

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

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

Aula Magna – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (3 minutos)

Modera: María Ordobás

251. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN POBLACIÓN INMIGRANTE EN VALENCIA, 2006-2010

E. Navarro-Calderón^a, I. Abad^b, R. Borràs^c, A. González^d,
E. Ortells-Ros^a, F.J. Roig^a, A. Salazar^a

^aC. Salud Pública, Valencia; ^bDepartamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Facultad de Medicina, Valencia; ^cDepartamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Valencia; ^dUDCA, Hospital Arnau de Vilanova.

Antecedentes/Objetivos: El principio del milenio ha supuesto grandes cambios sociodemográficos en la población española debidos, fundamentalmente, al impacto del fenómeno migratorio iniciado en la última década del siglo XX. Desde la creencia de que las enfermedades transmisibles suponían un riesgo para la población autóctona se han publicado múltiples estudios enfocados, mayoritariamente, a infecciones concretas. Es objeto de nuestra investigación determinar qué tipo de enfermedades transmisibles llevan a los inmigrantes a ingresar en los servicios hospitalarios públicos.

Métodos: Se diseñó un estudio longitudinal retrospectivo recuperando diagnósticos al alta de población inmigrante hospitalizada en el área metropolitana. Definición de sujeto a estudio: "Aquel cuyo país de nacimiento fue desconocido o diferente a España, que causó una estancia igual o mayor a 24 horas en alguno de los 5 hospitales públicos del área, entre 01/01/06 y 31/12/10". El perfil de recuperación fue común a todos los servicios de admisión e incluye el diagnóstico principal así como el 2.º y 3.º diagnóstico. Los datos de filiación fueron contrastados con el SIP (Sistema de Información Poblacional) a fin de disminuir las

pérdidas. Se presentan los datos más relevantes en forma de tasas por ingresos de las enfermedades infectocontagiosas.

Resultados: Las altas por enfermedades transmisibles supusieron el 5,43% del total (n = 2.995). Al analizar los 3 primeros diagnósticos se recogieron 3.481 por enfermedades transmisibles: 2.554 altas con 1 diagnóstico, 396 con 2 y 45 con 3. Cabe destacar el origen casi exclusivo de la malaria en africanos, el 91% de los casos, con tasas x 103 ingresos de 175,0 en pacientes de Costa de Marfil y 60,21 en guineanos ecuatoriales. Asimismo, la tuberculosis mostró tasas elevadas en inmigrantes africanos, mayoritariamente en los procedentes de Mali (t: 141 x 103) y Senegal (t: 56,41 x 103). De igual modo, el VIH muestra tasas mayores en nacidos en Mali (t: 64,10 x 103) y Guinea Ecuatorial (t: 40,14 x 103). Cabe destacar las elevadas tasas de VIH y hepatitis en pacientes portugueses (t: 40,89 x 103/27,26 x 103).

Conclusiones: La imposibilidad de obtener denominadores reales condiciona seriamente la estimación de frecuencias, que hemos de reducir a comparaciones entre ingresos. Aunque los valores absolutos en pacientes de otros orígenes en ocasiones son mayores, las tasas muestran que las enfermedades transmisibles más representativas se dan, fundamentalmente, en individuos procedentes de África subsahariana, matizando la hipótesis del "efecto del inmigrante sano" en este colectivo.

321. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS NEURODEGENERACIONES Y SALUD PÚBLICA

J. de Pedro-Cuesta, E. Alcalde-Cabero, J. Almazán-Isla, F. Avellanal, M. Calero, I. Mahillo, P. Martínez-Martín, A. Rábano, M. Ruiz

Centros Nacionales de Epidemiología y de Microbiología, CIBERNED; Fundación CIEN, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La epidemiología de las neurodegeneraciones (ND), a menudo patologías subclínicas de la edad avanzada, se ha construido sobre el diagnóstico clínico. En los últimos 15 años, en parte como consecuencia de investigaciones estimuladas por la epidemia de vECJ, emerge una nueva visión de las ND cuando éstas se asocian a depósitos de agregados proteicos predominando una serie de proteínas deficientemente conformadas y tóxicas que caracterizan diversas ND. Ello ha ofrecido una nueva posibilidad de clasificación molecular por reagrupamiento de las categorías clínicas o incluso neuropatológicas de gran potencial etiológico. Esta reflexión se plantea con el objetivo de identificar e interpretar patrones epidemiológicos de algunas ND en las que dichos depósitos han sido bien caracterizados.

Métodos: De forma no sistemática se revisaron y compararon datos epidemiológicos publicados, a veces reagrupados por los autores, descriptivos, clínicos y analíticos, de las siguientes ND: ECJ, esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y enfermedades de Parkinson (EP), Alzheimer (EA) y Huntington (EH).

Resultados: Los patrones más llamativos fueron: 1) la separación en dos categorías de entidades (con formas casi exclusivamente genéticas/familiares [EH] o mayoritariamente esporádicas [ECJ, ELA, EP, EA]); 2) la proporcionalidad en estas últimas, de las incidencias de mutaciones y formas esporádicas, razón familiar/esporádico alrededor de un 5-10%; 3) la asociación inversa en formas esporádicas o agrupadas entre edad al comienzo clínico y duración del curso clínico, con una estructura de la incidencia por edad gaussiana en las de comienzo más temprano y ascendente en EP, EA; 4) la existencia de factores de riesgo o interacciones compartidas: a) genéticas ECJ esporádico y EA; b) vasculares ECJ esporádico, EA, ELA; c) historia quirúrgica ECJ esporádico, EA, y d) efectos de edad a la exposición para tratamientos hormonales ECJ iatrogénico, o quirúrgicos ECJ esporádico, cohortes de nacimiento/B. pertussis EP y, probablemente, exposición dietética para vECJ.

Conclusiones: Las ND asociadas a depósito proteico específico/pre dominante presentan rasgos epidemiológicos compartidos o secuenciales cuando exhiben mutaciones puntuales. Las formas esporádicas podrían representar equivalentes de un mismo modelo de enfermedad

humana primariamente genética y secundariamente transmitida/inducida.

414. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL, 2003-2010

F.J. Roig-Sena^a, E. Ortells-Ros^b, J. Bayo Gimeno^a, J.L. Chover Lara^a, A. Salazar Cifre^a, C. Quirós Morato^a, L. Soriano Llinares^a

^aCentro de Salud Pública de Valencia; ^bMedicina Preventiva, Hospital Dr. Peset, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Los últimos datos de países con baja incidencia de tuberculosis (TB) indican un repunte. En esta situación, el estudio de la TB infantil permite mejorar el conocimiento de su grado de transmisión en la población y la posibilidad de un mejor control de esta reserva de TB para la edad adulta. **Objetivo:** Describir las principales características de la TB infantil según diagnóstico, tratamiento, contacto con adulto enfermo y procedencia, en el periodo 2003-2010.

Métodos: Estudio longitudinal descriptivo de los diagnósticos de TB de 0-14 años residentes en el área de cobertura del Centro de Salud Pública de Valencia entre 2003 y 2010. Caso: niño clasificado como confirmado o probable según los criterios de enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Demás definiciones según criterios EDO. Variables: edad, localización, asociado a brote, tipo diagnóstico, contacto enfermo adulto, inmigrante, tratamiento completo. Cálculos: frecuencia relativa, t-Student, el Ji-cuadrado y la *odds ratio* con intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Se identifican 150 casos de TB infantil (pasando de 19 en 2003/04 a 67 en 2009/10), 24 de ellos (16,0%) en población inmigrante, aumentando del 5,3% (2003/04) al 11,9% (2009/10). Esta tendencia aumenta al considerar sólo casos aislados (2003/04: 8,3%; 2009/10: 22,7%). Media de edad de 5,74 años, con menor edad en españoles (5,25 frente a 8,29; p = 0,001). Las principales zonas de procedencia han sido Sudamérica (14), África (4) y Europa del Este (4). El 62,0% de los casos se han dado asociados a brotes; 41,7% en inmigrantes y 65,9% en nacionales (OR: 2,70, IC 95%, 1,10-6,59). Las formas de TB más frecuentes han sido la pulmonar (69,3%) y la linfática intratorácica (24,6%). Se tomaron muestras para confirmación diagnóstica en 113 niños (75,4%), resultando 40 positivas (35,4%). El 86,6% de los casos completaron el tratamiento (27,3% inmigrantes frente a 10,0% españoles, OR: 3,38, IC 95%, 1,05-10,81).

Conclusiones: Se ha observado un aumento en la incidencia de la TB infantil, siendo más evidente en la población inmigrante. La mayor proporción de casos aislados entre inmigrantes (no se ha localizado el adulto que actuó como fuente) nos sugiere dos reflexiones: hay una mayor transmisión en su comunidad y la dificultad de realizar un estudio de contactos por su mayor movilidad. No se han observado diferencias en la localización de la enfermedad. Resulta excesivo el 27,3% de inmigrantes sin constancia de que completaran el tratamiento, siendo necesarios programas de actuación específicos para evitar futuros casos y resistencias.

416. TENDENCIA DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL, 2003-2010

F.J. Roig-Sena^a, E. Ortells-Ros^b, J. Bayo Gimeno^a, M.J. Borrás Moliner^a, E. Giner Ferrando^a, C. Quirós Morato^a, L. Repulles Jiménez^a

^aSección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Valencia; ^bServicio de Medicina Preventiva, Hospital Dr. Peset, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis (TB) continúa siendo un importante problema de salud pública en todo el mundo. En los países con baja incidencia parece que nos encontramos en un momento de cambio en la tendencia descendente observada en los últimos años. El diagnóstico de TB en niños podemos considerarlo como un marcador

de transmisión reciente, a la vez que es una medida indirecta del grado de transmisión en la comunidad e indica un fracaso en los sistemas de prevención. **Objetivo:** Caracterizar la tendencia de la TB infantil entre los años 2003-2010.

Métodos: Se realiza un estudio longitudinal descriptivo de los diagnósticos de TB en niños de 0-14 años residentes en el área de cobertura del Centro de Salud Pública de Valencia entre 2003 y 2010. Población en riesgo a mitad de periodo: 195.975 (fuente: datos poblacionales de la Dirección General de Salud Pública). Se ha considerado caso a los clasificados como confirmado o probable según los criterios de las enfermedades de declaración obligatoria. Se agrupan en periodos bianuales y se calcula la tasa de incidencia x 105 (TI). Se compara con la tendencia en sujetos de 15 o más años.

Resultados: Se han detectado 150 casos de TB infantil, con una TI de 9,56, la mitad de ellos (50,7%) menores de 5 años. Se observa diferencia en las TI, siendo de 13,27 en menores de 5 años frente a 7,44 en el grupo de 5-14 años, diferencia que se mantiene en todos los bienios. La tendencia temporal ha sido claramente ascendente (TI 03/04: 4,85; 09/10: 17,09) y se mantiene en el grupo 0-4 años (TI 03/04: 7,68; 09/10: 20,25) y en 5-14 años (03/04: 3,22; 09/10: 15,28). La TI de TB en adultos aumentó el primer bienio para disminuir el resto del periodo, terminando con valores muy similares a los iniciales (TI por bienio 17,76; 20,63; 20,02; 18,67). Pese a la estabilidad general observada en la TI hay un evidente aumento en el porcentaje de casos infantiles, que ha pasado del 4,43 al 13,45%.

Conclusiones: Mientras la TI de la TB en adultos es estable, o incluso descendiendo en los últimos años, la TI de TB infantil ha seguido una tendencia claramente ascendente. También aumenta el porcentaje de TB infantil sobre el total de TB de forma constante en los últimos años. La vigilancia epidemiológica de la TB infantil debe servir para corroborar la eficacia de las medidas adoptadas para el control de la TB, a la vez que evitará futuros casos.

538. ASOCIACIÓN TABACO-H. PYLORI CagA+: ¿UNA COVARIABLE A INCLUIR EN LA RELACIÓN TABACO-CÁNCER GÁSTRICO?

M. Santibáñez, M. Ruiz-García, S. Belda, J. Sola-Vera, J. Sáez, J.C. Rodríguez, L. Álvarez, P. López, C. Sillero, G. Royo

IFIMAV-FMV, Santander; Servicio de Microbiología y Servicio de Medicina Digestiva, HGU de Elche; UMH Elche, Alicante.

Antecedentes/Objetivo: Estudiar la asociación entre el tabaco y el factor de virulencia CagA en *Helicobacter pylori*.

Métodos: Se procesaron 176 biopsias obtenidas por endoscopia de 97 pacientes consecutivos con sospecha clínica de infección por *H. pylori* confirmada mediante métodos clásicos de diagnóstico, obteniéndose diferentes parámetros demográficos y clínicos, así como el hábito tabáquico y enólico. Se diseñó un sistema de PCR a tiempo real para la detección del gen CagA y para la cuantificación del n.º de bacterias. Se consideró como no fumador al que en el momento de la endoscopia refirió no ser fumador y como fumadores al resto independientemente de la cantidad de cigarrillos fumados y los años de consumo. Como medida de asociación entre el tabaco y la presencia del gen CagA, se calcularon *odds ratios* ajustadas (ORa) así como sus correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC 95%) en modelos multivariantes de regresión logística no condicional que incluyeron las siguientes covariables: genero, edad (≤ 50 años, > 50 años), consumo de alcohol (sí/no), ingesta de inhibidores de la bomba de protones (sí/no) en los días previos a la endoscopia, presentación clínica en forma de hemorragia digestiva alta (sí/no) y antecedente de úlcus complicado (sí/no).

Resultados: Se detectó la presencia de CagA en 55 pacientes (57%). Se encontró una asociación positiva estadísticamente significativa entre la presencia de CagA y el hábito tabáquico. Diecinueve pacientes CagA+ fueron fumadores (35%). Entre los CagA negativos, 5 refirieron

fumar (12%). Esta asociación mantuvo la significación estadística en todos los modelos multivariantes de ajuste: ORa 4,83 (IC 95%, 1,2-19,7). Respecto al hábito enólico, se encontró una fuerte asociación negativa: ORa 0,08 (IC 95%, 0,0-0,09).

Conclusiones: Posteriores estudios son necesarios para analizar en profundidad esta asociación e intentar filiar el sentido de la misma. La infección crónica por *H. pylori* es considerada un factor causal para el cáncer gástrico (CG). El consumo de tabaco es un factor de riesgo firmemente establecido. De confirmarse la asociación tabaco-CagA, surgiría la hipótesis de que epidemiológicamente no solo la infección crónica por *H. pylori*, sino también de un modo más preciso la presencia de factores de virulencia como el CagA, podrían actuar como factores de confusión en las relaciones epidemiológicas clásicamente estudiadas entre el tabaco y el cáncer de estómago.

Financiación: FIBELX 08-01 y Fundación Bienvenida-Navarro Luciana Trípodi.

575. GESTIÓN DE UN PROYECTO MULTICÉNTRICO EN LA PANDEMIA DEL VIRUS A(H1N1)2009. IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA

M. Baricot, E. Borrás, P. Godoy, N. Soldevila, N. Torner, A. Domínguez, Grupo de Trabajo del Proyecto de Casos y Controles Gripe Pandémica

CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La pandemia provocada por el virus A(H1N1)2009 permitió realizar un estudio para investigar la efectividad de medidas farmacológicas y no farmacológicas en la prevención de la hospitalización por gripe en España. El proyecto contó con la participación de 36 hospitales. Se diseñaron estrategias de control y seguimiento del trabajo de campo, adaptadas a esta situación. El objetivo del trabajo es presentar y discutir las estrategias de gestión utilizadas en un proyecto multicéntrico de casos (hospitalarios) y controles (hospitalarios y ambulatorios) en una situación de crisis en salud pública.

Métodos: Participaron centros de Andalucía, Castilla-León, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco y Valencia. Se formó un Centro Coordinador, un Comité Científico y un Comité Institucional, integrado este último por representantes de organismos de salud pública (estatales y autonómicos) y de instituciones de investigación. Para la realización del trabajo de campo se contó con profesionales de ciencias de la salud, que realizaron encuestas presenciales/telefónicas a los casos y controles, una vez obtenido el consentimiento informado. Para la formación y seguimiento a encuestadores se utilizaron webinars, manuales y formularios de seguimiento.

Resultados: Para formar a 38 encuestadores, se realizaron 7 webinars que resultaron especialmente útiles debido a la dispersión geográfica de los centros, evitando traslados y agilizando el proceso. Los formularios de seguimiento fueron útiles para la monitorización del trabajo de campo. Se recibieron 142 formularios, el 77% en los 4 primeros meses de trabajo y el resto en los 4 meses siguientes. Se realizaron 3 reuniones presenciales del Comité Científico, 2 reuniones del Comité Institucional y reuniones semanales del Centro Coordinador. Fue necesario modificar la estructura del trabajo debido a la rápida evolución de la gripe, recogiendo también casos y controles de manera retrospectiva y mediante encuesta telefónica, enviando el consentimiento informado por correo postal. Estos cambios se incorporaron en el primer mes del proyecto, respetando siempre la metodología y el diseño del estudio.

Conclusiones: La implicación de los servicios de salud pública es fundamental cuando se investigan enfermedades para las que existe especial sensibilidad por parte de los profesionales sanitarios, la población y medios de comunicación. La participación de profesionales de hospitales y de la atención primaria, especialmente de la Red de Médicos Centinela, demostró asimismo ser clave para el desarrollo del proyecto.

Financiación: ISCIII Proyecto GR09/0030.

684. FACTORES PRONÓSTICOS DE REINGRESO HOSPITALARIO PRECOZ TRAS UN PRIMER INGRESO POR BRONQUIOLITIS

L. Pino^a, C. Naharro^b, I. Gómez-Acebo^a, M.J. Cabero^b, T. Dierssen^a, J. Llorca^a

^aGrupo de Medicina Preventiva, Universidad de Cantabria, CIBER Epidemiología y Salud Pública CIBERESP; ^bServicio de Pediatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Antecedentes/Objetivos: La bronquiolitis es la enfermedad del tracto respiratorio más frecuente durante los 2 primeros años de vida. Afecta anualmente al 10% de los lactantes, de los que un 2-5% requerirán ingreso hospitalario. **Objetivos:** Identificar factores pronósticos asociados al riesgo de reingreso hospitalario precoz tras un primer ingreso por bronquiolitis.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes de ámbito hospitalario. Población de estudio: pacientes con un primer ingreso por bronquiolitis en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla durante el periodo 2002-2009, utilizando la información contenida en la base CMBD. Análisis estadístico: variable dependiente: reingreso en los 30 primeros días postalta hospitalaria. Variables independientes: 1) relacionadas con el paciente (factores sociodemográficos y comorbilidades) y 2) relacionadas con la asistencia hospitalaria (periodo de ingreso, realización de pruebas diagnósticas, duración de la estancia hospitalaria, etc.). Como medida de asociación se ha utilizado el RR y su IC al 95%. El análisis ajustado se ha realizado mediante regresión logística no condicional.

Resultados: En el periodo de estudio se produjeron 1.475 nuevos ingresos por bronquiolitis de los que el 13,4% (199) presentaron un reingreso. Al analizar la influencia de factores de riesgo intrínsecos se observó que la presencia de comorbilidades aumentó el riesgo de reingreso un 23% (OR ajustada = 1,23, IC 95%, 1,04-1,45), siendo el grupo diagnóstico más fuertemente asociado el de enfermedades hematológicas (OR ajustada = 6,63, IC 95%, 1,33-33,09), seguido de enfermedades del aparato circulatorio (OR ajustada = 4,87, IC 95%, 1,08-21,91) y anomalías congénitas (OR ajustada = 2,238, IC 95%, 1,036-4,834). Globalmente el riesgo de reingreso aumentó un 17% por cada comorbilidad presente en el primer ingreso (OR ajustada = 1,17, IC 95%, 1,01-1,35). En cuanto a la influencia de factores extrínsecos, se observó un aumento del 74% del riesgo por cada procedimiento terapéutico invasivo realizado durante el ingreso (OR ajustada = 1,74, IC 95%, 1,10-2,74). Otros factores extrínsecos analizados como la duración de la estancia hospitalaria, el tipo de ingreso o el tipo de procedimiento realizado no mostraron relación con el reingreso.

Conclusiones: Los antecedentes de enfermedades hematológicas o circulatorias son los factores más fuertemente asociados al riesgo de reingreso en pacientes con bronquiolitis, siendo débil la influencia de factores asistenciales.

766. SALUD PÚBLICA Y RED CENTINELA: ACCIÓN COLABORATIVA DE INVESTIGACIÓN EN LA PANDEMIA A(H1N1)2009

N. Torner, M. Baricot, D. Toledo, A. Martínez, P. Godoy, A. Domínguez, Red de Médicos Centinela de Cataluña (PIDIRAC), Grupo de Trabajo del Proyecto de Casos y Controles Gripe Pandémica

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; CIBER Epidemiología y Salud Pública, Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La reciente pandemia ocasionada por el virus de la gripe A(H1N1)2009 se planteó una investigación colaborativa sobre la efectividad de medidas farmacológicas y no farmacológicas en la prevención de la hospitalización por gripe en España. Para ello se solicitó la colaboración de los médicos que forman parte de la Red Centinela para la Vigilancia de la Gripe en Cataluña (PIDIRAC). El obje-

tivo de este trabajo es presentar el resultado de una encuesta distribuida a los médicos centinela (MC) de la red que colaboraron en el estudio.

Métodos: La coordinación y comunicación con la red para facilitar la entrevista con los encuestadores y los pacientes ambulatorios y controles incluidos en el estudio se llevó a cabo a través del Departamento de Salud, que gestionó la solicitud de información a los MC. Tras la primera ola pandémica se distribuyó una encuesta con 14 preguntas a 45 médicos participantes para determinar el grado de implicación y carga de trabajo que supuso su colaboración. Se analizaron las respuestas según si procedían de medio rural (municipios < 100.000 h) o urbano (> 10.000 h), o si eran MF o P mediante ANOVA estableciendo el nivel de significación a 0,05.

Resultados: Se obtuvieron 32 encuestas (71,1%), de las cuales un 47% procedía de MF y un 53% de P. El 69% de los participantes era conocedor del proyecto, a pesar de que sólo un 47% afirmó haber asistido a la reunión informativa. La percepción de la actividad pandémica fue considerada como similar a la estacional (43,8%) o elevada pero no desbordante (37,5%). En el 88% de los casos su colaboración durante la pandemia no supuso un problema especial, aunque el 78% de MC siempre aportó la información relevante de la historia clínica personalmente al encuestador. Un 93,7% de los MC contactó con los pacientes para informar del estudio y coordinar con el encuestador/a para facilitar el flujo de comunicación y la aceptación por su parte. En ningún caso hubo manifestaciones de descontento de los pacientes. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las respuestas a la encuesta entre medio rural y urbano ni por especialidad.

Conclusiones: La coordinación de los servicios de Salud Pública con los médicos de Atención Primaria a través de la Red de MC tiene un impacto positivo sobre la salud de la población dado que permite establecer un nexo de unión entre los individuos de la comunidad y los objetivos de salud pública, entre los que también figura la investigación.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, Proyecto GR09/0030.

827. CAMPILOBACTERIOSIS Y SALMONELOSIS EN NIÑOS ENTRE 0 Y 6 MESES EN ESPAÑA

C. Varela, E.V. Martínez, I. Martínez, L. Herrera, G. Hernández-Pezzi
CNE, ISCIII; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Dentro de las enfermedades gastrointestinales sujetas a vigilancia en España y la UE, las causadas por *Salmonella* y *Campylobacter* son las más frecuentes. La transmisión, para ambas enfermedades, es por consumo de agua o alimentos contaminados, por contacto persona a persona o por contacto con animales infectados. La salmonelosis se presenta en forma de brotes con más frecuencia que la campilobacteriosis; asimismo, tanto la dosis infectiva como la transmisión persona a persona es mayor en la salmonelosis. La incidencia de estas enfermedades en los menores de 1 año es elevada, aun cuando su alimentación es muy restringida. El objetivo del estudio es conocer la situación de la salmonelosis y la campilobacteriosis en niños entre 0 y 6 meses en España.

Métodos: Se estudiaron los casos declarados de forma individualizada por aquellos laboratorios de microbiología que notificaron de forma constante a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica entre 2005 y 2010. Para la comparación de proporciones se utilizó el test de chi-cuadrado, con una confianza del 95%.

Resultados: Entre 2005 y 2010 los laboratorios de microbiología notificaron al Centro Nacional de Epidemiología 33.801 casos de campilobacteriosis y 28.830 casos de salmonelosis, en todas las edades. En el 50% de los casos no se conoce la edad en meses y sólo se tiene información de que el caso es menor de 1 año. El porcentaje de campilobacteriosis en niños menores de 1 año es 21,2% mientras que el de salmonelosis es 13,7% (p < 0,001). En los casos menores de 1 año en los que se

conoce la edad en meses ($n = 5.510$) se observa que el 4,5% de los casos de campilobacteriosis se produce en niños entre 0 y 6 meses, siendo este porcentaje del 3,0% para la salmonelosis ($p < 0,001$). En cuanto a los niños entre 0 y 3 meses el porcentaje de campilobacteriosis en este grupo de edad es 1,9% y el de salmonelosis 1,3% ($p < 0,01$).

Conclusiones: En los niños entre 0 y 6 meses y entre 0 y 3 meses, el porcentaje de campilobacteriosis es mayor que el de salmonelosis. Los porcentajes de estas dos enfermedades, en los niños entre 0 y 6 meses, y 0 y 3 meses, probablemente serían superiores si la información de la edad de los casos se notificara de forma más desagregada, ya que la mayoría de los casos proporcionan la información en años y no en meses. Sería necesario realizar estudios específicos para conocer en profundidad cuáles son los riesgos a los que están expuestos los lactantes a la hora de sufrir campilobacteriosis o salmonelosis.

839. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE USO DE ANTIBIÓTICOS NO RESTRICTIVO EN 9 HOSPITALES ESPAÑOLES

L. García San Miguel, J. Cobo, A. Asensio

Grupo de Estudio del Proyecto 2 de la Red Española de Investigación en Patología Infecciosa (REIPI).

Antecedentes/Objetivos: El uso inadecuado de los antibióticos es un problema de salud pública de gran dimensión ya que origina resistencias bacterianas que aumentan la mortalidad y la estancia hospitalarias. **Objetivos:** Describir la implantación de un programa de control de uso de antibióticos no restrictivo (PCA-noR) en 9 hospitales españoles. Evaluar el impacto sobre el consumo y gasto de antibióticos. Evaluar el impacto sobre la incidencia de patógenos multirresistentes.

Métodos: Estudio multicéntrico aleatorizado de intervención realizado en dos periodos: 1 (enero a junio de 2004) y 2 (enero-junio 2005). Cada hospital seleccionó de forma aleatoria de 2 a 4 unidades de hospitalización en las que se intervino o no (control) en los periodos 1 y 2. El Servicio de Farmacia proporcionó diariamente un listado de los pacientes que recibían antibióticos durante más de 3 días. Cada caso fue evaluado por un médico con formación en enfermedades infecciosas que, tras revisar la información disponible, establecía recomendaciones escritas encaminadas a optimizar y mejorar la prescripción antibiótica.

Resultados: Se realizaron 3.192 intervenciones. En 1.121 casos (35%) se recomendó mantener el mismo tratamiento y en 2.070 casos (65%) se recomendó alguna modificación del mismo. Para realizar la recomendación, se consultó la historia clínica (100%), se revisaron resultados de microbiología (43%), se habló con el médico responsable (23%), o la enfermería (8%) o se visitó al paciente (6%). Las modificaciones recomendadas fueron las siguientes: suspensión de todo el tratamiento antibiótico (47%), modificación de la vía de administración (26%, recomendándose en 97% de ellos el paso a vía oral), cambio de fármacos (19%), variación en el número de antibióticos (8%), cambio de dosis (5%) e interconsulta formal a enfermedades infecciosas (2%). La recomendación de cambio se encaminó a una simplificación del tratamiento (suspensión, reducción del número de fármacos o paso a vía oral) en el 75% de los casos. En el 73% (62-91%) se siguió la recomendación realizada. Cuando se recomendó mantener el tratamiento el seguimiento fue del 88% (86-100%) mientras que cuando se recomendó algún cambio fue del 68% (56-91%). La adherencia cuando se recomendó la simplificación del tratamiento fue del 70% (57-92%).

Conclusiones: Una proporción elevada de los tratamientos antibióticos hospitalarios habituales es susceptible de modificaciones encaminadas a la simplificación (suspensión, reducción del número o paso a la vía oral). Un PCA-noR es bien aceptado en una amplia muestra de hospitales españoles.

878. EVOLUCIÓN DE LA ESTACIONALIDAD DE LA SALMONELOSIS EN ESPAÑA

E.V. Martínez^{a,b}, C. Varela^{a,b}, I. Martínez^{a,b}, L. Herrera^a, G. Hernández^{a,b}, A. Torres^a, P. Ordóñez^a

^aCentro Nacional de Epidemiología, ISCIII; ^bCIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: *Salmonella* es la segunda causa de diarrea notificada en España, después de *Campylobacter*, y la primera causa de brotes de transmisión alimentaria. La forma de presentación de la enfermedad es históricamente estacional, con mayor número de casos y brotes en los meses de calor. El objetivo del estudio es conocer la evolución de la estacionalidad de la salmonelosis en España entre 2001 y 2010.

Métodos: Se estudiaron los datos obtenidos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica: para los casos se estudiaron los declarados por los laboratorios de microbiología entre 2001 y 2010 y para los brotes se estudiaron los declarados al Sistema de Brotes entre 2003 y 2009. Como variable temporal se han usado las semanas epidemiológicas para los casos y los meses para los brotes. Se han considerado los periodos de mayor proporción de casos o brotes aquellos con más notificaciones por unidad de tiempo, seleccionando la zona de mayor frecuencia de casos entre la semana epidemiológica 23 y 40 (aquellos con más de 2,5% de casos) y de brotes entre el mes de junio y agosto (aquellos con más del 14% de brotes). Se ha realizado un estudio descriptivo y analítico de la frecuencia de casos y brotes, comparando los periodos con mayor ocurrencia de infecciones frente al resto.

Resultados: Entre 2001 y 2010 han notificado *Salmonella* de forma constante 30 laboratorios de microbiología, con un total de 24.415 casos. Entre 2003 y 2009 se notificaron 3.075 brotes. Se observa una disminución ($p < 0,001$) tanto en el número de casos (3.386 en 2001 y 913 en 2010) como en los brotes (773 en 2003 y 232 en 2009). El 50% de los casos se notificó en 18 semanas epidemiológicas consecutivas (aproximadamente un tercio del año), observándose una disminución ($p < 0,001$) en la proporción de casos notificados en este periodo (13% menos de casos entre 2001 y 2010). En global, el 45% de los brotes se notificó en el 25% de los meses cada año, con una disminución ($p < 0,005$) en la proporción de brotes en estos meses respecto al resto del año, pasando de un 46% en 2003 a un 37% en 2009.

Conclusiones: Existe una disminución significativa en el número de casos y brotes notificados, destacando que esa disminución no es proporcional, sino que el porcentaje de salmonelosis en los meses cálidos respecto al resto del año ha disminuido de forma significativa en los últimos años, aplanándose la curva histórica de estacionalidad. Habría que estudiar si las diversas medidas para el control de *Salmonella* afectan de forma diferente según la estación del año o la variación se debe a otros factores.

1003. FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA EN NIÑOS

P. Ciruela, N. Soldevila, M.F. de Sevilla, S. Hernández, F. Coll, F. Moraga, J.J. García-García, A.M. Planes, C. Muñoz-Almagro, A. Domínguez, Grupo de Estudio Proyecto PI 06/1507

DG Salud Pública, Generalitat de Catalunya; DEP Salud Pública; UB; HU Sant Joan de Déu; HU Vall d'Hebron; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad neumocócica invasiva (ENI) representa un importante problema de salud pública por su elevada morbimortalidad. En los últimos años se han observado importantes cambios en la epidemiología de la enfermedad. El objetivo de este trabajo ha sido conocer los factores asociados a ENI.

Métodos: Estudio prospectivo de casos y controles apareado en niños de 3-59 meses atendidos en el Hospital Vall d'Hebron y en el Hos-

pital Sant Joan de Déu desde enero de 2007 hasta diciembre de 2009. Las variables de apareamiento han sido edad, sexo, fecha hospitalización y enfermedad de base. Se han recogido las variables: = 1 dosis vacuna neumocócica conjugada 7-valente (VCN7), asistencia guardería/escuela, n.º convivientes, hábito tabáquico y clase social de los padres, antibiótico e infección respiratoria previos y lactancia materna. Para comprobar la asociación de variables con ENI se ha realizado análisis bivariante, calculando OR e IC 95%. Para calcular las OR ajustadas (ORa) se ha realizado análisis de regresión logística condicional incluyendo variables con $p < 0,2$.

Resultados: En el período de estudio se han incluido 293 casos. El 60,8% tenía entre 24-59 meses y 53,9% han sido hombres. La clínica más frecuente ha sido neumonía con empiema (54,6%). El 8,9% fue producido por serotipos incluidos en VCN7. El haber recibido = 1 dosis de VCN7 se ha asociado positivamente a guardería/escuela (ORa: 1,43, IC 95%, 1,07-1,92), mientras que vivienda > 4 personas (ORa: 0,65, IC 95%, 0,45-0,95) y clase social IVa-V (ORa: 0,47, IC 95%, 0,36-0,63) se han asociado negativamente. Asistencia a guardería/escuela (ORa: 3,04, IC 95%, 1,95-4,74) y vivienda con > 4 personas (ORa: 2,04, IC 95%, 1,41-2,96) se ha asociado positivamente a ENI. Por grupos de edad, los factores asociados positivamente han sido: asistencia a guardería/escuela en 12-23 meses (ORa: 4,91, IC 95%, 2,26-10,66) y 24-59 meses (ORa: 2,62, IC 95%, 1,07-6,45), vivienda con > 4 personas en 24-59 meses (ORa: 2,06, IC 95%, 1,29-3,29). Los factores que se han asociado negativamente han sido: = 1 dosis VCN-7v en 3-11 meses (ORa: 0,38, IC 95%, 0,16-0,91) y 12-23 meses (ORa: 0,48, IC 95%, 0,24-0,96) y antibiótico en 24-59 meses (ORa: 0,53, IC 95%, 0,31-0,93).

Conclusiones: El 57% de niños < 5 años han recibido = 1 dosis de VCN7. Este hecho se ha observado con mayor frecuencia en niños que asisten a guardería/escuela. Los factores de riesgo para ENI han sido: asistencia a guardería/escuela y viviendas con > 4 personas, mientras que VCN7 ha protegido a los niños < 2 años.

Financiación: Fondo Investigaciones Sanitarias (PI 06/1507), Fundación Caja Navarra y AGAUR (2009/SGR 42, 2009/SGR 00136).