



Figura 1. Comparación entre medio urbano y rural.

burnout o en la satisfacción laboral¹⁻⁴. Los riesgos psicosociales se han definido como «las interacciones entre el contenido, la organización, la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado, y las funciones y las necesidades de los trabajadores, por otro». Las publicaciones revisadas ya apuntan hacia una relación entre los factores de riesgo psicosocial y la salud mental⁵, el absentismo laboral, la calidad del trabajo realizado y las actividades familiares y sociales⁶. Los resultados globales muestran un claro predominio de nivel rojo de exposición en todas las categorías analizadas, excepto en el trabajo activo y las posibilidades de desarrollo. La zona urbana presenta un nivel de exposición desfavorable mayor en todas las categorías excepto en la de apoyo social y liderazgo comparada con el medio rural.

P. Marín-Lluch, C. García-Domingo, J.L. Muñoz-Fernández y G. Rabanaque-Mallent
 Equipo de Atención Primaria. Puerto Sagunto. Valencia. España.

- Varela-Centelles PI, Fontao Valcárcel LF, Martínez González AM, Pita Babío A, Valín Liz MC. Desgaste profesional entre los odontólogos del Servicio Gallego de Salud. *Aten Primaria*. 2005;35:301-5.
- Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez

- C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:227-33.
- Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*. 1999;24:352-359.
- Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel E. *Burnout* en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria*. 2002;29:294-302.
- Benavides FG, Benach J, Jarque S, Gimeno D, Berra A. Factores psicosociales y trastornos de salud mental en el medio laboral. *Gac Sanit*. 1999;13:9210-10.
- Escribá V, Bernabé V. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gac Sanit*. 2002;16:487-96.

Cálculo de la población susceptible ante una nueva campaña de vacunación frente a la varicela

Este trabajo ha sido desarrollado con recursos propios de la Dirección General

Palabras clave: Varicela. Inmunización masiva. Susceptibilidad a enfermedades.

de Salud Pública de la Región de Murcia.

Introducción. El Consejo Interterritorial ha recomendado recientemente la vacunación frente a la varicela en preadolescentes susceptibles¹. Esta estrategia es la que permite una mayor disminución de la morbimortalidad originada por la varicela² sin disminuir la circulación del virus, puesto que dicha disminución podría llevar a un aumento del herpes zoster en los adultos³. La estrategia de la Región de Murcia es vacunar a todos los preadolescentes susceptibles a la vez que se administra la segunda dosis de hepatitis B.

Objetivos. Determinar con un error de \pm 5% el número de dosis necesarias para vacunar a las personas susceptibles de la cohorte de 10 años de edad de la Región de Murcia.

Diseño. Encuesta descriptiva transversal postal, con recaptación telefónica de los no respondedores durante el primer mes. Se seleccionó aleatoriamente del Registro de vacunas de la Región de Murcia (con cobertura universal) una muestra de 450 niños de 10 años. Se envió por correo a sus padres un cuestionario en el que se les preguntaba sobre la historia de varicela clasificada en sí, no y dudoso. En el mismo envío se incluyó un sobre de respuesta prefranqueado. Se estableció contacto telefónico con los que no respondieron durante el primer mes. Se definió como «susceptibles» a los niños cuyos padres contestaban que sus hijos no habían pasado la varicela o no estaban seguros, y «no susceptibles» a los que declaraban haber pasado la varicela.

El período del estudio fue marzo-junio de 2005. Los datos se analizaron con Epi-Info versión 2002.

Resultados. La tasa de respuesta fue del 84,4% tras la recaptación telefónica.

Los susceptibles fueron el 27,6% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 23,3-32,5) y los no susceptibles de vacunación el 72,4% (IC del 95%, 67,5-76,7). Estratificando por la forma de obtención de la respuesta (correo frente a teléfono), no se observaron diferencias estadísticamente significativas (tabla 1). El número de dosis necesarias para vacunar a los susceptibles teniendo en cuenta los efectivos de la cohorte y la cobertura esperada es de 3.051.

TABLA 1. Distribución de personas susceptibles y no susceptibles según el medio de respuesta

| | No susceptible a varicela N (%) (IC del 95%) | Susceptible a varicela N (%) (IC del 95%) | Total |
|----------|---|--|-------|
| Total | 275 (72,4) (67,5-76,7) | 105 (27,6) (23,3-32,5) | 380 |
| Correo | 155 (70,8) (64,3-76,7) | 64 (29,2) (23,3-35,7) | 219 |
| Teléfono | 120 (74,5) (67,1-81,1) | 41 (25,5) (18,9-32,9) | 161 |

Discusión. Nuestros resultados muestran un número de dosis para vacunar a esta cohorte mayor de lo esperado. Basándonos en la población susceptible de 10-14 años del «Estudio seroepidemiológico: situación de las enfermedades vacunables en España, 1996»⁴, el número de dosis que es necesario adquirir es de 1.005. En función del valor predictivo negativo (VPN) calculado en otros países para este grupo de edad^{5,6}, cabría esperar que este número de dosis se duplicara, puesto que no se incluye la serología; sin embargo, nuestros resultados implican más del triple de dosis. Estos resultados pueden deberse a un menor VPN en nuestro medio, a que la muestra seleccionada haya sido de individuos de 10 años (en el límite inferior de la población de 10-14

años) o a una combinación de ambas. No se han detectado diferencias significativas respecto al medio de contestación (postal frente a telefónica), lo que aporta mayor robustez al estudio. Aunque el número de susceptibles puede disminuir hasta que se les vacune el próximo mes de noviembre, nuestro trabajo muestra que son necesarios un mayor número de dosis y de esfuerzos logísticos de los previstos inicialmente.

J.J Pérez-Martín^a, P. Bernal-González^b, L. Fernández-Sáez^c y J.A. Navarro-Alonso^b

^aMedicina Preventiva y Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Murcia. España. ^bPediatría. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Murcia. España. ^cEnfermería. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Murcia. España.

años) o a una combinación de ambas. No se han detectado diferencias significativas respecto al medio de contestación (postal frente a telefónica), lo que aporta mayor robustez al estudio.

Aunque el número de susceptibles puede disminuir hasta que se les vacune el

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Enfermedades transmisibles. Vacunaciones. Calendario de vacunaciones recomendado, 2005. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es/proteccionSalud/infancia/vacunaciones/imagenes/c2005.gif>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. En: Atkinson W, Hamborsky J, Wolfe S, editors. 8th ed. Washington DC: Public Health Foundation; 2004.
3. Brisson M, Edmunds WJ, Gay NJ, De Serres G. Modelling the impact on the epidemiology of varicella zoster virus. *Epidemiol Infect.* 2000;125: 651-69.
4. Estudio seroepidemiológico: situación de las enfermedades vacunables en España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 1996.
5. Lieu T, Black S, Takahashi H, Ray P, Capra A, Shinefield H, et al. Varicella serology among school age children with a negative or uncertain history of chickenpox. *Pediatr Infect Dis J.* 1998; 17:120-5.
6. Boulianne N, Duval B, De Serres G, Deceuninck G, Massé R, Couillard M. Most ten-year-old children with negative or unknown histories of chickenpox are immune. *Pediatr Infect Dis J.* 2001; 20:1087-8.