

O10 - Comunicación Oral/Oral communication

Vigilancia epidemiológica I

Surveillance I

Jueves 2 de Octubre / Thursday 2, October
11:30:00 a/to 13:30:00

Moderador/Chairperson:
Juan Castell

INCIDENCIA DE CASOS ESPORÁDICOS DE VARIAS INFECCIONES INTESINALES EN CASTELLÓN

Juan B. Bellido*, Jose V. Galiano**, Maria D. Tirado**, Jose M. González-Cano***. En nombre del Grupo: EDICS (Estudio de la Diarrea Infecciosa en Castellón)

*Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Castellón, Castellón, España. **Servicio de Microbiología, Hospital General de Castellón, Castellón, España. ***Servicio de Pediatría, Hospital General de Castellón, Castellón, España.

Para conocer la incidencia poblacional de las infecciones intestinales esporádicas diagnosticadas mediante coprocultivo de rutina en un área de Castellón (212.000 habitantes), se realizó un estudio durante todo el año 2000. Mediante el uso de varios procedimientos se reunieron los datos demográficos básicos de cada paciente para el cálculo de tasas por edad. *Campylobacter* presentó las tasas más altas (1,14 por mil), seguido de rotavirus (9,5) y *Salmonella* (0,8). La distribución por edades fue muy diferente. Rotavirus predomina en menores de 1 año (31,9 por mil), *Campylobacter* en 1-4 años, con un máximo de 38,5 por mil en el segundo año de vida mientras *Salmonella* predominó en todas las edades a partir de los 5 años. Las tasas de casos hospitalizados tuvieron un patrón diferente, con rotavirus en primer lugar (0,3 por mil), *Salmonella* (0,2) y apenas *Campylobacter*. Excepto *Salmonella*, no hubo brotes en ese periodo. Las distribuciones por cada año de edad hasta los 4 años son peculiares para cada germen. El predominio de *Campylobacter* se observó a expensas de los casos en niños de 1-4 años no hospitalizados. El conocimiento de la epidemiología descriptiva de estas infecciones presta soporte para investigara los factores de riesgo y los determinantes de salud relacionados con estas enfermedades.

072

073

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN EL ÁREA DE TENERIFE MEDIANTE SISTEMA CAPTURERA-RECAPTURERA, 1999-2001

Ana Pilar Izquierdo*, Petra Matute**, Juan Fernando Martínez*

*Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. **Servicio de Epidemiología, Dirección Gral de Salud Pública, Servicio Canario de Salud, S/C de Tenerife.

Antecedentes: La vigilancia de la Enfermedad Meningocócica (EM) en Canarias es fundamentalmente pasiva, sirviéndose del circuito habitual de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), en el que es de declaración urgente, numérica e individualizada. El objetivo del trabajo incluye describir los atributos cualitativos y cuantitativos del sistema, determinar la incidencia de la enfermedad en el Área de Tenerife en estos años y evaluar la exhaustividad mediante el sistema de captura-recaptura de tres fuentes de información.

Métodos: El estudio abarcó los años 1999-2001 en el Área de Tenerife. La información se obtuvo de tres fuentes: Sistema EDO, Laboratorios de Microbiología y Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Se aplican los Protocolos de Evaluación de un Sistema de Vigilancia de los Centers of Disease Control, de Atlanta. Para la estimación del número de casos se usó un modelo log-lineal, evaluando cuatro modelos con la Likelihood Ratio Statistic (G2). Los cálculos de la exhaustividad y los Intervalos de Confianza (IC) al 95% se realizaron con el paquete estadístico SPSS10 (módulo log-linear). La explotación de los datos se hizo mediante el programa informático EPI6.

Resultados: El número de casos declarados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, tanto de sospecha como confirmados fue de 66, con una incidencia anual de 3.1 x 100.000 h. en 1999, 3.52 x 100.000h. en 2000 y 2.68 x 100.000 h. en 2001. La letalidad acumulada fue del 6%. El aislamiento de Meningococo se obtuvo en el 78,8% de los casos, siendo el 61,5% serogrupo C. Globalmente, el grupo de edad más afectado fue el de 20-29 años (18,9%) mientras que en niños es el de 1-4 años (17,2%). No hay diferencias notables entre géneros. Los casos confirmados detectados por el sistema (sensibilidad) supusieron el 84,9% y los casos notificados verdaderos positivos (valor predictivo positivo) el 80,4%. El retraso en la notificación (oportunidad) osciló entre los 0,5 y 13 días, con una mediana de 3 días. La aceptabilidad global del sistema ha sido del 76,7%. Exhaustividad: el modelo que minimiza el valor de G2 (-1,66) es el de la interacción CMBD-Laboratorio, estimándose la pérdida de un caso a notificar en tres años. El valor de la exhaustividad fue del 98,1%.

Discusión: A la vista de los resultados de evaluación podemos afirmar que la Vigilancia de esta enfermedad en el Área es buena, con una sensibilidad alrededor del 85%, lo que hablaría de un buen nivel de declaración, reafirmada por la exhaustividad del 98,1%. Aunque el Valor Predictivo Positivo es bueno (80,4%) podría apuntar hacia la rápida instauración de tratamiento antibiótico que impediría la confirmación microbiológica. El sistema es oportuno, permitiendo la rápida adopción de medidas de intervención. Además, la sencillez del sistema permite una buena colaboración entre los distintos estamentos.

075

EVALUACIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS RESPIRATORIA EN EL ÁREA 6 DE LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2001

Gerardo Rodríguez Izquierdo¹, Mariana Jimenez Maldonado¹, Rosa Daza Perez², Luisa García Picazo³, María Jose Dominguez⁴, Ferran Martinez Navarro¹, Dionisio Herrera Guibert¹, María Dolores Lasheiras Carbajo⁴, Jose Barbas Del Buey⁴

¹Programa De Epidemiología Aplicada De Campo, Centro Nacional De Epidemiología, Instituto Carlos III, Madrid. ²Servicio De Microbiología, Hospital Puerta De Hierro, Imsalud, Madrid. ³Sección De Microbiología, Hospital El Escorial, Imsalud, Madrid. ⁴Sección De Epidemiología, Servicio de Salud Publica Area 6. Consejería de Sanidad., Madrid.

Introducción: En el Área 6 de la Comunidad de Madrid la tasa de incidencia media por tuberculosis respiratoria para todas las edades, durante el trienio 1999 - 2001, fue de 19,26 casos por 100.000 habitantes inferior a la tasa de la Comunidad de Madrid, siendo necesario valorar si es debida a un menor riesgo o a una baja notificación. El objetivo del presente trabajo es evaluar su vigilancia a partir de la información aportada por la declaración obligatoria en relación con la información microbiológica y el "Conjunto Mínimo Básico de Datos" en el Área 6 de la Comunidad de Madrid durante el año 2001.

Fuentes y métodos: Se ha utilizado las siguientes fuentes: a) la declaración obligatoria, realizada por el medico asistencial, que es individualizada y de sospecha, b) la información microbiológica, que es de confirmación diagnóstica y c) el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) que informa sobre los enfermos hospitalizados. Para la evaluación se ha utilizado el protocolo del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), analizando los indicadores cualitativos de la vigilancia (oportunidad y aceptabilidad) así como los cuantitativos de sensibilidad, el valor predictivo positivo (VPP) y la tasa de exhaustividad de las tres fuentes que se ha estimado mediante el método de captura-recaptura (IC 95%): log-lineal.

Resultados: Han sido notificados al sistema EDO 42 casos, de los cuales 14 tienen como soporte la hoja de notificación específica de tuberculosis. Se obtuvo que el retraso medio entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de diagnóstico fue de 54 días. Entre la fecha de diagnóstico y la notificación al sistema fue de 24 días con una mediana de 14. El Sistema EDO tiene un Valor Predictivo Positivo de 97,7 y una Sensibilidad de 71,2. Al combinar las tres fuentes el modelo que minimiza el valor de G2 (3,53) es el de la interacción EDO-laboratorio, estimándose la pérdida de 4 casos en el año. La exhaustividad calculada del sistema EDO fue de 67%.

Conclusiones: Existe una subnotificación al sistema EDO del 29%, sin embargo la exhaustividad alcanza el 94% al usar conjuntamente dicho sistema con la notificación microbiológica y el CMBD.

074

AN APPROACH TO MODEL THE EXPECTED NUMBER OF CLINICAL CASES OF BOVINE SPONGIFORM ENCEPHALOPATHY IN SPAIN AND THE IMPACT OF TWO POSSIBLE ERADICATION MEASURES ON THE EPIDEMIC CURVE

Amparo Martínez*, Jose Manuel Sánchez-Vizcaino**, J. Fernando Martínez Navarro*

*Programa De Epidemiología Aplicada De Campo, Instituto De Salud Carlos III, Madrid/España. **Sanidad Animal, Facultad Veterinaria, Universidad Complutense, Madrid/España.

Background: The bovine spongiform encephalopathy (BSE) was first detected in United Kingdom in 1986. In 1988, the role of the contaminated bone and meat meal (BMM) was demonstrated. There is no evidence to date of horizontal transmission but some authors described a 90% of attributable risk to feed-borne transmission. In June 1998 those contaminated meals were forbidden in Spain. A total of 205 cases have been reported from December 2000 to December 2002, with an increasing incidence. Even when the effect of BSE epidemic on animal health is economically severe, the most worrying effect is the potential implications to public health. Whilst the transmission to human has never been demonstrated, some authors give evidences of a link between BSE and the new variant of Creutzfeldt-Jakob disease (vCJD) in humans. The objective of this study was to approach the expected number of BSE cases and the impact of two different schemes of eradication in the epidemic curve.

Methods: A cohort study was conducted assuming an homogeneous exposure to BMM of all cattle censed 6 month after the official feed band. The live curve of the exposed cohort, was designed taking into account the regular lose of animals by age and sex distribution and two possibilities of animals slaughtering as eradication measures. The cohort was considered close and an unconfirmed maternal transmission was study separately. Expected number of cases were calculated with the incidence stratified by age occurred in 2002 and two different schemes of testing were considered and compared. Additionally, the percentage of testing in animals designated for human consumption and its attack rate, was calculated.

Results: The patron of Spanish cases was dairy milk cattle, mean age:6.5 years old (3.6-14.8). Predominantly raza:frisona. No cases born after the feed ban have never been reported so it can be assumed a primary focus. Both models would expect a peak of incidence between 2003-2005 and the end of the epiotoy in 2009. Different incidences would be expected depending on the scheme of testing. The maternal transmission study showed that from an hypothetical group of 200 infected dames, less than 1 infected calf would reach the second generation. The percentage of animals tested, designated to human consumption was the 100% with an attack rate of 0.001 and a decrease of the 23% from 2001 to 2002.

Conclusions: 1) The incidence maximum peak is expected to occur between 2003 and 2005. 2) Both models would predict the end of the epidemic in 2009, so efforts in massive slaughtering might report little effect. 3) The maternal transmission is shown to have a little effect in the maintenance of the epidemic curve. 4) The 100% of animals designated to human consumption are regularly tested.

076

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA BRUCELOSIS EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ EN EL PERIODO 1999-2001

F. Javier Vega-Olías*, Julio Molina**, Ferrán Martínez***

*Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional de Epidemiología, Madrid, España. **Servicio de Epidemiología, Delegación de la Consejería de Salud, Cádiz, España. ***Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional de Epidemiología, Madrid, España.

Antecedentes: La brucelosis es la zoonosis de mayor importancia sanitaria y económica en España; en la provincia de Cádiz la enfermedad tiene un comportamiento heterogéneo: de sus cuatro distritos de atención primaria, sólo uno (Sierra de Cádiz) tiene una alta incidencia (30 casos por 100.000 habitantes en el periodo 1999-2001). Los objetivos propuestos fueron dos: evaluar el sistema de vigilancia de la brucelosis en la provincia de Cádiz para el periodo entre 1999 y 2001, y obtener una estimación del número de casos de la enfermedad en la provincia para dicho periodo.

Métodos: Las fuentes utilizadas fueron tres: el registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) de la Delegación de la Consejería de Salud de Cádiz, el registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los ocho hospitales de la red pública-concertada de la provincia, y los registros microbiológicos de 7 hospitales más el laboratorio del distrito Sierra de Cádiz. El método de evaluación empleado fue el recomendado por los CDC, valorándose los atributos cualitativos (Simplicidad, Aceptabilidad) y cuantitativos (Sensibilidad, Valor Predictivo Positivo, Oportunidad temporal, Calidad de los datos). Para valorar la Sensibilidad y estimar el número de casos en la provincia, se realizó una técnica de captura-recaptura de tres fuentes y ajuste posterior según modelo log-lineal.

Resultados: El sistema de vigilancia se valoró como simple y aceptable entre sus usuarios. La Sensibilidad fue del 49,2% (138 casos) respecto al total estimado en la población (280 casos). El Valor Predictivo Positivo (VPP) fue del 97,8%. El modelo que más se ajustó a la relación entre fuentes fue el de una interacción (CMBD-Microbiología), que presentó una G2 = 7,76 y BIC = 0,76. El retraso entre diagnóstico y declaración (Oportunidad Temporal) fue de 27 días de media (mediana 17 días). Los mayores porcentajes de casillas en blanco-missing (Calidad) fueron para los items "medidas de prevención" (52,5%) y "código de ocupación" (74,6%).

Conclusiones: La estimación de casos de brucelosis en la población durante el periodo considerado fue de 280 casos (IC 95%). El sistema detecta bien los brotes pero no los casos aislados (baja sensibilidad). El elevado VPP es debido a la declaración sistemática de casos confirmados. La dualidad entre red pública y red concertada dificulta la comunicación entre niveles.

077

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA LEGIONELA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. 1999-2001

Montserrat Neira, Cristina Ruíz, Consuelo Febrel, Rosa Ramírez, Cristina García-Fernández

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid., Madrid, España.

Antecedentes: La legionelosis es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) semanal en España desde la creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 1995. En la Comunidad de Madrid (CM), está incluida desde 1997 como EDO con datos epidemiológicos básicos. Sus tasas de incidencia en la CM según el sistema EDO durante 1999-2001 han sido inferiores a las tasas estatales. El objetivo es evaluar el Sistema de Vigilancia de las EDO (SIVE-EDO) para la legionelosis en la CM durante 1999-2001 y valorar la infranotificación obteniendo una estimación de la tasa real de incidencia para este periodo.

Método: Se consideran los casos declarados durante 1999-2001 a partir de dos fuentes de datos: las notificaciones al sistema SIVE-EDO utilizando la definición de caso sospechoso y confirmado de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, y el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBD) utilizando aquellos pacientes cuyo diagnóstico principal fue el de legionelosis (código 482.84 de la CIE-9). En el sistema SIVE-EDO se consideraron motivos de exclusión los casos de residentes en otras comunidades autónomas y los que no precisaron ingreso. Del registro CMBD no se contabilizaron los casos que reingresaban por complicaciones de la legionelosis. Se aplicaron los parámetros de los Centros for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta para evaluar los atributos de: sencillez, calidad de los datos, aceptabilidad, sensibilidad, valor predictivo positivo (VPP), representatividad y oportunidad. Se utilizó la población censal de 1999 (5.145.325 habitantes). Se estimó la incidencia de casos aplicando el método de captura-recaptura para dos fuentes independientes de casos.

Resultados: Se declararon 135 casos al sistema SIVE-EDO, de los que se han excluido 12; el CMBD registró 128 casos, 3 excluidos. Esto supuso una tasa anual media de 0,80 y 0,82 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Respecto a su estructura y funcionamiento el sistema es sencillo y accesible, aunque se encontraron 5 formularios distintos. La cumplimentación del cuestionario difiere según las variables. La obligatoriedad del sistema y la participación de la mayoría de los centros hospitalarios de la comunidad hace que podamos considerarlo representativo. La sensibilidad del SIVE-EDO fue del 55,2%, el VPP del 56,1%. La ocurrencia medida como el tiempo transcurrido entre el ingreso hospitalario y la notificación tuvo una mediana de 9 días (rango intercuartil: 5-24). Los casos estimados mediante el método de captura-recaptura para el periodo fueron 222 (IC 95%: 199-245), que suponen una tasa anual media estimada de 1,44, y las tasas de exhaustividad fueron de un 55% para el sistema EDO, un 56% para el CMBD y un 81% conjuntamente.

Conclusiones: La baja sensibilidad-exhaustividad de sistema hace que se pierdan casos, la importante infranotificación hace necesaria la utilización de otros registros complementarios para la vigilancia epidemiológica de la legionelosis.

078

PATRÓN DE PRESENTACIÓN DEL PALUDISMO EN LA COMUNIDAD DE MADRID 1998-2002

Cristina García-Fernández, Cristina Ruíz, M^a Angeles Gutiérrez, María Ordoñas, Montserrat Neira, Luis García-Comas, Rosa Ramírez

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid., Madrid, España.

Antecedentes: El paludismo es una enfermedad sometida a vigilancia especial por la OMS. Pese a la desaparición del paludismo autóctono, los casos importados han emergido con fuerza en el mundo occidental, debido al aumento de la inmigración y los viajes. El objetivo del estudio es describir las características de presentación del paludismo notificado en la Comunidad de Madrid (CM) en el periodo 1998-2002.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos declarados en el periodo de estudio. Los casos sospechosos/probables son los que cumplen definición de caso y residencia o visita a una región endémica, sin confirmación de laboratorio. Los confirmados requieren diagnóstico de laboratorio. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, clasificación, evolución, resistencia al tratamiento, especie de *Plasmodium*, país de contagio, motivo del viaje y quimioprofilaxis. Se calcularon tasas de incidencia anuales.

Resultados: Se declararon 816 casos, 794 de residentes de la CM. Las tasas anuales oscilan entre 2,61 casos por 100.000 habitantes en 1998 y 4,02 en el 2001. El 51,3% fueron varones. La edad media fue 36,24 años (DE:17,27), destacando un 13,9% en menores de 14 años. El 96,9% fueron casos confirmados. El 1,1% de los casos fallecieron. La distribución según el tipo de *Plasmodium* fue: *P. falciparum* 67,7%, *P. vivax* 9,5%, *P. ovale* 7%, *P. malariae* 4%, *P. sp* 8,7% e infecciones mixtas 3,2%. Presentaron resistencia a los antibióticos habituales el 1,8%. El lugar de contagio se conoce en 682 casos, el 59,53% se produce en Guinea Ecuatorial, 31,96% en el resto de África, 5,57% en América Latina, 2,20% en Asia y 0,73% en Oceanía. El motivo de estancia en estos países fue: 33,9% por turismo, el 51,1% eran inmigrantes, 6,2% por trabajo y 8,9% por otros motivos. El 12,5% de los viajeros no realizó profilaxis. De las infecciones por *P. falciparum* el 66,24% se producen en viajes a Guinea Ecuatorial, 32,49% en el resto de África, 1,02% en América Latina y 0,25% en Asia u Oceanía. Los *P. vivax*: 37,74% en América Latina, 18,87% en Guinea Ecuatorial, 24,49% en el resto de África y 18,87% en Asia.

Conclusiones: Se observa una tendencia ascendente de casos, aumentando progresivamente los debidos a viajes e inmigración. La distribución del tipo de *Plasmodium* se ajusta a lo descrito por otros autores. Es importante el porcentaje en niños, dada la gravedad en este grupo, se debe recomendar la administración de profilaxis incluso a bebés, además de utilizar las medidas de barrera que impidan las picaduras del vector. Los inmigrantes, que viajan a sus países de origen sin profilaxis, son un grupo de riesgo elevado. Se debe aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para informarles de los riesgos de infección por paludismo, así como estrategias adecuadas de prevención.