

SESIÓN DE PÓSTERES III

Jueves, 18 de octubre de 2012. 17:30 a 18:30 h

Pantalla 3

Vigilancia epidemiológica I

Modera: Elena Rodríguez-Valín

504. SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS FRENTE A SARAMPIÓN Y RUBÉOLA EN LA POBLACIÓN DE 2 A 60 AÑOS RESIDENTE EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2008-2009

L. García Comas, M. Ordobás Gavín, J.C. Sanz Moreno,
B. Ramos Blázquez, J. García Gutiérrez, M.D. Barranco Ordóñez,
M.A. Gutiérrez Rodríguez, I. Rodero Garduño

Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La OMS recomienda alcanzar y mantener un elevado nivel de protección inmunitaria en la población para poder alcanzar el objetivo de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita en la Región Europea en el año 2015. En la Comunidad de Madrid (CM) se llevan a cabo encuestas de seroprevalencia periódicas como parte integrante de la Red de Vigilancia Epidemiológica. Estas encuestas permiten conocer el grado de inmunidad de la población e identificar grupos de población susceptible sobre los que dirigir los esfuerzos de vacunación. En los años 2008-2009 se realizó la IV Encuesta de Serovigilancia. En este estudio se presenta la seroprevalencia de anticuerpos frente al sarampión y rubéola por grupos de edad en los años 2008-2009 y se compara con la obtenida en las encuestas previas.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La población diana son los residentes en la CM de 2-60 años de edad. Se ha realizado un muestreo por conglomerados, bietápico, estratificado por condición socioeconómica y porcentaje de población inmigrante. El marco de muestreo está constituido por los centros de extracción públicos del Servicio Madrileño de Salud. La seroprevalencia de anticuerpos se presenta en porcentajes y la comparación con las encuestas previas mediante el RR, con un nivel de confianza del 95%.

Resultados: La seroprevalencia de anticuerpos frente a sarampión en la población de 2-60 años es 97,8% (IC95%: 97,3-98,2). La estimación puntual supera el 95% en los grupos menores de 16 y mayores de 30 años. El grupo de 16-20 años presenta una prevalencia de 94,5% (IC95%: 92,3-96,0) y el de 21-30 de 94,3% (IC95%: 92,1-96,0). Cabe destacar el incremento en el grupo de 2-5 años de edad, cuya prevalencia era 90,5% en la encuesta anterior y es 99,7% en la actual (RR: 1,04 (1,01-1,07)), así como el descenso en el de 21-30 años, que pasa de 99,4% a 94,3% (RR: 0,95 (0,94-0,97)). La seroprevalencia de anticuerpos frente a rubéola supera el 95% en todos los grupos de edad.

Conclusiones: El incremento de la seroprevalencia en el grupo de 2-5 años es un indicador de la alta cobertura vacunal alcanzada. La seroprevalencia más baja se observa en adultos jóvenes, grupo más afectado cuando entra un virus importado en nuestra Comunidad. La recomendación de la OMS de llevar a cabo actividades suplementarias de inmunización debe tener en cuenta a este grupo como grupo diana. En relación con la seroprevalencia de anticuerpos frente a rubéola, todos los grupos de edad superan el 95% recomendado por la OMS.

199. REAPARICIÓN DE LA TRANSMISIÓN ENDÉMICA DEL VIRUS DEL SARAMPIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2011

L. García Comas, I. Rodero Garduño, A. Arce Arnáez, M. Ordobás Gavín, J.C. Sanz Moreno, M.D. Barranco Ordóñez, E. Rodríguez Baena, F. Martín Martínez, S. Jiménez Bueno, et al

Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Ante la dificultad de eliminar el sarampión en la región Europea de la OMS, el Comité Regional ha renovado el compromiso de eliminarlo para 2015. A pesar de la elevada cobertura vacunal con triple vírica (TV), en la CM se observó un incremento de casos a partir de febrero de 2011 y desde entonces el virus continúa circulando. El objetivo de este estudio es describir la incidencia y las características de los casos identificados hasta mayo de 2012.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de sarampión notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica. Las variables analizadas son: clasificación diagnóstica, fecha del exantema, edad, etnia, asociación a otro caso, genotipo, complicaciones, hospitalización y vacunación. La incidencia se expresa en casos por 100.000 habitantes.

Resultados: Se han identificado 743 casos (83,9% confirmados por laboratorio, 5,5% por vínculo epidemiológico y 10,6% compatibles). La incidencia fue 9,52 en 2011 y 1,93 en el período de 2012 analizado. El 90,4% son españoles y el 37,0% de etnia gitana. Entre los casos de etnia gitana predominan los de 16 meses-15 años (69,8%) y en el resto los de 6-11 meses (17,7%) y 26-35 años (37,0%). El 58,4% se agrupan en 80 cadenas de transmisión: el 26,2% en 3 de ámbito comunitario, el 19,8% en 55 familias, el 8,9% en 12 escuelas infantiles, el 1,3% en 5 centros sanitarios y el resto en 3 colectivos laborales y 1 centro socio-sanitario. El 11,2% ha presentado complicaciones y el 20,7% ha requerido hospitalización. El genotipo predominante es el D4 (11,3%). El 82,1% de los casos de etnia gitana y el 27,5% de los restantes debían haber estado vacunados según el calendario vacunal infantil y no lo estaban. Las medidas de control adoptadas son: 1) Información a los centros sanitarios recordando las medidas de prevención; 2) Adelanto de la primera dosis de TV a los 12 meses; 3) Captación activa de niños de 12 meses-4 años que no habían recibido ninguna dosis de TV; 4) Difusión de nota informativa dirigida a padres de niños del primer ciclo de educación infantil para recordar la necesidad de que sus hijos estén bien vacunados; 5) Estrategias de prevención dirigidas a grupos específicos (trabajadores de centros sanitarios y población de etnia gitana).

Conclusiones: La situación actual muestra cómo el sarampión puede reaparecer en un lugar en el que ya se había eliminado. Es necesario mantener una elevada cobertura con dos dosis de TV e intensificar las medidas para garantizar la vacunación de los grupos de susceptibles identificados (personas de etnia gitana y adultos jóvenes).

330. BROTE DE PAROTIDITIS EN POBLACIÓN CON ALTA COBERTURA VACUNAL

M. Carol, M. Illa, G. González-Zobl, A. Martínez, C. Oliver, M. Raga, N. Torner, R. Torra

Unitat de Vigilància Epidemiològica Regió Catalunya Central, ASPC; Subdirecció de Vigilància i Resposta Emergències de Salut Pública, ASPC; EAP Igualada Nord, Consorci Sanitari de l'Anoia; EAP Igualada Urbà, Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: El programa de eliminación de la parotiditis en Cataluña tiene como finalidad el control de la enfermedad pero siguen apareciendo casos. Algunos se asocian a haber recibido una dosis de la vacuna triple vírica que contenía cepa Rubini, mientras que en otros casos estaban vacunados con otras cepas de efectividad elevada. El objetivo de este trabajo es describir un brote de parotiditis en la co-

marca de Anoia en Cataluña con un elevado porcentaje de individuos correctamente vacunados.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Fuentes: Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria, Registros de vacunaciones del Servei Català de la Salut, Laboratorio de Microbiología del Hospital Clínic i Provincial. Criterio de inclusión: caso sospechoso (presencia de clínica compatible sin confirmación microbiológica ni relación epidemiológica con otro caso) y caso confirmado (confirmado por laboratorio o con relación epidemiológica con otro caso confirmado). Parámetros utilizados: estadística descriptiva y tasa de incidencia acumulada.

Resultados: Se declararon 70 casos que iniciaron síntomas entre el 12 de octubre de 2011 y el 9 de febrero de 2012. La tasa de incidencia acumulada del brote fue de 60/100.000 habitantes. El 73% de los casos fueron jóvenes de 12 a 16 años, el 67% hombres y el 33% mujeres. El 95% estaban correctamente vacunados. El 91% eran alumnos de centros docentes de la comarca, el 54% del mismo centro donde se vieron afectados 14 grupos de 26. El brote generó 10 brotes familiares con una mediana por brote de 2 (2-4). El 14% se confirmaron microbiológicamente mediante PCR, el 76% por vínculo epidemiológico y 7 se consideraron sospechosos. Sólo se notificó una orquitis como complicación y ningún caso requirió hospitalización. Se estudió la vacunación de 1116 contactos escolares. El 96% estaban bien vacunados antes del inicio del brote. Sólo un 13% de los casos podían haber recibido alguna dosis de vacuna con cepa Rubini.

Conclusiones: El brote aparece en una población con alta cobertura de vacunación, superior al 95%. La ocurrencia no es excepcional, periódicamente se describen casos en población mundial con alta proporción de vacunados. En este brote, la asociación con haber recibido vacunación con la cepa Rubini no influyó en la evolución porque sólo implicó al 13% de los casos. El estudio de este brote contribuye a investigar otros brotes de parotiditis; identificar los cambios que se producen en el patrón epidemiológico y orientar futuras políticas de vacunación.

517. RESURGIMIENTO DE LA TOS FERINA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL PERIODO 2010-2012

I. Rodero Garduño, L. García Comas, A. Arce Arnáez, E. Gil Montalbán, M.D. Lasheras Carbajo, A.M. Pérez Meixeira, S. Jiménez Bueno, M. Ordobás Gavín, J.C. Sanz Moreno, et al

Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La tos ferina es una enfermedad con capacidad para originar complicaciones e incluso muerte en niños menores de 6 meses sin la serie primaria de vacunación completa. Desde el 1 de junio de 2011 en la Comunidad de Madrid se administra una dosis de dTpa a los 14 años. El objetivo del estudio es describir el aumento de casos detectado en la Comunidad de Madrid desde enero de 2010 hasta abril de 2012.

Métodos: Se describen los casos de tos ferina desde enero de 2010 según variables demográficas y antecedentes de vacunación, comparando la incidencia (casos por 100.000 habitantes) con la de los años previos.

Resultados: Desde enero de 2010 hasta abril de 2012 se han detectado 845 casos (incidencia: 6,22 en 2010 y 6,35 en 2011) y se ha producido un fallecimiento en un niño de 1 mes de edad. En los 10 años anteriores se han observado otros dos picos epidémicos, aunque de menor magnitud: 277 casos en 2003 (incidencia: 4,84) y 171 casos en 2007 (2,81). Se mantiene el patrón estacional con predominio en primavera-verano (62,1% de casos entre abril y julio). La incidencia más alta corresponde a los menores de 1 año (217,84), seguido del grupo de 5-9 años (28,61) y de 10-14 años (23,82). El 55,0% de los casos son mujeres. Se han confirmado por laboratorio el 51,6% de los casos, espe-

cialmente en los menores de 1 año (69,0%). En el 84,7% de los casos menores de 15 años está registrado el estado vacunal, y entre estos el 73,0% figuran como vacunados. Tras la implantación del refuerzo de dTpa, el número de casos entre junio y diciembre de 2011 ha descendido un 24,5% respecto al mismo periodo del año anterior, sobre todo en los grupos de 14-19 años (75,0%) y 10-14 años (61,2%).

Conclusiones: A pesar de los altos niveles de cobertura vacunal existentes en la Comunidad de Madrid, se observa un significativo incremento de los casos de tos ferina desde el año 2010. Los programas de refuerzo de la vacunación en adolescentes y adultos se presentan como una posible estrategia eficaz para disminuir la morbilidad en estos grupos de edad y limitar la transmisión a otras poblaciones de mayor riesgo.

448. SITUACIÓN DE LA TOS FERINA EN CASTILLA Y LEÓN, 2007-2011

C. Ruiz Sopena, S. Fernández Arribas, H. Marcos Rodríguez, A. Pérez Rubio

Dirección General de Salud Pública, Junta de Castilla y León, Valladolid.

Antecedentes/Objetivos: Desde la introducción de la 5ª dosis de DTPa a los 6 años en Castilla y León en el año 2000, la incidencia de Tos ferina disminuyó de forma más llamativa (menos de 1 caso por 100.000 hab.) que el descenso que se venía observando desde los años 90. Sin embargo en los últimos años se ha producido un incremento en la incidencia, especialmente en niños, adolescentes y adultos. El objetivo del estudio es describir las características epidemiológicas de la tos ferina en Castilla y León en los últimos años.

Métodos: Análisis descriptivo de los casos de tos ferina notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León entre 2007 y 2011 y de los ingresos hospitalarios por tos ferina (CIE 9 0.33) recogidos en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Se han analizado las variables clínicas, epidemiológicas y de diagnóstico recogidas en la encuesta epidemiológica, obteniéndose diferencias con intervalos de confianza al 95% y valor p. La población de referencia procede de la revisión anual del padrón (INE).

Resultados: En el periodo de estudio se han notificado 100 casos de Tos ferina, con un rango de 5 a 62 casos por año, número similar a los ingresos hospitalarios del CMBD del mismo periodo (107 casos). La incidencia del periodo ha sido 0,78 casos por 100.000 hab., incrementándose de 0,20 en 2007 a 2,42 en 2011 (IC95% 0,0328; 0,2030 p = 0,0000). El 59% de los casos (59) fueron mujeres con una incidencia de 0,92 por 100.000 hab. y de 0,65 por 100.000 en hombres, diferencias no significativas. El mayor número de casos (56) se notificó en menores de 1 año (tasa de 59,31) y el grupo de edad más afectado fue el de 0 a 4 años (74 casos, tasa de 14,88). El 37,5% de los casos menores de 1 año tenían menos de 1 mes y no estaban vacunados; y el 32,1% tenían dos meses y la mitad estaban vacunados con una dosis de vacuna frente a la tos ferina. El síntoma más frecuente ha sido la tos paroxística (64%), seguido de la tos (61%) y los síntomas catarrales (45%). Se hospitalizaron 51 casos, un 78,5% de los menores de 1 año. Se han confirmado 47 casos (27 por PCR, 18 por cultivo y 2 por serología). Un 55% de los casos estaban vacunados y un 34% no vacunados (el 97% entre 0 y 1 mes). La fuente probable de contagio está recogida en 18 casos: un 83,3% en el entorno familiar (66,6% hermanos y primos).

Conclusiones: En el periodo estudiado la tendencia de la tos ferina es claramente ascendente, más frecuente en niños menores de 1 año y sobre todo en menores de 2 meses. El síntoma más frecuente ha sido la tos paroxística y se registró un alto porcentaje de hospitalizados, sobre todo en los menores de 1 año. Es necesario mejorar la vigilancia epidemiológica de la enfermedad para poder valorar la evolución de la incidencia global y futuras nuevas pautas de vacunación.

497. ¿ESTÁ AUMENTANDO LA INCIDENCIA DE TOS FERINA? INCIDENCIA DE TOS FERINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

I. Huertas Zarco, F. González Morán, E. Pérez Pérez, E. Carmona Martí, M.T. Castellanos Martínez

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

Antecedentes/Objetivos: La tos ferina, antes de la introducción de la vacuna, era una enfermedad de carácter endémico con ciclos epidémicos cada 3 a 5 años. En la actualidad la tos ferina sigue siendo una enfermedad, que mantiene su importancia a nivel mundial. La inmunidad conferida tanto por la infección como por la vacunación decrece con el tiempo, múltiples estudios sobre la vacuna contra la tos ferina muestran que su eficacia se asocia directamente con el número de dosis y la edad. En la Comunidad Valenciana (CV), la tos ferina es una Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) desde 1982 y desde su introducción, muestra una tendencia descendente, en el último decenio la tasa siempre ha sido inferior a un caso por cien mil habitantes y así se ha mantenido hasta 2011 donde la declaración de casos se ha disparado.

Métodos: Estudio descriptivo de la incidencia de tos ferina, durante 2010 y 2011, a partir de los datos de Vigilancia Epidemiológica, recogidos en el AVE (sistema de declaración electrónica desde el ámbito hospitalario y extrahospitalario), y de Vigilancia Microbiológica, recogidos en la RedMIVA (sistema de información microbiológica de los hospitales de la CV).

Resultados: A través del sistema de vigilancia se notificaron 18 casos en 2010 (tasa de incidencia de $0,36 \times 100.000$ hab.) y 249 en 2011 (TI de $4,89 \times 100.000$ hab.), el 72% y el 67% respectivamente fueron casos confirmados; por edad se concentraron en menores de un año, el 61% en 2010 y el 54% en 2011, y por estado de vacunación, en 2010 un 39% tenían 3 o más dosis y un 5,5% una o dos, y en 2011 un 32% y un 18% respectivamente. La red de vigilancia microbiológica identificó 16 casos a partir de 255 pruebas diagnósticas en 2010 y 147 casos a partir de 740 pruebas en 2011, los casos se confirmaron por cultivo (18,7% en 2010 y 20,4% en 2011), PCR (50% y 74%) y serología (31,2% y 5,4%). Del total de pruebas realizadas en 2010 fueron positivas el 6,3% y en 2011 el 19,9%, predominando la PCR (33% de positivos del 2010 y 42% de 2011).

Conclusiones: En 2011 el número de casos identificados se ha incrementado 9,2 veces, con respecto al año anterior. Más de la mitad de los casos son menores de 1 año y casi la mitad vacunados. Las pruebas diagnósticas se han multiplicado por 2,9 veces, y en concreto la PCR por 10,2 veces. Estos resultados explican un aumento de la incidencia debido a que nos encontramos en un ciclo epidémico y a la mayor utilización de una prueba diagnóstica más sensible como es la PCR.

212. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA VARICELA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN LOS 5 AÑOS POSTERIORES A LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA (2007-2011)

L.P. Cabrera Miranda, L. García Comas, S. Cañellas Lladrés, M. Ordoñas Gavín, A. Arce Arnáez, M.D. Barranco Ordóñez

Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: En el año 2006 se incluyó la vacuna frente a varicela en el calendario de vacunación infantil de la Comunidad de Madrid (CM). En 2007 se alcanzó una cobertura del 79,2%, cifra que ha ido aumentando hasta alcanzar valores por encima del 95% en 2010 y 2011. Esta medida ha producido un importante descenso en la incidencia de esta enfermedad. El objetivo del estudio es describir la evolución de la incidencia anual de la varicela desde la incorporación de la vacuna al calendario infantil (años 2007-2011).

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La fuente de datos es la Red de Médicos Centinela de la CM, formada por 95 médicos de familia y 31 pediatras seleccionados según variables socioeconómicas, socio-demográficas y culturales. La población que atienden estos médicos conforma una muestra representativa de la población de la CM cuyo tamaño muestral equivale a un 3% de la población total. Se ha estimado la incidencia de varicela anual (casos por 100.000 habitantes) total y por grupos de edad y sexo en el período 2007-2011. La evolución se ha analizado mediante el riesgo relativo (RR), con un nivel de confianza del 95%, tomando como valor basal la incidencia de 2007.

Resultados: La incidencia en 2011 fue 112,84 (93,68-132,01). El riesgo de enfermar en 2011 con respecto a 2007 es de 0,15 (0,12-0,18). La incidencia ha disminuido en ambos sexos y en todos los grupos de edad. La mayor disminución se ha observado en el grupo de 0-4 años, con una incidencia de 311,31 (191,83-430,79) en 2011 frente a 5.379,67 (4.744,80-6.014,54) en 2007. La proporción de casos que adquirieron la infección en las escuelas infantiles ha disminuido hasta el 1,5% en 2011 frente al 10,2% en 2007. Se observa un incremento en la proporción de casos vacunados, que alcanza el 37,6% en 2011.

Conclusiones: La incidencia de varicela ha disminuido desde la incorporación de la vacuna, tanto en los grupos de edad diana como en el resto. El incremento de la proporción de casos vacunados ("varicela breakthrough"), es comparable a lo observado en otros países con elevadas coberturas vacunales y compatible con la efectividad moderada de esta vacuna para prevenir la infección. Es necesario mantener la vigilancia de varicela para detectar futuros cambios en el patrón de presentación de casos y valorar la necesidad de una segunda dosis.

222. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE HERPES ZOSTER EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN LOS 5 AÑOS POSTERIORES A LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA FRENTE A VARICELA (2007-2011)

L.P. Cabrera Miranda, L. García Comas, S. Cañellas Llabrés, M. Ordoñas Gavín, A. Arce Arnáez

Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La inclusión de la vacunación frente a varicela en el calendario de vacunación infantil puede introducir cambios en el patrón de presentación del herpes zoster. La incidencia de herpes zoster en la Comunidad de Madrid (CM) muestra una tendencia creciente desde la inclusión de la vacuna en el calendario infantil en el año 2006. El presente estudio tiene como objetivo describir la evolución de la incidencia del herpes zoster en los 5 años posteriores a la introducción de la vacuna (años 2007-2011).

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La fuente de datos es la Red de Médicos Centinela de la CM, formada por 95 médicos de familia y 31 pediatras seleccionados según variables socioeconómicas, socio-demográficas y culturales. La población que atienden estos médicos conforma una muestra representativa de la población de la CM cuyo tamaño muestral equivale a un 3% de la población total. Se ha estimado la incidencia de herpes zoster (casos por 100.000 habitantes) total y por grupos de edad y sexo en el período 2007-2011. La evolución se ha analizado mediante el riesgo relativo (RR), con un nivel de confianza del 95%, tomando como valor basal la incidencia de 2007.

Resultados: Durante el período 2007 al 2011 se declararon 1897 casos de herpes zoster. El riesgo de enfermar en 2011 con respecto a 2007 fue 1,24 (IC: 1,06-1,45). La incidencia ha pasado de 390,08 (337,55-442,62) en 2007 a 484,47 (444,83-524,11) en 2011. En los años 2008, 2009 y 2010 la incidencia fue 387,11, 349,89 y 421,66 respectivamente. En todo el período la incidencia anual es más elevada en mujeres y en los grupos de mayores de 45 años. En el año 2011 la incidencia fue mayor en los grupos de 45-64 (618,24) y 65-74 años (1.189,28) y menor en el de 75-84 años (1.089,10) en relación con la observada en 2007 en esos grupos de edad (604,37, 888,34 y 1.317,53 respectivamente).

Conclusiones: La tendencia creciente observada en la incidencia del herpes zoster tras la introducción de la vacuna en el calendario infantil se mantiene en el año 2011. La vigilancia del herpes zoster en los próximos años es fundamental para detectar los posibles cambios asociados a la introducción de la vacuna y orientar las políticas de vacunación.

209. AISLAMIENTOS DE S. PNEUMONIAE EN MENORES DE 5 AÑOS. ISLA DE GRAN CANARIA, 2004-2011

A. García Rojas, P. García Castellano, P. Matute Cruz, D. Núñez Gallo, M.D. Trujillo Herrera, J. Solís Romero, F. Artilles Campelo, A. Bordes Benitez, A. Fenoll Comes

Servicio de Epidemiología y Prevención, Canarias; Servicio de Microbiología, Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.

Antecedentes/Objetivos: Se plantea conocer las características descriptivas y distribución temporal de los diferentes serotipos de S. pneumoniae aislados en menores de cinco años en la isla de Gran Canaria, durante el periodo temporal 2004-2011.

Métodos: Estudio prospectivo de los serotipos de S. pneumoniae aislados en menores de 5 años, y notificados por el Sistema de Información Microbiológica de la Isla de Gran Canaria durante los años 2004-2011, correspondientes a enfermos que hubieran sido ingresados en un hospital de la isla con diagnóstico de laboratorio de S. pneumoniae en sangre, LCR, o en otros lugares usualmente estériles.

Resultados: Durante el periodo estudiado se notificaron un total de 100 casos. 12 aislamientos se verificaron en 2004, 17 en 2005, 19 en 2006, 9 en 2007, 23 en 2008, 7 en 2009, 8 en 2010 y 5 en 2011. Del total de los 100 hallazgos, se pudieron serotipar 77, 26 de los cuales correspondían a pacientes menores de 1 año de vida, 41 a pacientes entre 1 y 2 años, y 10 entre los mayores de 2 y menores de 5 años. De estos 77 procesos serotipados, el 66,23% no eran prevenibles por la vacuna conjugada heptavalente. Tras la aparición en España de las nuevas vacunas conjugadas antineumocócicas, en el año 2008 el 33% de los procesos notificados eran prevenibles por la vacuna Synflorix y el 92% por Prevenar 13. En 2009 esta relación era de un 57% para Synflorix y un 86% para Prevenar 13, en el 2010 el 50% para Synflorix y el 75% para Prevenar 13 y en el 2011 el 33% para Synflorix y el 64% para Prevenar 13.

Conclusiones: La aparición de los serotipos vacunales aislados puede estar condicionado por el uso de las vacunas conjugadas en un amplio porcentaje de la población menor de 5 años. Hay que aumentar el conocimiento sobre la enfermedad neumocócica invasiva, mediante una vigilancia continua, remarcando la necesidad de confirmar los diagnósticos y de disponer de aislamientos que permitan identificar los serotipos causantes. Las nuevas vacunas conjugadas frente a la enfermedad invasiva por neumococo engloban, especialmente la Prevenar 13, una gran parte de los serotipos aislados en la isla de Gran Canaria en los últimos años estudiados.

191. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCÓCICA DE POLISACÁRIDOS CAPSULARES EN MAYORES DE 59 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M.A. Gutiérrez Rodríguez, A. Arce Arnáez, E. Córdoba Deorador, E. Gil Montalbán, J.A. Taveira Jiménez, J.C. Sanz Moreno, D. Iniesta Fornies, M. Ordoñas Gavín

Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: En la Comunidad de Madrid la vacuna neumocócica de polisacáridos capsulares (VNP) se incluyó en 2005 en las recomendaciones de vacunación de adultos mayores de 59 años, administrándose junto a la vacuna antigripal. En noviembre de 2006 se incluyó la vacuna neumocócica conjugada heptavalente (VNC7) en el calendario de vacunaciones infantiles y en febrero de 2007 se incluyó la

enfermedad neumocócica invasora (ENI) como enfermedad de declaración obligatoria. En junio de 2010 se cambió la VNC7 por la vacuna conjugada 13-valente (VNC13). El objetivo del estudio es describir la evolución de ENI en personas mayores de 59 años en la Comunidad de Madrid en el período 2008-2011 y determinar la efectividad de la VNP.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de ENI mayores de 59 años registrados en el sistema EDO en el período 2008-2011. La definición de caso de ENI requiere la identificación del patógeno en un sitio normalmente estéril. Se compara la incidencia en 2011 con la registrada en 2008, mediante el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%). La efectividad vacunal (EV) se determina por el método de cribado y por el método de Broome o de cohortes indirectas.

Resultados: En el período 2008-2011 se registraron 864 casos de ENI mayores de 59 años en la Comunidad de Madrid. El 55,6% de los casos eran varones, el 60,1% presentaban antecedentes patológicos, el 42,6% había recibido VNP y el 16% fallecieron. La principal forma clínica de presentación fue la neumonía/empiema (62,2%) y los principales serotipos identificados fueron: 3 (14,9%), 19A (12,6%), 7F (7,4%), 1 (5,3%) y 8 (5,0%). La proporción de serotipos incluidos en la VNP fue del 68,1%, en la VNC7 del 10,3% y en la VNC13 del 49,9%. En el período de estudio se observa una disminución de la incidencia global (RR = 0,76 IC 0,63-0,92) y por serotipos de la VNP (RR = 0,70 IC 0,55-0,89). La EV por el método de cribado fue del 61,1%. La EV por el método de Broome fue del 45,2%, siendo mayor para el grupo de edad de 60-69 años (54,2%) y para los pacientes sin antecedentes patológicos (59,1%). La EV para los serotipos incluidos en la VNP pero no en la VNC13 fue del 53,2%, observándose una reducción de la EV cuando habían transcurrido más de cinco años tras la vacunación (48,9% vs 56,2%).

Conclusiones: La reducción de la incidencia observada en el período de estudio es compatible con el efecto rebaño descrito de la VNC7 y con la EV de la VNP observada. La EV es limitada y similar a la descrita en otros estudios, siendo superior en las cohortes de menor edad y en los pacientes sin antecedentes patológicos; y disminuyendo con el tiempo transcurrido tras la vacunación.

285. ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA EN ANDALUCÍA, 2011

V. Gallardo García, F.J. Guillén Enríquez, J.C. Fernández Merino, G. Andérica Frías, J.C. Carmona Lagares, J.M. Mayoral Cortés

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral; Secretaría General de Salud Pública y Participación; Consejería de Salud de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad neumocócica invasiva (ENI) se incluyó como enfermedad de declaración obligatoria en Andalucía en 2009. Hasta el año 2008 solo se tenían datos de la meningitis neumocócica. El objetivo del estudio es describir las características epidemiológicas de esta enfermedad en Andalucía en 2011.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de ENI declarados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía confirmados por laboratorio en el año 2011. Para el cálculo de tasas se han utilizado datos del Padrón de habitantes de 2011.

Resultados: En los años 2009 y 2010 se notificaron 267 y 240 casos de ENI (tasa 3,22 y 2,87). Durante el año 2011 se notificaron 316 casos de ENI, lo que supone una tasa de incidencia 3,75 por 100.000 habitantes, el 55% varones. La forma clínica más frecuente fue la neumonía bacteriémica con 120 casos (tasa 1,42), seguido de meningitis con 92 casos (tasa 1,09) y sepsis con 56 casos (tasa 0,66). Por grupos de edad destacan los menores de 2 años con la tasa más elevada de ENI (19,01), seguido del grupo de 2 a 4 y el de mayores de 64 años (9,43 y 7,81). El grupo de menores de 2 años es el que presenta mayores tasas de meningitis, neumonía y sepsis (6,18, 4,49 y 4,49). En los grupos de 2 a 4 años y mayores de 64 años la mayor tasa corresponde a neumonía (3,71 y 3,36). La letalidad de la ENI ha sido de 14,3%, siendo más elevada en los mayores de 64 años y menores de 2 años (19,0 y 17,6% respectivamente). La letalidad ha sido de 18,5% en meningitis, 17,9% en la

sepsis y 10,0% en neumonía. Se tiene información de los serotipos en el 43% de los casos (137). Se han detectado 34 serotipos diferentes, los más frecuentes fueron el 19A (19,7%), el 3 (11,7%), el 7F (9,5%), el 1 (5,8%), el 19F (5,1%) y el 35B (4,4%). En los menores de 5 años, con 28 casos serotipados y 11 serotipos diferentes detectados, los serotipos más frecuentes han sido el 19A (50%), el 19F (14,3%) y el 35B (7,1%), en este grupo de edad la proporción de serotipos incluidos en la vacuna trecevalente ha sido del 69%.

Conclusiones: Al igual que en años anteriores, la incidencia de ENI detectada en Andalucía en 2011 se encuentra por debajo de las cifras descritas en otras CCAA. Las características epidemiológicas son semejantes a las encontradas en los años anteriores en Andalucía y en otros estudios, mayor afectación de los menores de 5 años y los mayores de 64, siendo este grupo el que presenta una mayor letalidad, al igual que los serotipos circulantes más frecuentes. Es necesario seguir insistiendo en la importancia de la declaración de todos los casos de ENI y aumentar el porcentaje de cepas serotipadas.

404. ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA EN LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD ORIHUELA Y TORREVIEJA, 2007-2011

R. Marco Aledo, E. Vicente Martínez, E. Noguera Jiménez, M.M. Bernabeu Noguera, J.G. Cano Montero

Unidad de Epidemiología, Centro de Salud Pública Orihuela, Comunidad Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La ENI se aborda en la Comunidad Valenciana como EDO desde 2007. En 2001 se recomienda la vacuna neumocócica polisacárida 23-valente a residentes en instituciones cerradas y grupos de riesgo, en 2007 la vacuna conjugada 7-valente se recomienda a niños en grupos de riesgo. En 2010 se aprueba la vacuna conjugada 13-valente. El objetivo es describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de casos de ENI declarados, en los departamentos de salud de Orihuela y Torrevieja (2007-2011).

Métodos: Tipo estudio observacional descriptivo. Población casos de ENI declarados en AVE confirmados por laboratorio (RedMiva) (2007-2011), con identificación del patógeno en un sitio normalmente estéril. Variables características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas. Ámbito departamentos de salud Orihuela y Torrevieja. Fuentes de información AVE, RedMiva, padrón actualizado del Instituto Valenciano de Estadística. Análisis de datos: cálculo de tasas de incidencia anual, letalidad, frecuencias y porcentajes de serotipos identificados.

Resultados: Se declaran 104 casos de ENI, 54,8% hombres. Por grupos de edad el 79,8% mayores de 40 años, el 35,6% mayores de 64 años y el 11,5% menores de 5 años. La neumonía es la forma clínica más frecuente (46,2%). Las tasas anuales de incidencia son $8,9 \times 10^5$ h en 2007, $4,7 \times 10^5$ h en 2011. La letalidad global es de 19,2%, en mayores de 64 años 21,6%, menores de 5 años 16,6%. La letalidad es del 33,3% en meningitis, 17,4% en sepsis y 14,6% en neumonía. Del 72,1% de los casos conocemos el serotipo. Principales serotipos identificados: 14 y 19^a (21,32%), 3 y 8 (16%), 6A y 7F (13,3%) y 19,22F y 1 (16%). La proporción de serotipos incluidos en la VNP23 es del 65,3%, en VNC7 20% y en VNC13, 57,3%. En menores de 5 años, se identifican el 14 (25%), el 15A, 19, 19A, 19F, 35B y 12 (50%). En este grupo el 44,4% de los serotipos identificados están incluidos en la VNC7 y el 55,5% en la VNC13. En mayores de 64 años, se identifican los serotipos 3 (13,5%), 22F (10,8%), 14, 19, 19A y 6A (21,6%). El 64% de los serotipos identificados se incluyen en la VNP23.

Conclusiones: Las tasas de incidencia en el período de estudio son similares a las registradas en la provincia de Alicante y menores que las de la CV. Más de la tercera parte de los casos se producen en mayores de 64 años, grupo de edad no incluido en las recomendaciones de la vacuna. Es importante aumentar las coberturas en grupos de riesgo en los que sí existe indicación de vacuna. Se debería recomendar la vacunación sistemática posteriormente al proceso.

532. VALOR PREDICTIVO POSITIVO DE LA TOMA DE MUESTRA PARA CONFIRMACIÓN VIROLÓGICA EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA GRIPE EN ESPAÑA

C. Delgado-Sanz, S. Jiménez-Jorge, S. de Mateo, A. Larrauri, en representación del Sistema de Vigilancia de Gripe en España

Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Los médicos centinela participantes en el Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE) notifican las consultas por síndromes gripales que cumplen una definición de caso y recogen muestras de exudado nasal y/o faríngeo de algunos pacientes para su confirmación virológica. El objetivo del estudio fue conocer los factores que influyen en el valor predictivo positivo (VPP) de la toma de muestra en los casos clínicos de gripe notificados al SVGE en las últimas cinco epidemias de gripe.

Métodos: Los datos se obtuvieron del SVGE en las temporadas 2007-08 a 2011-12. Se analizó el porcentaje de muestras centinela positivas a virus gripales en función de la variable "intervalo" (tiempo transcurrido entre la fecha de inicio de síntomas y la de toma de muestra para su envío al laboratorio: 0-4 y > 4 días), independientemente de otras variables de confusión: grupo de edad (pediátrica: < 15 años y adulta: ≥ 15 años), sexo, estado de vacunación y periodo de actividad gripal. El efecto ajustado de la variable independiente principal (odds ratio) se estimó con modelos de regresión logística múltiple.

Resultados: La tasa de detección viral varió por temporada y grupo de edad, con máximos porcentajes de positividad en el grupo de 5-14 años en la temporada 2009-10 (75%) y en el de > 64 años en la temporada 2011-12 (72%). La información sobre fecha de inicio de síntomas aumentó de 87% a 96% de la primera a la última temporada analizada, respectivamente, mientras que la de fecha de envío de muestras disminuyó de 94% a 84% en el mismo periodo. El 94% de las muestras se recogieron en los primeros 4 días desde el inicio de síntomas. El análisis multivariable mostró que la proporción de muestras positivas disminuyó al aumentar el "intervalo" (OR = 0,87; IC95%: 0,76-0,99), en el grupo de ≥ 15 años respecto a los de edad pediátrica (OR = 0,81; IC95%: 0,76-0,87) y en los vacunados (OR = 0,74; IC95%: 0,66-0,82). Siendo el VPP de la toma de muestra mayor en el periodo epidémico (OR = 7,19; IC95%: 6,64-7,80).

Conclusiones: La tasa de detección de virus gripales varía por grupo de edad según el virus dominante en cada temporada. El VPP de la toma de muestra disminuye después de 4 días desde el inicio de síntomas al envío de muestra al laboratorio. Se recomienda mantener la dinámica de toma de muestras respiratorias en pacientes de gripe con menos de 4 días de evolución, que se realiza actualmente de forma mayoritaria en el SVGE. Es deseable una mejora en la información sobre la fecha de envío de muestras al laboratorio, para poder realizar una evaluación periódica rigurosa de la calidad de la información virológica del SVGE.

81. PRONÓSTICO DIFERENTE DE LOS CASOS HOSPITALIZADOS POR GRIPE EN ESPAÑA LA TEMPORADA SIGUIENTE A LA PANDEMIA DE H1N1 DE 2009-2010

M. Delgado, J. Castilla, P. Godoy, J. Alonso, G. Astray, F. González-Candelas, R. Cantón, J.M. Mayoral, A. Domínguez

Universidad de Jaén y CIBERESP; Instituto de Salud Pública de Navarra; Generalitat de Catalunya; IMIM; Comunidad de Madrid; Centro Superior de Investigación en Salud Pública de Valencia; Hospital Ramón y Cajal; Junta de Andalucía; Universidad de Barcelona y CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El pronóstico de la pandemia de gripe H1N1 en España no fue tan grave como el esperado. Es posible que ante el miedo de una nueva infección se hospitalizaran casos más leves que en otras campañas. Por ello, se evalúa el pronóstico de los pacientes

ingresados por gripe H1N1 en la campaña 2009-10, con los ingresados un año después.

Métodos: Se recogieron 813 casos ingresados por gripe H1N1 en la campaña 2009-10 (J Antimicro Chemother 2012), confirmada mediante PCR. En la campaña siguiente se incluyeron 712 casos, la mitad de los cuales se confirmaron como H1N1 por PCR. Se recogieron variables de gravedad al ingreso (enfermedades subyacentes y factores del estilo de vida), así como del tratamiento recibido. Se realizó una comparación entre los casos de ambos periodos mediante pruebas de ji-cuadrado y comparación medias. En el análisis multivariable se valoró mediante regresión logística si el riesgo de un pronóstico adverso (muerte o ingreso en UCI) de las campañas se justificaba por otras variables.

Resultados: El ingreso directamente a la UCI fue del 14,9% en 2010-11 frente al 7,1% en 2009-2010 (RR = 2,09, 1,54-2,83). El ingreso en la UCI durante el ingreso fue del 9,6% frente al 2,6%, respectivamente (RR = 3,70, 2,29-5,97). La mortalidad intrahospitalaria también aumentó en 2010-11, 3,1% frente a 1,3% (RR = 2,51, 1,20-5,27). Hubo importantes diferencias entre los casos: menos mujeres, mayor edad, mayor nº de enfermedades subyacentes, mayor frecuencia de neumonía al ingreso, un mayor número de síntomas, y una mayor frecuencia de tratamiento de con antibióticos y corticoides (todas con $p < 0,05$). En el análisis multivariable mediante regresión logística de los pacientes que no fueron ingresados directamente en la UCI, el ajuste por todos los desequilibrios impidió justificar el peor pronóstico de los pacientes ingresados en 2010-11, (OR de mortalidad o ingreso en UCI tras ingreso = 3,58, 2,02-6,34). El análisis restringido a los casos de 2010-11 verificados por PCR que eran H1N1 no cambió los resultados mostrados (OR = 4,04, 1,96-8,37).

Conclusiones: Los pacientes ingresados por gripe en la temporada siguiente a la gripe pandémica han tenido un peor pronóstico que los ingresados durante la epidemia. Esto no se justifica por una mayor gravedad al ingreso en 2010-11, lo que sugiere que la hospitalización 'preventiva' durante la pandemia puede ser una razón.

Financiación: GR09/30.