sarampión notificados a la Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica durante la duración del brote. La información analizada se obtuvo de una ficha epidemiológica específica establecida en el Plan, y de la información suministrada por el SIM-CA (Sistema de Información Microbiológico de Canarias). Las variables analizadas fueron, número de casos confirmados, descartados y compatibles, fecha de inicio de los síntomas, edad y sexo, y antecedentes de vacunación con triple vírica o sarampión monovalente.

Resultados: Fueron estudiados un total de 14 casos, todos los cuales fueron confirmados. 13 (93%) lo fueron por serología y 1 (7%) por vínculo epidemiológico. El caso índice se correspondía con una mujer de 35 años de edad, que había viajado en los 18 días anteriores al inicio de síntomas a Madrid, donde resultó infectada por su hermano. Comenzó clínica el 6 de enero. El último caso inició síntomas el 17 de febrero. Todos los enfermos pudieron vincularse epidemiológicamente. Uno de ellos vivía en la isla de Gran Canaria, pero tenía como antecedente haber viajado a Lanzarote en los 18 días anteriores al comienzo de síntomas. Otro era una enfermera de la Isla del Hierro, pero que había trabajado en el hospital de Lanzarote, también en los 18 días anteriores a caer enferma. Además, 6 enfermos (46%) eran profesionales sanitarios. El 54% de los procesos tenían entre 25 a 35 años, y el 85% no tenían antecedentes de vacunación frente al sarampión.

Conclusiones: Las medidas de intervención establecidas, actuación inmediata ante sospecha diagnóstica, con notificación urgente, aislamiento de los casos, recogida de muestras y vacunación inmediata de los contactos susceptibles, permitieron acabar con el brote, en un breve periodo de tiempo.

24. ESTUDIO DE UN BROTE DE SARAMPIÓN EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA EN 2011

A. Varo Baena, M. Farouk, F. Antón Muñoz, M.P. Ruiz Cerezo, A. Rodríguez Torronteras, J.M. Gálvez Arjona

Delegación Provincial de Salud de Córdoba; Distrito Sanitario Sur; Distrito Sanitario Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: El sarampión es una enfermedad vírica de gran poder contagioso y con complicaciones que pueden llevar a la muerte. Se estiman unos 30 millones de casos en el mundo. Es una Enfermedad de Declaración Obligatoria Urgente en Andalucía. Nuestro objetivo es describir el brote epidémico ocurrido en la provincia de Córdoba en 2011.

Métodos: Es un estudio epidemiológico descriptivo clásico de tiempo, lugar y agente. Se define el caso, se clasifican y se recogen variables como el estado vacunal, la edad y el sexo y la hospitalización. Se calcula asimismo la efectividad vacunal con en el programa EPIDAT 3.1, con un modelo no condicionado a la exposición y un nivel de confianza del 95%.

Resultados: El número total de casos es de 100 (39 confirmados, 49 compatibles y 12 descartados). La fecha de inicio de síntomas del primer caso fue el 21 de marzo. El caso índice y primario pudo corresponder a una niña de once años diagnosticada de sarampión el día 22 de Febrero en el Centro de Salud de Loja que se trasladó con su madre a Rute. En el brote inicial de Rute, los casos eran no vacunados, por ser contrarios a la vacunación. El último caso se declara el 31 de agosto. Por semanas el brote tiene un pico al comienzo en la semana 14 y varios picos a lo largo de los 5 meses de duración de la misma. En total son cinco picos semanales en las semanas 14, 18, 24, 28 y 31. De la evolución tempororo-espacial se observa que ha habido dos brotes, uno en Rute al comienzo y un segundo brote esparcido por el distrito Sur que ha alcanzado al distrito Córdoba. El municipio con más casos acumulados es Rute (36), seguido de Puente-Genil (25) y después Córdoba (16). La tasa de incidencia por cien mil habitantes más alta tras Rute (340,8) y después Almedinilla (118,5). El tramo de edad más frecuente es el de 1 a 3 años (23 casos). Los varones son más, el 57%, y las mujeres, el 43%; esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p = 0,07$). Se hospitalizan el 32% de los casos declarados. Estaban vacunados el 7%. El valor de efectividad vacunal es de un 93,98%, con un intervalo de confianza inferior del 85,15% y superior del 97,56%. Sólo tenemos información de un genotipado (D4) del virus de un caso de Puente-Genil.

Conclusiones: Se trata de un brote epidémico de sarampión a nivel provincial en dos Distritos, Sur y Córdoba, entre marzo y agosto de 2011, con 88 casos, con especial incidencia y origen en el distrito Sur de Córdoba -al parecer relacionado con el brote de sarampión ocurrido en Granada-, y estando la mayor parte de los afectados no vacunados.

176. BROTE DE PAROTIDITIS. CAPTACIÓN DE CASOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M.A. García Iglesias, T.M. Muñoz Ciudad, L.C. González Pérez

Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: La parotiditis, es considerada una enfermedad benigna y la mayoría de los pacientes se recuperan sin complicaciones. Desde la consolidación de la vacuna, la incidencia ha descendido considerablemente, y su presentación se mantiene en on-

das epidémicas. Describir un brote de parotiditis en la provincia de Salamanca en el año 2011, detectado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, para el que se estableció un sistema de búsqueda activa de casos en el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos realizándose encuesta epidemiológica (cumplimentada por los profesionales sanitarios o directamente desde la Sección de Epidemiología) con datos de filiación, clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, incluido estado de vacunación, complicaciones y recuperación. La información se completó mediante encuesta por correo a los afectados.

Resultados: Se detectaron 181 casos entre las semanas 7 y 31 de 2011, con un pico máximo en la semana 20. El Índice Epidémico acumulado de estas semanas fue en Salamanca de 12,35 y de 3,06 en Castilla y León. La tasa de incidencia en Salamanca fue 51,74 por 100.000 hab frente a 13,01 en la Comunidad Autónoma. El 68,5% de los casos se notificaron desde Atención Primaria, el resto desde Especializada y de estos el 90% fueron localizados por búsqueda activa de casos en el Servicio de Urgencias. La mayoría de afectados fueron hombres (61,3%), el 40% del total de casos entre 20-24 años y la mitad estudiantes. La sintomatología predominante fue inflamación de parótidas y fiebre, con buena evolución, no hubo ingresos hospitalarios y el 11,7% de los varones afectados presentaron orquitis. Se realizó serología en el 45,8% de los casos, destacando que en el 33,7% la IgM y la IgG ambas positivas, un 2,40% sólo positiva la IgM, y el resto sólo positiva la IgG. Se solicitó en 3 casos PCR en orina y saliva con resultados negativos. De los 122, con estado vacunal conocido, el 82% estaban vacunados y más de la mitad con dos dosis.

Conclusiones: La tasa de incidencia en Salamanca fue muy superior a la de Castilla y León. Aunque es una enfermedad benigna, ocasionó una demanda importante en el Servicio de Urgencias Hospitalario donde la no realización de toma de muestras en el momento de la consulta limitó la obtención de resultados de laboratorio confirmatorios. A pesar de ser una enfermedad de notificación urgente en el Sistema de Vigilancia de Castilla y León, el 28% de los casos se conoció por búsqueda activa. La información de los antecedentes de vacunación de los casos es limitada.

53. CONTROL DE UN BROTE DE PAROTIDITIS: REPERCUSIONES SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL SARAMPIÓN

M.L. Gómez Mata, M. Mariscal Ortiz, M. Collado Jiménez, M.A. Bueno de la Rosa, I. Sillero Arenas, R. Martínez Nogueras, M.D. Morales Luque, E. Martos López, M. Delgado Rodríguez

Distrito Sanitario Jaén; Distrito Sanitario Jaén Sur; Delegación de Salud de Jaén; Hospital Ciudad de Jaén; Universidad de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: En enero de 2011 comenzó un brote de sarampión con 493 casos en la provincia de Sevilla, durante el primer trimestre se extendió a otras provincias andaluzas. En el Distrito Sanitario Jaén se produjo en la misma fecha un brote de parotiditis que motivó la revisión de los calendarios de 2.133 niños y que se extendió a universitarios que recibieron vacunación con la cepa Rubini. La estrategia de la Consejería de Salud para el control del brote de sarampión recoge la revisión de calendarios de los niños entre 1 y 18 años. Objetivo: completar la vacunación de los niños entre los 6 y 18 años del Distrito Sanitario Jaén, así como estudiar los casos de sarampión durante el año 2011.

Métodos: Estudio descriptivo. Se utilizaron los listados de educación (matriculados) y de las aulas universitarias donde se había producido algún caso. Se obtuvieron las fichas vacunales de dos sistemas para depurar errores: DIRAYA (historia de salud digital) y e-Vac. Para observar los casos de sarampión se utilizó el sistema integrado de alerta. Se envió carta informativa a los centros escolares, padres y universitarios

para informar y fechar el día de la revisión en caso de estar mal vacunados. Se utilizó el calendario de vacunación de Andalucía 2011 para establecer la correcta vacunación. Se procedió a revisar los calendarios en las clases de la universidad donde se habían producido casos y a administrar una dosis de recuerdo en los vacunados con la cepa Rubini. Variables recogidas: unidad de gestión clínica (UGC), colegio, matriculados, revisados, bien vacunados, mal vacunados, completan vacunación, sin autorización, cobertura vacunal, número de casos de sarampión.

Resultados: Se revisaron 77 colegios y dos aulas en la universidad. El total de alumnos matriculados de 6 a 18 años era 23.140, se revisaron 20.869 (90,19%), bien vacunados 19.884 (85,93%), 1.166 mal vacunados (5%), completan vacunación 938 (80% de los mal vacunados), 280 alumnos no tiene autorización de sus padres (1,21%). La cobertura vacunal es del 95,28%, oscilando entre 99,47% y 85% según la UGC. No ha aparecido ningún caso de sarampión. En la universidad se revisaron 41 alumnos entre 19 y 20 años de edad, se les administró una dosis de recuerdo a 20 alumnos.

Conclusiones: Se observa una cobertura vacunal por debajo del 97% sobre todo a expensas de algunas UGC. Tras la revisión y vacunación se logra aumentar la cobertura vacunal. No ha aparecido ningún caso de sarampión, lo que induce a pensar que hay una inmunidad de grupo tras el control del brote de parotiditis y revisión de cartillas.
