

BROTOS EPIDÉMICOS 2

Viernes 7 de octubre de 2011. 11:00 a 12:30 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: M. Ángeles Lopaz

103. BROTE DE ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE CÁDIZ

M. Polo Montes, E. Figueroa Murillo, M. Prieto Uceda,
A. Pérez Alonso, M.L. Martín Vicente, M. Conde Lama

*Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Puerto Real,
Cádiz.*

Antecedentes/Objetivos: El género *Acinetobacter baumannii* en la actualidad es uno de los microorganismos nosocomiales con un patrón de multirresistencia más extenso. Esto, junto a su capacidad de sobrevivir en el ambiente hospitalario, constituye una preocupación importante, al poder producir epidemias nosocomiales con dificultad en el

manejo terapéutico. Los pacientes más vulnerables al *Acinetobacter baumannii* a nivel hospitalario son aquellos ingresados en las UCI, existiendo brotes epidémicos muy difíciles de contener, a pesar de que se tomen las medidas recomendadas para su prevención. En el Hospital Universitario de Puerto Real había una incidencia baja de *Acinetobacter baumannii*, 0,16% en 2009 y 0,33% en 2007. A partir de agosto de 2010 se detectaron varios casos de infección por *A. baumannii* multirresistente en la UCI, coincidentes en el tiempo, por lo que se consideró la existencia de un brote.

Métodos: Se declaró a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía aportando un informe final de dicho brote. Se realizó un estudio descriptivo observacional a partir de los datos aportados por las fichas de multirresistentes del Servicio de Medicina Preventiva, la búsqueda activa, las historias clínicas de los casos, los cultivos recibidos del Servicio de Microbiología, el seguimiento posterior y las aportaciones de los profesionales. Se reforzaron las medidas de control de infección sobre los pacientes y el medio ambiente, para prevenir la transmisión cruzada.

Resultados: En los meses de agosto a diciembre de 2010 se detectaron 6 casos (tasa de ataque 4,28%) de infección por *A. baumannii* multirresistente (en algunas ocasiones sólo resistente a colistina) en la UCI coincidentes en el tiempo. Se trataba de 3 varones y 3 mujeres de edades media y avanzada cuyo tipo de transmisión tuvo lugar en la UCI, dos de los cuales fallecieron.

Conclusiones: Este tipo de brotes pone de manifiesto la importancia que tiene la transmisión cruzada en la aparición de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, y cómo es necesario trabajar con el personal sanitario para que lleven a cabo las medidas necesarias para evitar que muchas infecciones asociadas a la asistencia sanitaria se produzcan.

225. BROTE DE ESCARLATINA EN GIPUZKOA

J. Artieda^a, L. Álvarez^a, M. Basterrechea^a, I. Ruiz^b, E. Erro^b, A.J. González^b, J. M. García Arenzana^b

^aSubdirección de Salud Pública de Gipuzkoa; ^bOsakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La escarlatina es una enfermedad exantemática ocasionada por el *Streptococcus pyogenes* (estreptococo del grupo A o EGA). Tiene la capacidad de provocar dos secuelas no supurativas: la fiebre reumática y la glomerulonefritis aguda postestreptocócica. La escarlatina no tiene la consideración de enfermedad de declaración obligatoria (EDO) y no requiere de vigilancia semanal, excepto cuando se presenta en forma de brote epidémico. Considerando, además, que los brotes epidémicos de escarlatina en evolución libre pueden alcanzar tasas de ataque muy elevadas o secuelas crónicas importantes, el objetivo de este informe es poner de manifiesto la relevancia de los brotes epidémicos de escarlatina, los factores contribuyentes en su generación y la estrategia aplicada en su corrección.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo para su caracterización en el tiempo espacio y persona. Se definió caso sospechoso/probable: el que cumplía con los criterios de descripción clínica de escarlatina sin confirmación de laboratorio, y no estaba relacionado con otro caso. Caso confirmado: el que concordaba con la descripción de la escarlatina y presentaba aislamiento positivo de EGA (cultivo o prueba rápida, que detecta el antígeno del EGA en faringe) en frotis faríngeo o que sin confirmación de laboratorio, cumplía los criterios de definición clínica y está relacionado con un caso sospechoso/probable o confirmado. Se recogieron frotis faríngeos con medio de transporte bacteriano a 17 de los casos. Se instauraron medidas de control.

Resultados y conclusiones: En este brote se pone de manifiesto el aumento brusco de casos de escarlatina en relación a los existentes el año anterior para el mismo periodo de tiempo. Los datos epidemiológicos, clínicos y los resultados de laboratorio que se presentan sugieren

una patología estreptocócica que se califica como síndrome escarlatiforme y que tuvo la presentación de brote en una zona rural de Gipuzkoa. La distribución de los casos en el tiempo y en la comunidad, unida al estrecho contacto interpersonal entre los casos conlleva a concluir que se transmitió de persona a persona. Este estudio aporta evidencia, tanto para caracterizar el perfil respecto a la etiología de las enfermedades febriles exantemáticas como para implementar un sistema de vigilancia integrado para estas enfermedades.

281. BROTE DE CONJUNTIVIS FOLICULAR POR ADENOVIRUS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

J. Artieda^a, L. Álvarez^a, I. Iturrioz^b

^aSudirección de Salud Pública de Gipuzkoa; ^bCentro Residencial Rezola.

Antecedentes/Objetivos: Las infecciones por adenovirus son de distribución mundial y se pueden presentar en forma de brotes. El periodo de incubación suele ser de 2 a 14 días (hasta 21 días). Son excretados en las vías respiratoria (saliva y lágrimas) e intestinal, aproximadamente 2 semanas. Su transmisión también puede ocurrir indirectamente y las manos tanto del personal sanitario como de los pacientes infectados juegan un papel importante en la transmisión de la enfermedad. En el presente trabajo se describen las investigaciones epidemiológicas realizadas para el estudio del brote y las medidas establecidas para su control en un brote de conjuntivitis folicular por adenovirus en un centro gerontológico.

Métodos: Estudio descriptivo para su caracterización en el tiempo, espacio y persona. Se estudiaron de forma retrospectiva los casos que habían iniciado sintomatología ante de la notificación a epidemiología (31 de marzo) y de forma prospectiva el resto. Se definió conjuntivitis folicular como la presentación en forma súbita de ojo rojo, con lagrimeo, fotofobia y, en algunos casos, edema palpebral. Cuando la córnea resultó afectada, el diagnóstico fue de queratitis. Se consideró caso probable a la persona, residente o trabajadora del centro, que durante el periodo de febrero de 2011 a 15 de mayo del mismo año presentó clínica de conjuntivitis folicular o queratitis, y caso confirmado a los casos probables en los que, a partir de muestras clínicas oculares (frotis), se identificó adenovirus. Se diseñó un cuestionario para recogida de variables y se intensificaron las medidas de prevención universal. El análisis estadístico se efectuó empleando la prueba χ^2 o exacta de Fisher.

Resultados y conclusiones: El brote de conjuntivitis que se describe tuvo lugar en una institución cerrada, en la que conviven 121 residentes, con autonomía limitada, por lo que necesitan de atención personalizada. La tasa de ataque entre los residentes fue del 26% y del 10% entre los trabajadores. El impacto tanto en salud como en coste económico de este tipo de brotes es elevado. Su rápida detección, identificación del agente causal e implantación de las medidas de control adecuadas pueden disminuir su duración de modo importante.

365. INTERVENCIÓN EN UN CENTRO ESCOLAR EN EL CONTEXTO DE UN BROTE DE SARAPIÓN EN MADRID EN EL AÑO 2010

J. Sánchez^a, L. Oliva^b, J.A. Taveira^c, F. Martín^c, D. López-Gay^c

^aServicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos, Madrid;

^bServicio de Medicina Preventiva, Hospital Ramón y Cajal, Madrid;

^cServicios Territoriales de Salud Pública (STSP), Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Estudiar, controlar e intervenir en un centro escolar por un brote de sarampión en un distrito de Madrid.

Métodos: Se consideraron casos a 11 sujetos con criterios clínicos confirmados mediante serología y/o cultivo o por vínculo epidemiológico de un caso confirmado. El ámbito de estudio fue la población de

un centro de enseñanza primaria. Se recogió información sobre características sociodemográficas, manifestaciones clínicas, inicio del exantema, registro vacunal de la CM y cartillas vacunales, ingreso, complicaciones y en los escolares curso y clase. Se intervino en las primeras 72 horas post-exantema y en los sujetos con una inadecuada cobertura vacunal. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencia y porcentaje. Las variables cuantitativas se expresaron mediante mediana y rango intercuartílico. La asociación entre variables cualitativas se realizó con el test de Ji-cuadrado.

Resultados: En 2 casos (18,5%) de los 11, se realizó la notificación en las primeras 24 h desde la aparición del exantema, siendo la mediana de notificación de 5 días (RIC 3-7). Pertenecen al colectivo escolar 6 casos (54,5%) y en 5 (45,5%) el contagio fue familiar. No se constató ninguna dosis de triple vírica (TV) en los casos. De los 657 escolares, 218 (33,2%) eran de educación infantil y 439 (66,8%) de primaria. En 598 (91%) se tenía constancia de una dosis de TV y en 445 (67,7%) dos dosis. Estaban correctamente vacunados para su edad 517 niños (78,7%) y en 140 (21,3%) no estaba registrado. Se decidió intervenir, previo consentimiento informado, administrando una dosis de TV en 212 escolares, en los 140 (66,3%) que no estaban correctamente vacunados y en 72 (33,7%) menores de 4 años para adelantar la segunda dosis de TV. De los 140 escolares fue posible administrar una dosis en 28 alumnos (20,6%) y en 112 (79,4%) no por falta de consentimiento. En los 72 menores de 4 años se administró una segunda dosis TV en 58 niños (76,3%), en 18 (23,7%) no fue por ausencia de consentimiento. Desde el punto de vista documental, los alumnos de infantil estaban mejor vacunados de TV que los de primaria; $p = 0,034$, $OR = 1,56$ ($IC = 1,031-2,388$) y también más probabilidades de entregar el consentimiento informado que los alumnos de enseñanza primaria; $p = 0,001$, $OR = 7,30$ ($IC = 3,92-13,60$).

Conclusiones: El retraso en la notificación fue una de las causas de la extensión del brote. La falta de un registro vacunal completo e informatizado y/o consentimiento informado ha limitado nuestra capacidad de intervención en el colectivo.

422. BROTE DE SALMONELLA DE TRANSMISIÓN MIXTA EN UNA GUARDERÍA EN ZARAGOZA

A. Aznar^a, C. Compés^a, S. Martínez^b, I. Aguilar^c, M.A. Lázaro^a

^aSubdirección Provincial de Salud Pública, Zaragoza; ^bDirección General de Salud Pública, Aragón; ^cUnidad Docente de MPySP, Aragón.

Antecedentes/Objetivos: La OMS define toxiinfección alimentaria (*Foodborne disease*) como la infección causada por un agente (patógeno o toxina), relacionada con el consumo de agua y/o alimentos contaminados. El objetivo del trabajo es describir las actividades realizadas ante la notificación de un brote de gastroenteritis por *Salmonella* entérica en niños de una guardería en la ciudad de Zaragoza.

Métodos: El 10/06/2010 se notifica a la Sección de Vigilancia Epidemiológica dicho brote. La mayoría consumían alimentos en el centro, suministrados por *catering*. Las actividades incluyeron investigación de casos e inspección de la guardería por la Sección de Higiene Alimentaria y Vigilancia Epidemiológica, en la que se dieron recomendaciones higiénico-dietéticas para subsanar alguna deficiencia detectada. Las variables recogidas fueron sintomatología, duración de los síntomas e inicio, utilización de pañal y comidas realizadas en el centro durante los días considerados de riesgo. La definición clínica de caso fue presencia de diarrea, acompañado o no de náuseas, vómitos y/o fiebre en niños o trabajadores de la guardería en junio. Se definió caso sospechoso aquél que cumplía la definición clínica de caso, y confirmado aquél en el que además se aisló *Salmonella* en heces.

Resultados: Se realizaron 42 entrevistas telefónicas a profesores y padres de niños detectándose 15 casos, todos niños. Síntomas: dolor

abdominal 47%, vómitos 33%, diarreas 100% y fiebre 80%. Se realizó tipificación de las cepas en cuatro pacientes; *Salmonella* entérica, subespecie; entérica *I. Typhimurium* 4,5,12:i:1,2. Los análisis microbiológicos de alimentos y de heces de manipuladores fueron negativos. La exposición a la comida de la guardería (*catering*) tuvo un RR significativo ($RR = 3,12$, $IC\ 95\%, 1,41-6,89$) frente a no comer ($RR = 0,31$, $IC\ 95\%, 0,1-0,92$) y no significativo al cambio de pañal ($RR = 2,17$, $IC\ 95\%, 0,74-6,32$; $p > 0,05$) posiblemente debido al tamaño muestral. La distribución de los casos, a lo largo de 10 días, y la tipificación de cepas idénticas, indicaron posible transmisión mixta con fuente de infección común alimentaria en la que no se pudo determinar el alimento vehículo y una posterior transmisión persona-persona por vía feco-oral.

Conclusiones: Ante la notificación de un brote de gastroenteritis en una institución es necesario determinar si se trata de un brote de toxiinfección alimentaria. Conociendo el patrón clínico y epidemiológico de presentación, el período de incubación y los alimentos implicados es posible elaborar una hipótesis causal para establecer las medidas de salud pública.

425. BROTE FAMILIAR DE TOS FERINA EN ZARAGOZA

C. Compés^a, S. Belkebir^b, A. Aznar^a, M.A. Lázaro^a, S. Martínez^c

^aSubdirección Provincial de Salud Pública, Zaragoza; ^bUnidad Docente de MP y SP, Aragón; ^cDirección General de Salud Pública, Aragón.

Antecedentes/Objetivos: En España la tos ferina es una Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) desde 1982 que ha mostrado una tendencia descendente a lo largo de las últimas décadas. No obstante, se dan cada vez con mayor frecuencia brotes, especialmente en lactantes y niños pequeños. Describir las actuaciones realizadas ante un brote familiar de tos ferina.

Métodos: Tras la notificación de un caso de tos ferina en un bebé de 3 meses, las actividades incluyeron la investigación y actuación en los casos y contactos en la familia. Se implicó al laboratorio y al servicio de medicina preventiva del Hospital Miguel Servet (HUMS), al médico de atención primaria (MAP) y a la propia familia. Variables recogidas: síntomas, fecha de inicio, confirmación por cultivo, ingreso y vacunación.

Resultados: El 20/12/10, se notifica un caso confirmado en un lactante de 3 meses por cultivo positivo a *Bordetella pertussis*. No se pudo establecer contacto con la familia hasta el 4/1/11, cuando se notifica otro caso confirmado por cultivo en una mujer (madre del bebé). Se completaron los datos de las encuestas facilitadas por el servicio de medicina preventiva del HMS y se consideró al padre como caso por presentar síntomas de más de 2 semanas y tener vínculo epidemiológico con dos casos confirmados. El bebé inició síntomas de tos paroxística y vómitos postusígenos el 29/11/2010, requirió ingreso en el HUMS y fue tratado con azitromicina 5 días. Durante el ingreso se tomaron muestras para cultivo a él y a su madre. Los padres, de 18 y 19 años, iniciaron síntomas de tos paroxística y estridor respiratorio el 9/12/2010. Se les revisó la vacunación y recibieron tratamiento desde su MAP. Otros convivientes: dos tíos del niño, de 27 y 28 años, y 3 primos, de 6, 7 años y 4 semanas. Se les revisó la vacunación y recibieron quimioprofilaxis por su MAP. Los casos formaban parte del grupo de susceptibles, el bebé no tenía completa la vacunación, y los adultos vacunados habían perdido inmunidad con el tiempo. Al ser el inicio de síntomas en los adultos posterior al del bebé, y éste no haber tenido contacto estrecho con otras personas, es probable que el inicio de síntomas recogido en la encuesta epidemiológica de los padres corresponda al inicio de la fase de paroxismos y no a la fase catarral de inicio, momento más probable de transmisión, siendo éstos fuente de infección para el bebé.

Conclusiones: Los brotes de tos ferina pueden resultar difíciles de identificar, la meta principal del control de brotes de tos ferina en Aragón es disminuir la morbimortalidad, especialmente en bebés.

810. BROTE DE INTOXICACIÓN DIARREICA POR INGESTIÓN DE COQUINAS EN DISTRITO SANITARIO ALJARAFE, SEVILLA

L.M. Rodríguez Benjumeda, J.A. Díaz-Salazar Albarrán, A. Luna Sánchez, A. Rodríguez de Cepeda

Distrito Sanitario Aljarafe, Sevilla; Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Las coquinas son moluscos bivalvos que adquieren los nutrientes mediante la filtración del agua. En el fenómeno conocido como marea roja se produce una proliferación de un determinado tipo de fitoplancton marino que puede producir biotoxinas que absorberán los moluscos y acumularán en sus tejidos. Su consumo produce un cuadro conocido como biointoxicación. Entre estas biointoxicaciones está la intoxicación por ingestión de toxina diarreica del molusco (DSP: *Diarreic Shellfish Poison*). El día 02/04/2011 notifican a la Unidad de Epidemiología dos posibles brotes de Toxiinfección Alimentaria relacionado con el consumo de coquinas en municipios distintos, en la semana siguiente informan de más afectados en otros tres municipios. El objetivo de este estudio es el establecer las posibles causas del brote y presentar las medidas implantadas para atajarlo.

Métodos: Estudio descriptivo del brote según características de tiempo, lugar y persona analizando las variables edad, sexo, área de residencia, lugar de procedencia, fecha de inicio de síntomas, manifestaciones clínicas, gravedad, fuente de infección, antecedentes de viajes e intervenciones realizadas. Análisis de datos: Epi Info y Excel.

Resultados: En total se declaran 29 casos repartidos en 5 municipios de 30 personas que consumieron coquinas en el periodo de tiempo a considerar (tasa de ataque: 96,6%). Los pacientes presentan un cuadro de náuseas, vómitos, diarreas y dolor abdominal. Dos de ellos presentan también febrícula. El proceso se inicia entre las 3 y 14 horas y tiene una duración, en la mayoría de los casos, de más de 48 horas. No se notifican complicaciones relevantes. Tras realizar las encuestas epidemiológicas destaca el consumo de coquinas como causa etiológica. Sólo se pudo conseguir una muestra de la que se solicita análisis microbiológico de *E. coli*, *Salmonella*, *Staphylococcus aureus* y de biotoxina DSP, todos con resultados negativos, en el caso de la DSP por cantidad escasa de muestra. Al parecer, y por los documentos de trazabilidad aportados, salvo en los casos de uno de los municipios donde se adquirieron a través de red no controlada, la procedencia de las coquinas fue de Portugal.

Conclusiones: Aunque en algunos de los afectados el periodo de incubación supera el establecido, se sospecha una biointoxicación alimentaria por consumo de coquinas afectadas por la DSP. En esas fechas estaban cerradas, por presencia de biotoxinas, las zonas de marisqueo de Huelva para este molusco, provincia colindante con Portugal.

922. BROTE DE CACOGESIA TRAS INGESTA DE PIÑONES EN UNA LOCALIDAD DE GIPUZKOA

L. Arriola Larrarte^a, M. Azpiri Luzar^b, T. Plazaola Muguruza^c

^aUnidad de Epidemiología; ^bUnidad de Sanidad Alimentaria; ^cComarca de Salud Pública de Tolosa Goierri; Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: La cacogeusia es la alteración del gusto; el paciente detecta mal sabor a sustancias que no lo poseen. La cacogeus-

ia tras ingesta de piñones fue descrita por vez primera en Europa en 2001. Se han descrito muchos casos de esta entidad en centros de toxicología y en blogs de internet. Entre junio y octubre de 2010 se notificaron tres posibles brotes al Centro Nacional de Epidemiología, todos ellos relacionados con ingesta de piñones. El objetivo de este estudio es describir un brote de cacogeusia por ingesta de piñones ocurrido en una localidad de Gipuzkoa.

Métodos: Análisis descriptivo en términos de persona, tiempo y espacio. Se estableció la definición de caso como toda persona que participó en alguna de las comidas implicadas y presentó a las 48-72 horas sensación de alteración del gusto.

Resultados: Diez miembros de la familia, 6 adultos de entre 40-76 años y 4 niños mayores de 3 años comparten una comida. La comida consiste en ensalada con piñones, atún con tomate o albóndigas y pastel vasco o helado. Los adultos comen ensalada y atún y los niños albóndigas y helado. No comen nada más ni comparten más actividades. A las 48 horas todos los adultos comienzan con sensación de mal gusto al ingerir cualquier alimento, sobre todo leche. Esta sensación dura 7 días y cede espontáneamente. Un mes antes, los mismos comensales más otras 5 personas comparten la cena de Nochevieja, donde se sirve la misma ensalada y unos pastelitos rellenos de revuelto de gulas con pasas y piñones. Un participante come los mismos piñones 24 horas antes. Un día después de la cena la persona que había probado los piñones comienza con la sensación de mal gusto y 24 horas más tarde todos los que comieron la ensalada y/o pastelitos. Los síntomas duraron una semana y cedieron espontáneamente. El estudio de trazabilidad de los piñones indicó que habían sido comprados en un mercadillo. Los técnicos de salud pública realizaron la investigación y detectaron un puesto que compraba piñones de China a una empresa de Valencia implicada en uno de los brotes mencionados.

Conclusiones: Brote de cacogeusia tras ingesta de piñones procedentes de china. No se analizaron los piñones pero probablemente se trate de piñones de la especie *Pinus armandii* implicados en los brotes internacionales notificados hasta el momento. La Dirección General de Salud y Consumo, en el "Summary Record of the Standing Committee on the Food Chain and Animal Health (Bruselas, 24 de enero de 2011)", informan de las medidas adoptadas para evitar la comercialización de piñones que contengan la especie *Pinus armandii* no apta para el consumo humano.

926. ESTUDIO PRELIMINAR DEL BROTE DE PAROTIDITIS EN GIPUZKOA DURANTE 2011

R. Sancho, L. Arriola

Unidad de Epidemiología de Gipuzkoa.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se han presentado brotes de parotiditis propios de las ondas epidémicas típicas de era posterior a la introducción de la vacuna en el calendario infantil. En Gipuzkoa, durante 2006 y 2007 se produjo un brote que afectó a población entre 15 y 20 años, mayoritariamente vacunada. Se presentan los datos preliminares del brote de parotiditis que está afectando fundamentalmente a población joven de Gipuzkoa durante 2011.

Métodos: Se ha utilizado la definición de caso de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica vigente de 11 de mayo de 2010. Los datos se han obtenido a partir de la notificación realizada por los médicos y laboratorios de microbiología y el antecedente vacunal de la historia clínica de Atención Primaria o del paciente. Las variables analizadas han sido: edad, sexo, fecha de los síntomas, estado vacunal, método diagnóstico, tipo de diagnóstico y tipo de caso.

Resultados: A partir de la semana 11 de 2011 se detectó un caso en un estudiante de la universidad a partir del cual se tuvo conocimiento

to de una agrupación de casos en su misma clase. Se han identificado hasta el momento cuatro "cluster" universitarios con 30 casos (uno de ellos en Vitoria). Se han identificado conexiones entre los centros universitarios a partir de una fiesta universitaria y de las cuadrillas de amigos que acudían a diferentes campus universitarios. La transmisión se está produciendo a otros centros no universitarios y empresas que reciben estudiantes en formación. En total se han declarado hasta la semana 19 83 casos de parotiditis. El 70,1% hombres y el 29,9% mujeres. La mediana de edad es de 20 años. Se conoce la situación vacunal en el 90% de los casos. El 59% estaba correctamente vacunado con dos dosis, 18% no vacunados y 13% vacunación incompleta. Alrededor del 17% se han confirmado por laboratorio, habiendo todavía muestras pendientes de confirmación. Se ha clasificado como confirmados, bien por laboratorio o por contacto con caso confirmado, alrededor del 40%. Sólo se han notificado complicaciones (orquitis) en 3 casos.

Conclusiones: Durante los últimos años se están produciendo brotes en nuestro entorno en poblaciones jóvenes con alta cobertura vacunal. Los jóvenes universitarios suponen un grupo de población que contribuye a la transmisión por sus hábitos de relación social y la permanencia en espacios cerrados. Estudios recientes plantean la posible pérdida de la inmunidad relacionada con la vacuna frente a parotiditis.

966. BROTES DE TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA DE ETIOLOGÍA VÍRICA. COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO, 2001-2010

D. Coll Jordá, F. González Carril, J. García González, J.M. Arteagoitia Axpe

Dirección de Salud Pública, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: Vigilar la presencia de virus en alimentos presenta dificultades analíticas, ya que no existen indicadores y la identificación por PCR no da información sobre su poder infectivo. Las gastroenteritis de origen vírico son consideradas enfermedades de alta incidencia. El agua y alimentos son vehículos de transmisión al ser contaminados por residuos fecales y posteriormente indicarse una transmisión persona a persona. Al Sistema de Vigilancia Epidemiológica deben notificarse todos los brotes epidémicos, incluidos los víricos, tengan o no un origen alimentario. El objetivo es estudiar los brotes de toxiinfecciones alimentarias notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica del País Vasco de etiología vírica entre 2001 y 2010.

Métodos: Analizar los brotes de toxiinfecciones alimentarias de etiología vírica registrados en la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CAPV y conocer sus características en función de las variables: año, número de enfermos, alimento implicado, lugar donde se consumió y virus.

Resultados: En los años estudiados fueron notificados 17 brotes, con un total de 534 afectados. En 2001, 2005 y 2007 no hay brotes notificados de esta etiología. El número de brotes y afectados por año fue: 2002 1 brote/11 enfermos; 2003 2/162; 2004 3/94; 2006 2/77; 2008 5/55; 2009 3/110 y 2010 1/52. La media de brotes por año es de 1,7 y la de afectados por brote 53,4. En todos los casos se identificó el virus Norwalk, excepto un brote por hepatitis A y otro de etiología viral no filiada. El lugar de consumo del alimento fue identificado en 14 brotes: geriátricos (3), restaurantes (8), comedor de empresa (2), guardería (1). Los alimentos a través de los que se inició el brote fueron identificados en 3 ocasiones (moluscos, helado y salsa).

Conclusiones: El mayor número de brotes no se ha producido en comedores colectivos asociados a instituciones cerradas. El alimento inicialmente transmisor no ha sido habitualmente identificado. El alto

número de enfermos por brote se puede asociar a la transmisión persona a persona una vez iniciado. La distribución en el tiempo no parece seguir ningún patrón. Recomendaciones: los programas de vigilancia y control de establecimientos alimentarios deben incidir en las medidas higiénicas personales de los manipuladores de alimentos y buenas prácticas de manipulación. El desarrollo de técnicas analíticas rápidas y fiables mejoraría considerablemente la vigilancia de estos brotes alimentarios.

968. BROTE DE PAROTIDITIS: COBERTURA Y EFICACIA DE LA VACUNACIÓN, 2 FACTORES A EVALUAR

M.L. Gómez Mata, M. Mariscal Ortiz, I. Sillero Arenas, J. Pérez Villar, I. Fontecha Moreno, E. Endrino Serrano, E. Sánchez Arenas, T. Ureña Fernández, M. Collado Jiménez, M. Delgado-Rodríguez

Distrito Sanitario de Jaén; Delegación de Salud de Jaén; Universidad de Jaén.

Antecedentes/Objetivos: El 19 de enero de 2011 es declarado al Distrito Sanitario de Jaén un caso de parotiditis en un joven de una zona con necesidades de transformación social. Se pone en marcha el protocolo de actuación en esa zona, incidiendo en los profesionales sobre la importancia de la revisión de calendarios vacunales en la familia y contactos. Durante el estudio se diagnosticaron casos en otros centros escolares distintos al caso índice y en estudiantes universitarios.

Métodos: Se definió caso como: paciente que presenta hinchazón aguda unilateral y/o bilateral, sensible al tacto y autolimitada, de la parótida u otras glándulas salivares, cuya duración es mayor de 2 días y sin otras causas aparentes, diagnosticado desde el 10/1/2011 hasta el 15/5/2011. Se definió caso confirmado como el efectuado por laboratorio o que concuerda con la definición clínica y está epidemiológicamente relacionado con un caso probable o confirmado. Se procedió a recoger las fichas de vacunación de los enfermos y de los contactos con el objetivo de revisar su situación, proceder a vacunar a los no vacunados y a administrar una dosis de refuerzo a los que habían sido vacunados con alguna dosis de la cepa Rubini.

Resultados: El primer caso se inició el 10 de enero de 2011 y el último el 12 de marzo. Se diagnosticaron un total de 24 casos de paperas de los cuales 20 se clasificaron como confirmados y 4 como probables, el 52% de los casos fueron mujeres, con una media de edad de 12 años (el 60% entre 5-14 años). La duración media de la enfermedad fue de 7 días. Se eliminó un caso sospechoso por no tener vínculo epidemiológico ni confirmación de laboratorio; de los 23 restantes, el 52% se encontraba sin vacunar, el 39% bien vacunados según calendario y el resto con pautas de vacunación sin completar. Tras la revisión de los calendarios, se administraron 690 dosis sobre un total de expuestos de 2.133.

Conclusiones: Se trató de un brote de parotiditis con inicio en una zona con necesidades de transformación social, con declaración tardía y que posteriormente se extendió al resto de centros de Jaén capital. Tras la revisión de calendarios vacunales se detectaron bajas coberturas de vacunación que hasta el momento habían estado ocultas. Más de un tercio de los casos se encontraban bien vacunados. Sería recomendable la evaluación periódica, con la inclusión de criterios de calidad de las actividades incluidas en los planes de vacunación; una buena cobertura global y una pauta correcta no siempre garantizan una buena inmunidad en la población.