

COMUNICACIONES ORALES III (3 MINUTOS)

Jueves, 18 de octubre de 2012. 10:00 a 11:00 h

Sala Ernest Lluch

Tuberculosis, VIH y gripe

Moderador: Jordi Casabona Barbarà

61. TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN, 2007-2011

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

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: El seguimiento de la tuberculosis (TB) pediátrica es importante porque orienta sobre la proximidad de TB en adultos y de forma indirecta permite valorar las actividades de prevención y control de la enfermedad. El objetivo del estudio es describir la TB pediátrica en Castilla y León en los últimos años.

Métodos: Se han analizado los casos de TB, en menores de 15 años, notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León entre 2007 y 2011. Se han seleccionado las variables sexo, edad, localización fundamental, clasificación del caso, hospitalización, realización de microscopía y cultivo, identificación del germen, resistencia a antibióticos, factores y situaciones de riesgo y seguimiento, obteniéndose diferencias con intervalos de confianza al 95% y valor p. La población de referencia procede de la revisión anual del Padrón (INE).

Resultados: En el periodo de estudio se han notificado 75 casos de TB, con un rango de 6 a 21 por año. La incidencia en todo el periodo ha sido de 3,01 casos por 100.000 hab., descendiendo de 4,37 en 2007 a 2,71 en 2011. El 62,66% de los casos (47) fueron mujeres con una incidencia de 6,44 por 100.000 hab. y de 3,63 por 100.000 en hombres, diferencia estadísticamente significativa (IC95% 0,3529; 0,8997, $p = 0,0203$). El mayor número de casos (12) se notificó en personas de 1 año y el grupo de edad más afectado fue el de 5 a 14 años (52%), sin diferencia estadísticamente significativa con el grupo de 0 a 4 años. En 48 casos (64%), el país de nacimiento fue España, observándose una diferencia estadísticamente significativa respecto a los no nacidos en España (IC95% 0,198; 0,522 $p = 0,0000$). Marruecos y Rumania con 5 casos cada uno son los países que más casos aportan. En 50 casos (66,66%), la localización fue pulmonar. La PT fue positiva en 48 casos (64%) y la placa de tórax patológica en 53 casos (74,66%), en 6 de ellos con caverna. Se confirmaron bacteriológicamente 24 casos (7 por cultivo de esputo y 17 por cultivo de otras muestras), en 21 de ellos se aisló *M. tuberculosis*. Se realizó antibiograma en 18 casos (24%) encontrándose 4 casos resistentes y uno multiresistente. El factor de riesgo más frecuente fue el contacto con otros enfermos de TB, 35 casos (46,66%) y la situación de riesgo más habitual ser emigrante, 25 casos (33,33%). Se hospitalizaron 58 casos (77,33%). En 29 casos (38,66%) el seguimiento fue tratamiento satisfactorio. Asociados a brote hubo 12 casos.

Conclusiones: En el periodo estudiado la tendencia de la TB pediátrica es descendente, más frecuente en niñas y entre los 5 y 14 años. La TB es más frecuente en españoles y se registró un alto porcentaje de hospitalizados. Es necesario aumentar el conocimiento epidemiológico de esta enfermedad en edad pediátrica.

165. DEMORA DIAGNÓSTICA DE LA TUBERCULOSIS SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

A. Varo Baena, M.P. Ruiz Cerezo, A. Rodríguez Torronteras, R. Varo Baena, J.M. Gálvez Arjona

Delegación Provincial de Salud de Córdoba; Distrito Córdoba Centro; Distrito Sur Sevilla; Distrito Sur Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: La demora diagnóstica en la tuberculosis es uno de los factores más importantes en su capacidad de transmisión. Por otro lado la nacionalidad del paciente podría influir en el retardo diagnóstico. Por ello nuestro objetivo es conocer si el origen del enfermo de tuberculosis tiene influencia en la demora diagnóstica y en la demora en la declaración.

Métodos: Se han recogido de los casos de tuberculosis declarados en la RedAlerta de Andalucía de la provincia de Córdoba, una muestra de 48 personas de Córdoba y otras 35 de origen diferente a España, entre los años 2007 y 2011. El muestreo ha sido sistemático en los casos de Córdoba y a conveniencia en el resto. Se han recogido las variables fecha de inicio de síntomas, fecha de inicio de tratamiento y fecha de declaración. Se ha calculado la demora diagnóstica como la diferencia en días entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de inicio de tratamiento. La demora en la declaración es la diferencia en días entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de declaración. Se analiza la diferencia de medias con una t de Student para muestras independientes con un nivel de confianza del 95%.

Resultados: La media de demora diagnóstica en los españoles es de 63,46 días con una mediana de 31 días y una desviación típica de 71,3. En los extranjeros la media es de 33,06 días, la mediana de 21 días y la desviación típica 42,14. Respecto a la demora en la declaración en los nacionales la media es de 75,13 días, la mediana de 35 días y la desviación típica de 77,94; en los extranjeros la media es de 45,60 días, la mediana de 30 días y la desviación típica de 49,67. La diferencia entre las medias de la demora en la declaración y la demora diagnóstica es de 11,67 días en los nacionales y en los extranjeros 12,54. El origen de los casos no extranjeros, es Rumanía, Marruecos, Benín, Costa de Marfil, Uganda, Argelia, Nigeria, Guinea, Malí, Burkina-Faso, Kenia, Etiopía y Ecuador. La diferencia entre las medias de demora diagnóstica de nacionales y extranjeros es estadísticamente significativa ($p = 0,0272$); respecto a las medias de demoras de la declaración también es significativa la diferencia ($p = 0,0383$).

Conclusiones: Podemos concluir por este estudio que la tuberculosis se diagnostica y se declara antes en los ciudadanos extranjeros residentes en nuestra provincia que en los nacionales, siendo casi el doble los días de retardo diagnóstico de estos últimos.

323. BROTE DE TUBERCULOSIS EN EL QUE LA TRANSMISIÓN PRINCIPAL SE PRODUCE EN UN AMBIENTE LÚDICO

G. Ferrús Serra, J. Rebull Fatsini, L. Curto Nàcher, M.F. Doménech Spanedda, J.M. Manresa Presas, J. Gentile Lorente

Agència de Salut Pública de Catalunya; Hospital de Tortosa Verge de la Cinta; ABS Tortosa Oest.

Antecedentes/Objetivos: Las condiciones del entorno donde tiene lugar la exposición, las características clínicas del paciente y las características del patógeno influyen en la capacidad de transmisión de la tuberculosis a otras personas. Cada caso de tuberculosis pulmonar sin tratamiento puede contagiar entre 10 y 15 individuos al año. Objetivos: describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos, así como las actuaciones preventivas realizadas a partir de la notificación del brote y sus resultados.

Métodos: Investigación de un brote de casos y de infección tuberculosa en una población de ámbito rural. Se utiliza la metodología de

estudio de brote. A partir de la notificación de unos casos de tuberculosis que tienen en común frecuentar el mismo bar, se decide ampliar el estudio de contactos a los otros usuarios del establecimiento. Se estudia la tipificación de las cepas de *M. tuberculosis* implicadas en el brote con el objetivo de comprobar si existe relación epidemiológica entre ellas (RFLP). Se realiza también el estudio de contactos familiares y laborales de cada uno de los casos. Se llevan a cabo actividades complementarias para mejorar el control del brote.

Resultados: Desde octubre de 2008 hasta septiembre de 2011, se diagnosticaron 11 casos de tuberculosis asociados al mismo brote epidémico. En 8 casos la localización es pulmonar y en 3 es pleural. En referencia a los resultados microbiológicos: 7 casos con cultivo positivo y aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis*. El estudio molecular de las cepas confirma la asociación. Se estudian 200 contactos y se obtienen los siguientes resultados: Se detectan dos enfermos asintomáticos. El 39% de los contactos estudiados son infectados pero no enfermos. Al 62,8% de estos infectados no enfermos se les indica quimioprofilaxis. Como actividades complementarias al estudio de contactos se realizan 7 sesiones informativas para facilitar la comprensión de la enfermedad y citaciones individualizadas para mejorar la adherencia al tratamiento.

Conclusiones: El retraso en el diagnóstico, la extensión de la enfermedad en el caso índice, las características de la cepa y los factores de riesgo como la frecuentación de espacios cerrados de personas enfermas podrían explicar la extensa transmisión entre los contactos. La tasa de infección tan elevada observada entre los contactos hace pensar que se trata de una cepa muy virulenta y infectiva y que quizás aparecerán nuevos casos asociados. El trabajo en equipo y la coordinación entre profesionales sanitarios de distintas organizaciones ha hecho posible la buena gestión del brote epidémico.

158. PERFIL EN EL MOMENTO DE LA INFECCIÓN EN UNA COHORTE DE SEROCONVERTORES AL VIH: 30 AÑOS DE EVOLUCIÓN

A. Schiaffino, S. Pérez-Hoyos, J. del Romero, A. Sanvisens, I. Hurtado, R. Muga, J. del Amo, P. García de Olalla, I. Alastrué, et al

VHIR; Sandoval; HUGTIP; CSISP; ISCIH; ASPB; CIPS; GEMES.

Antecedentes/Objetivos: Analizar los cambios en el perfil de los seroconvertidores al VIH de la cohorte GEMES no hemofílicos en el periodo 1982-2012.

Métodos: GEMES dispone de información de 2.137 personas seroconvertidores no hemofílicos (primera seroconversión en 1982 y última en 2012). El año de seroconversión se agrupó en periodos de calendario (< 1993, 1993-1996, 1997-1999, 2000-2002, 2003-2005, > 2005). Las características estudiadas fueron: sexo, edad a la seroconversión (< 21, 21-25, 26-30, 31-35, > 35), vía de transmisión (homosexual (HSH), usuario de drogas inyectables (UDIs), heterosexual, otro), nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, universitarios, desconocido), lugar de nacimiento (España, Europa, África, Latinoamérica, otros), niveles de cd4 (< 350, 350-500, > 500) y carga viral (< 500, ≥ 500). Se realizó un análisis de asociación entre el periodo de calendario de seroconversión y las características mediante la prueba χ^2 ($p < 0,05$). Para las que se relacionaron, se realizó un análisis de correspondencias múltiple (MCA) que permitió representar e interpretar, en dos dimensiones, las similitudes entre las categorías de las variables y elaborar perfiles asociados a los periodos de calendario.

Resultados: Un 31,5% de los seroconvertidores se identificaron antes de 1993 y un 15,7% después de 2005. Las variables asociadas a los periodos de seroconversión fueron: sexo (76,4% de hombres antes de 1993 y 64,7% después del 2005), edad (42,3% entre los 21-25 años antes de 1993, 32,7% entre los 26-30 años en 1997-1999 y 35,5% mayores de 35 años después del 2005), vía de transmisión (cerca del 70% UDI antes de 2000 y más del 70% HSH después del 2003), nivel de estudios (34% con primarios antes de 1993, 23,3% con secundarios en 2003-

2005 y 36,7% con universitarios después del 2005) y lugar de nacimiento (97,6% de España antes de 1993 vs 71,9% después del 2005). El MCA explicó un 86,2% de la variabilidad total (VT) y mostró que antes de 1993 el perfil de los sujetos correspondía a UDIs, españoles, sin estudios que seroconvertían antes de los 25 años, mientras que después del 2005 eran HSH seroconvertidos después de los 35 años con estudios universitarios y de distintos lugares de nacimiento. Al incluir los niveles de cd4 y carga viral, no se modificaron los perfiles encontrados pero disminuía el % de VT.

Conclusiones: Las características en el momento de la seroconversión de las personas que conforman la cohorte GEMES han cambiado en estos 30 años. Este cambio de perfil se debe tener en cuenta a la hora de analizar y valorar los resultados que se obtengan en futuros trabajos así como a quien dirigir preferentemente las actividades preventivas.

Financiación: FIPSE 36781/08, EC11-042.

283. COINFECCIÓN VIH/ITS EN ESPAÑOLES Y LATINOAMERICANOS DIAGNOSTICADOS EN UNA RED DE CENTROS DE ITS

A. Díaz, C. Garriga, J.M. Ureña, J.A. Varela, E. Fernández, I. Sanz, J. Boronat, P. Gómez-Pintado, Grupo de Trabajo sobre ITS, et al

Centro Nacional de Epidemiología; Centro ETS, Granada; Centro ETS, Gijón; CIPS Alicante; Plan del Sida de País Vasco; CAP Tarragonès; IIPP.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la coinfección por el VIH y sus factores asociados en casos diagnosticados de sífilis y/o gonococia españoles y latinoamericanos.

Métodos: Estudio transversal realizado en 15 centros de infecciones de transmisión sexual (ITS) e Instituciones Penitenciarias (julio 2005-diciembre 2009). Se recogió información clínico-epidemiológica en un cuestionario. Se realizó un análisis descriptivo, bivariante y multivariante para evaluar los factores asociados a la coinfección VIH/ITS, estratificando por lugar de origen (España y Latinoamérica) debido la interacción entre el origen y otras variables; se ha utilizado la Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%) como medida de asociación.

Resultados: Se identificaron un total de 3.325 casos nuevos de sífilis y/o gonococia (2.598 españoles y 727 latinoamericanos); 312 pacientes se excluyeron del análisis (250 españoles y 62 latinoamericanos), al no tener información sobre su situación frente al VIH. La prevalencia de coinfección VIH/ITS fue de 16,5% en españoles y 18,6% en latinoamericanos. En ambas subpoblaciones la coinfección fue más frecuente en hombres homosexuales (23,0% en españoles y 34,2% en latinoamericanos), en aquellos pacientes con ITS previas (25,6% en españoles y 24,8% en latinos) y en los que referían un contacto sexual con una pareja infectada por el VIH (15,8% en españoles y 18,1% en latinoamericanos). La coinfección VIH/ITS aumentó con la edad en españoles pero no en latinoamericanos y, entre estos últimos, la coinfección fue muy elevada en mujeres transexuales y hombres bisexuales. En el análisis multivariante, los factores asociados a la coinfección VIH/ITS fueron: a) en ambas subpoblaciones: ser hombre homosexual (ORs: españoles: 5,5; latinoamericanos: 16,2), tener bajo nivel de estudios (ORs: españoles: 1,5; latinoamericanos: 2,1) y referir un contacto sexual con una persona infectada por el VIH (ORs: españoles: 4,4; latinoamericanos: 27,6); b) solo en españoles: tener entre 25-34 años (OR:1,7), 35-39 años (OR:2,7) y > 40 (OR:3,6), antecedentes de ITS (OR:3,4) y referir un contacto con una pareja ocasional frente a la pareja habitual como fuente probable de infección (OR:1,4); c) solo en latinoamericanos: contacto sexual con un trabajador sexual frente a la pareja estable como fuente probable de infección (OR:9,1).

Conclusiones: La coinfección con el VIH en estos casos es muy elevada y los factores relacionados varían según el país de nacimiento. Los hombres homosexuales, independientemente de su origen, son un grupo muy vulnerable a la coinfección VIH/ITS.

Financiación: FIPSE (Exp: 36646/07).

383. FACTORES ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DEL VIH/ITS EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES SEGÚN TAMAÑO POBLACIONAL DE RESIDENCIA EN ESPAÑA

L. Ferrer, C. Folch, P. Fernández-Dávila, R. Soriano, M. Díez, J. Casabona

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya; ICO/ Departament de Salut; CIBERESP; Universitat Autònoma de Barcelona; Stop Sida; Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida; Centro Nacional de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: Identificar los factores asociados a haberse realizado alguna prueba del VIH u otras ITS el último año en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) VIH negativos según el tamaño poblacional del lugar de residencia.

Métodos: EMIS (European MSM Internet Survey) es una encuesta online europea dirigida a HSH e implementada en 2010. Recogió información sociodemográfica, sobre socialización gay, conductas, conocimientos y acceso a la prueba del VIH u otras ITS. El tamaño poblacional del lugar de residencia se clasificó en: A-grandes ciudades (≥ 100.000 habitantes), B-medianas (99.999-10.001) y C-áreas pequeñas (≤ 10.000). Se realizaron análisis de regresión logística univariantes y multivariantes según tamaño poblacional.

Resultados: Un total de 13.111 HSH residentes en España completaron el cuestionario (el 74,7% residían en A, el 16,9% en B y el 8,4% en C). El 53,9% de los HSH VIH negativos residentes en A se realizaron una prueba del VIH u otras ITS el último año, 44,3% en B y 38,6% en C ($p < 0,001$). En los tres tipos de hábitat se identificaron como factores asociados a la realización de la prueba del VIH/ITS: haber tenido más de 10 parejas sexuales en el último año (OR = 1,89 en A, OR = 3,02 en B, OR = 2,16 en C), confiar en poder realizarse la prueba (OR = 3,21 en A, OR = 2,36 en B, OR = 2,08 en C), haber salido del armario (OR = 1,39 en A, OR = 1,79 en B, OR = 2,05 en C) y haber visitado un espacio social gay el último mes (OR = 1,31 en A, OR = 1,42 en B, OR = 1,50 en C). En A y B, entre los factores asociados, también se encontraron el confiar en poder acceder a la profilaxis post-exposición (OR = 1,57 en A, OR = 1,73 en B), tener conocimientos sobre el VIH (OR = 1,31 en A, OR = 1,33 en B) y haber visitado un local sexual el último mes (OR = 1,31 en A, OR = 1,36 en B). Sólo en A, tener algún amigo gay (OR = 1,34), haber consumido 3 drogas o más (OR = 1,48) y ser de origen extranjero (OR = 1,29) mostraron una asociación con la prueba.

Conclusiones: Los HSH que residen en C se realizan menos la prueba del VIH u otras ITS que los que residen en A y B y algunos factores asociados a la realización de la prueba varían según el tamaño poblacional del lugar de residencia. Sin embargo, independientemente del tamaño del lugar de residencia, la conducta sexual de riesgo parece ser determinante en la realización de la prueba del VIH/ITS. Será necesario explorar más en profundidad la falta de impacto de algunos factores asociados a la realización de la prueba en C, como el nivel de conocimientos sobre el VIH.

Financiación: Executive Agency For Health And Consumers (EAHC).

286. CAMBIOS EN LA EFECTIVIDAD POBLACIONAL DE LOS TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES FRENTE AL VIH

S. Pérez-Hoyos, A. Schiaffino, J. del Amo, M. Raposo, R. Muga, P. García de Olalla, D. Álvarez, I. Hurtado, I. Belda, et al

VHIR; ISCIII; Sandoval; HUGTIP; ASPB; CIPS; CSISP; GEMES.

Antecedentes/Objetivos: Analizar los cambios en la efectividad poblacional en el tiempo a muerte, tiempo a sida y tiempo al inicio de la terapia antiretroviral combinada (cART) en la cohorte de seroconvertidores GEMES.

Métodos: Se dispone información de 2137 seroconvertidores al VIH no hemofílicos con fecha de seroconversión bien datada. Se estimó el tiempo a muerte (TAM), el tiempo a sida (TAS) y el tiempo al inicio de cART (TAH). Se dividió el tiempo de seguimiento de cada individuo según calendario en 6 periodos (< 1993 , 1993-95 (referencia), 1996-99, 2000-02, 2003-05, 2006+). Para cada período, se reconstruyó una cohorte ficticia de los sujetos que llevaban el mismo tiempo de seguimiento desde la seroconversión que permite evaluar la efectividad poblacional. Para comparar los periodos y para cada tiempo descrito, se usaron curvas de Kaplan-Meier. Para caracterizar el riesgo se ajustaron modelos paramétricos de supervivencia Gamma Generalizado que se intentaron simplificar a un modelo Weibull y log normal. Estos modelos no exigen proporcionalidad de los riesgos y permiten estimar percentiles relativos (PR) y sus intervalos de confianza (IC95%). Los modelos se ajustaron por sexo, edad a la seroconversión y vía de transmisión. Para el TAH sólo se usaron los períodos posteriores a 1996.

Resultados: Se utilizaron 2137 casos para el TAM, 1958 para el TAS y 1015 para el TAH. Se observaron 415 muertes y casos de sida y 873 iniciaron haart. Para el TAM se observa que el modelo paramétrico más adecuado es el Weibull, equivalente a un modelo de Cox. Los PR muestran una mejoría con respecto al período de referencia, pasando de 1,3 [IC95% 1,08-1,57] en el momento de introducir el cART a 3,8 [IC95% 2,71-5,58] veces de retraso en el tiempo para el último período. Para el TAS también fue mejor el modelo Weibull, pasando de un PR = 1,25 [IC95% 1,06-1,48] en 1996-99 a PR = 2,5 [IC95% 2,02-3,18] en 2003-05 y PR = 3,7 [IC95% 2,96-4,67] a partir del 2006. Para el TAH sólo se consideraron los períodos después de 1996 que se tomó como referencia. El modelo paramétrico ajustado fue el Gamma generalizado debido a la falta de proporcionalidad en los riesgos. Así el PR fue de 0,97 [IC95% 0,80-1,17], 0,80 [IC95% 0,65-1,00] y 0,48 [IC95% 0,38-0,62] para los períodos 2000-02, 2003-05, 2006+ respectivamente.

Conclusiones: La reducción del riesgo poblacional de desarrollar sida o morir, que comenzó con la introducción del cART en 1996, ha continuado a lo largo de los períodos siguientes, con los cambios en la forma de administrar los tratamientos. Así mismo los tiempos a la introducción de cART desde la seroconversión también se han visto acelerados con el paso de los años.

Financiación: FIPSE 36781/08, EC11-042.

314. SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS EN BARCELONA, 1985-2006

A. Sanvisens, F. Bolao, G. Vallecillo, S. Pérez-Hoyos, D. Fuster, M. Fanlo, I. Rivas, F. Fonseca, J. Tor, et al

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona; Hospital Universitario de Bellvitge, Universitat de Barcelona; Hospital del Mar, Universitat Autònoma de Barcelona; Hospital Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La mortalidad de los pacientes con trastorno por dependencia de sustancias es elevada. Sin embargo, distintas intervenciones sanitarias han contribuido a mejorar su supervivencia. El objetivo de este trabajo es analizar la tendencia en la supervivencia a largo plazo de esta población.

Métodos: Estudio longitudinal de pacientes admitidos a tratamiento del abuso de sustancias entre 1985 y 2006 en 3 hospitales de referencia. Al ingreso se recogieron características sociodemográficas, del abuso de sustancias y muestras de sangre para determinación de marcadores biológicos. Los pacientes se clasificaron en 3 grupos según droga principal que motivó el ingreso. La mortalidad se determinó mediante historias clínicas y el registro de mortalidad a diciembre de 2008. Se calcularon tasas de muerte; el análisis de tendencia se realizó mediante modelos de regresión Joinpoint.

Resultados: 5.023 entraron en estudio. La principal droga de abuso fue heroína en 3.388 pacientes (67%), cocaína en 945 pacientes (19%) y alcohol en 690 pacientes (14%). Globalmente, un 75% eran o habían sido usuarios de drogas por vía intravenosa; 7,3% estaban en tratamiento con metadona; 42% tenían infección por el VIH y 60% por el VHC. La mediana de seguimiento fue de 9,3 años (RIQ: 4,8-14,6 años) (un total de 50.066p-a acumuladas) y 1.525 pacientes (30%) fallecieron durante el seguimiento. Entre los consumidores de heroína las tasas de mortalidad pasaron de $7,3 \times 100p-a$ en 1985 a $1,8 \times 100p-a$ en 2008. El modelo que más ajustó los datos fue el determinado por dos cambios de tendencia (2 joinpoints): en el primer periodo (1985-1996) se observó un incremento anual de la incidencia de muerte, 7,4% (IC95%: 2,8-12,1; $p < 0,05$); entre 1997-1999 las tasas de mortalidad descendieron a razón de -29,3% anual (IC95%: -52,2 - 4,5); entre 2000 y 2008 la incidencia de muerte se estabilizó. Para los ingresados por cocaína las tasas de mortalidad oscilaron entre $7,8-10,7 \times 100p-a$ en los años 1985-1990 hasta $2,5 \times 100p-a$ a partir de 2004 ($p < 0,05$). Para los ingresados por alcohol, el descenso anual fue de 2,3% hasta llegar a una tasa de $3,3 \times 100p-a$ en 2008.

Conclusiones: La mortalidad a largo plazo de los pacientes con dependencia de sustancias es elevada independientemente de la droga principal. No obstante, ha habido cambios temporales importantes y una reducción significativa de la mortalidad de esta población en los últimos años.

Financiación: RETICS RD06/0001, EC11-042.

509. FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CLÍNICOS EN LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES INFECTADOS POR GRIPE A(H1N1)

F. González-Candelas, J.J. Abellán, P. Godoy, M. Delgado-Rodríguez, V. Martín, J.M. Mayoral, J.M. Quintana, A. Domínguez, et al

CSISP-Universidad de Valencia; CIBERESP; Departament de Salut, Generalitat, Barcelona; Universidad de Jaén; Instituto de Biomedicina, Universidad de León; Servicio de Vigilancia Andalucía; Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias; Departament de Salut Pública, Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la posible asociación entre factores socio-económicos y clínicos y la hospitalización de pacientes infectados (confirmados) por la cepa del virus de la gripe A (H1N1) en España durante la temporada 2010-2011 y compararlos con la temporada anterior.

Métodos: Para este estudio se han incluido 1.307 pacientes infectados de los cuales 650 fueron hospitalizados. Se consideraron un total de 71 variables socio-económicas, de estilos de vida y clínicas. Se han llevado a cabo análisis univariantes para evaluar la asociación de cada una de ellas con la hospitalización y una regresión logística multivariante incluyendo aquellas que resultaron estadísticamente significativas en los análisis univariantes.

Resultados: Las condiciones clínicas que contribuyeron a un mayor riesgo de hospitalización fueron EPOC (OR = 9,83, $p < 0,001$), hepatopatía crónica (OR = 9,12, $p = 0,001$), neoplasia hematológica (OR = 5,72, $p = 0,01$) y obesidad mórbida (OR no calculable debido a que los 13 pacientes con esta condición fueron hospitalizados). Otras características significativamente asociadas fueron embarazo, enfermedades cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria crónica y cardiomiopatía congestiva), diabetes, enfermedad neurológica invalidante, tratamientos con corticoides, diversos tipos de neoplasia y trasplantados. Otras variables asociadas al riesgo de hospitalización fueron la edad, etnia (amerindios), el nivel de estudios (sin estudios o primarios), tabaquismo y alcoholismo. El uso frecuente de taxi y transporte público colectivo también aparecieron asociados a un incremento en el riesgo de hospitalización; por el contrario, el uso de medidas preventi-

vas tales como el lavado de manos o el uso de soluciones hidroalcohólicas mostraron un efecto protector. Nueve de los factores de riesgo clínicos significativamente asociados con la hospitalización en la temporada 2009-2010 lo fueron también en la 2010-2011. Concretamente: EPOC, hipertensión, enfermedad coronaria crónica, diabetes, enfermedad neurológica invalidante, neoplasia hematológica, obesidad mórbida, tratamiento antibiótico previo y corticoides sistémicos.

Conclusiones: El presente estudio confirma previos hallazgos relativos a los factores de riesgo de hospitalización de los pacientes de gripe A (H1N1) y permite así comenzar a establecer un perfil epidemiológico asociado con la hospitalización de este tipo de pacientes.

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

343. GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN POR VIRUS A(H3N2) EN LA TEMPORADA 2011-2012 TRAS LA PANDEMIA DE GRIPE EN ESPAÑA

C. Delgado-Sanz, S. Jiménez-Jorge, N. López-Perea, S. de Mateo, A. Larrauri, en representación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el Sistema de Vigilancia de Gripe en España

Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII; CIBERESP; Programa de Epidemiología Aplicada de Campo.

Antecedentes/Objetivos: En la temporada de gripe 2011-12 la onda epidémica se inició más tardíamente que en temporadas previas, con circulación mayoritaria de virus A(H3N2) y menor contribución de virus A(H1N1)pdm09 y B. El objetivo del estudio es identificar los factores asociados con mayor nivel de gravedad, y evaluar la letalidad de la segunda temporada de gripe tras la pandemia de 2009 en España.

Métodos: Los datos proceden de la vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe en España en la temporada 2011-12. Se aplicó un modelo de regresión logística ordinal para estimar odds ratio (OR) e IC95% de los factores asociados con mayor nivel de gravedad, categorizando la variable de interés en: grave (no admitido en UCI, ni fallecido), crítico (admitido en UCI, no fallecido) y fallecido; ajustando por sexo, grupo de edad, presencia de enfermedades crónicas, demora en inicio de tratamiento antiviral y vacunación antigripal de la temporada.

Resultados: En la temporada 2011-12 se notificaron 600 casos graves hospitalizados confirmados de gripe, 198 (33%) ingresaron en UCI y 47 (7,8%) fallecieron, con una distribución temporal semejante a la onda epidémica estacional de gripe 2011-12. El 41% de los casos era > 64 años y el 28% < 5 años. El 95% de las confirmaciones fueron virus A (99% A(H3) entre los subtipados) y el 5% B. El 21% no presentaban factores de riesgo de complicaciones, siendo más prevalentes la enfermedad pulmonar crónica (26%) y la cardiovascular (24%). Se vacunaron el 47% de casos con recomendación para vacuna antigripal. Los factores asociados a un mayor nivel de gravedad fueron pertenecer al grupo de 45-64 años (OR = 1,96; IC95%: 1,02-3,78), al de > 64 años (OR = 2,16; IC95%: 1,30-3,58) y presentar enfermedad respiratoria crónica (OR = 2,57; IC95%: 1,56-4,23). El porcentaje de defunciones se incrementó con la edad, siendo más elevado en los > 64 años (63,8%). La letalidad fue 8,2% (IC95%: 5,9-10,3) en pacientes graves y 23,7% (IC95%: 18,3-30,1) en críticos, estimándose las mayores tasas de letalidad en los pacientes críticos de 45-64 años (63,8%; IC95%: 41,5-70,0).

Conclusiones: En la primera epidemia de gripe por virus A(H3N2) tras la pandemia, los casos graves de gripe en España se concentraron en los niños < 5 años y adultos > 64 años. Se asoció un mayor nivel de gravedad a la presencia de enfermedad respiratoria crónica y a ser mayor de 44 años. La distribución de defunciones por grupo de edad mostró un desplazamiento hacia edades mayores, propio de periodos interpandémicos, con una letalidad global semejante a la observada a partir de la pandemia de 2009.

155. OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO FRENTE A LA GRIPE: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

V. Martín, S. Tamames, N. Soldevila, J. Castilla, P. Godoy, J. Astray, M. Delgado, A. Domínguez, Proyecto CIBERESP de Casos y Controles sobre la Gripe Pandémica

CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Según la OMS la obesidad representa una amenaza creciente para la salud de la población en un número cada vez mayor de países y es considerada como una epidemia global, actual y emergente. En España la prevalencia de obesidad no ha dejado de crecer en los últimos decenios y en la actualidad uno de cada cuatro españoles mayor de 18 años es obeso. La obesidad además de asociarse a problemas metabólicos y cardiovasculares también parece influir en la respuesta inmune y en las enfermedades infecciosas. La pandemia de gripe A(H1N1)2009 puso de manifiesto como la obesidad se asociaba con un mayor riesgo de hospitalización y muerte. El objeto del presente trabajo es evaluar la influencia de la obesidad en el riesgo de hospitalización y gravedad por gripe.

Métodos: Estudio multicéntrico de caso-control (36 hospitales de 7 CC.AA.) en las temporadas 2009-10 y 2010-11. Cada caso hospitalizado con confirmación de gripe por RT-PCR (1.268) se apareó por edad, fecha y provincia de residencia con dos controles ingresados en el mismo hospital (2.766), con un caso ambulatorio confirmado de gripe (1.256) y con un control ambulatorio (1.311). Los pacientes fueron clasificados como no obesos (IMC < 30); obesos (IMC 30-39,9) y obesidad mórbida (IMC ≥ 40). El criterio de gravedad se estableció con base en el ingreso en UVI o muerte. Mediante regresión logística condicional se comparó el IMC con la gravedad de los casos hospitalarios, de caso y controles hospitalarios, y el de caso y controles ambulatorios. Los análisis se ajustaron por sexo, edad, enfermedades crónicas y vacunación antigripal y antineumocócica.

Resultados: De los casos graves el 22,1% presentaba obesidad y el 3,9% obesidad mórbida en comparación al 13,4% y 2,9% de los no graves respectivamente, de manera que, el riesgo de morir o precisar ingreso en UVI fue de 1,77 (1,16-2,71) para la obesidad y de 1,78 (0,72-4,37) para la obesidad mórbida. De los casos hospitalarios el 14,8% presentaban obesidad y el 3,9% obesidad mórbida en comparación con el 13,0% y el 1,6% de los controles hospitalarios y el 9,2% y 0,3% de los casos ambulatorios, respectivamente. De manera que, el riesgo de padecer gripe requiriendo ingreso hospitalario fue de 1,15 (0,94-1,41) para la obesidad y de 1,75 (1,08-2,84) para la obesidad mórbida y el riesgo de hospitalización entre los casos de gripe fue de 1,41 (1,08-1,83) para la obesidad y de 3,32 (1,61-6,84) para la obesidad mórbida.

Conclusiones: La obesidad se relaciona con una mayor probabilidad de ingreso hospitalario y de casos más graves de gripe. Debe de valorarse la conveniencia de incluir la obesidad como criterio para la vacunación antigripal.

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

449. ANÁLISIS DE LA TOMA DE MUESTRA PARA CONFIRMACIÓN VIROLÓGICA EN LAS REDES CENTINELA DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA GRIPE EN ESPAÑA. TEMPORADAS 2004-2005 A 2010-2011

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

PEAC; Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: En el verano de 2009 se formularon recomendaciones de mantenimiento, refuerzo y optimización del Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE) para vigilar adecuadamente la evolución de la pandemia de gripe. Las mejoras se tradujeron, entre

otras, en el aumento del número muestras (toma de muestra: TM) analizadas para confirmación virológica y la adopción de un muestreo sistemático. El objetivo de este estudio es caracterizar el patrón de recogida de muestras en el SVGE en el periodo 2004-2011 y conocer si se han mantenido las mejoras implementadas desde la pandemia de 2009.

Métodos: Los datos se obtuvieron del SVGE para todo el periodo estudiado, analizándose la TM en función de variables relativas al paciente (sexo, grupo de edad, estado de vacunación y prevalencia de factores de riesgo de complicaciones de gripe (FR)-desde la temporada pandémica-) y a la fase de actividad gripal (temporada gripal y periodo pre o post-pandémico). Se describió la frecuencia relativa de la TM relacionada con estas variables estimándose sus efectos ajustados (odds ratio (OR)) mediante un modelo de regresión logística no condicional. También se evaluó la frecuencia de TM por médico y red centinela en los periodos epidémico y no epidémico de la temporada 2010-11.

Resultados: Durante el período de estudio se notificaron al SVGE 89.566 casos de gripe, tomándose muestra a 21.869 (24,42%). En el análisis multivariante se observó un mayor porcentaje de TM en hombres (OR = 1,04; IC95%: 1,01-1,08), en vacunados (OR = 1,62; IC95%: 1,52-1,63) y en el periodo pandémico y posterior respecto a temporadas previas (OR = 2,24; IC95%: 1,76-2,14). Por grupos de edad, la TM es menor en mayores de 64 años que en el resto de edades (menores de 4 años (OR: 1,94; IC95%: 1,76-2,14). En las temporadas pandémica y posterior, la TM se asoció a la prevalencia de FR (OR = 1,77; IC95%: 1,65-1,91). En la temporada 2010-11, la media de muestras tomadas por los médicos centinela en el periodo epidémico ($5,51 \pm 5,82$) es significativamente mayor que en el no epidémico ($2,64 \pm 3,78$).

Conclusiones: La TM para confirmación virológica en el SVGE aumentó desde las recomendaciones en la pandemia y se mantuvo en la temporada posterior. Aunque la TM en mayores de 64 años es menor que en el resto de edades, se han alcanzado las directrices europeas de vigilancia. Independientemente de la presencia de factores de riesgo, hay mayor frecuencia de TM en pacientes que han recibido vacuna antigripal. Se debe seguir insistiendo en la importancia de una recogida sistemática en la TM en el SVGE, que evite los sesgos de selección de pacientes para confirmación virológica, información esencial para la vigilancia de la gripe.

444. CARACTERIZACIÓN DE LA GRIPE (H1N1) 2009 EN MUJERES EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS HOSPITALIZADAS EN ESPAÑA EN LA TEMPORADA 2009-2010

M. Morales Suárez-Valera, F. González-Candelas, A. Llopis González, J. Astray, O. Garín, J.C. Galán, J. Castilla, A. Domínguez, et al

Universidad de Valencia; CIBERESP; CSISP; Subdirección Vigilancia, Comunidad de Madrid; Universidad Pompeu Fabra; IMIM; Hospital Ramón y Cajal; Instituto de Salud Pública, Navarra; Universidad de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del estudio es describir y comparar las principales características del proceso gripal por virus pandémico (H1N1) 2009 en mujeres embarazadas y no embarazadas atendidas en hospitales españoles durante la temporada pandémica 2009-2010.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico donde se comparan las principales características de la infección por el virus Influenza A (H1N1) 2009 entre mujeres embarazadas y no embarazadas de 15 a 44 años, atendidas en hospitales españoles, todas ellas no vacunadas frente a la gripe estacional ni pandémica. La infección fue confirmada por RT-PCR y se comparó: cuadro clínico y síntomas, utilización de servicios sanitarios, tratamiento anterior y durante la hospitalización, duración de la estancia y calidad de vida. Las comparaciones entre los grupos considerados se realizaron mediante pruebas de chi-cuadrado o t de Student.

Resultados: Se estudiaron 219 mujeres infectadas, 170 no embarazadas y 49 embarazadas. El 87,78% de las embarazadas ($n = 43$) fueron ingresadas en el hospital, a diferencia del 92,35% de las no embarazadas ($n = 157$), difiriéndolos grupos en la duración media de la estancia (2,47 vs 3,61 días respectivamente, $p = 0,030$). Las mujeres no embarazadas fueron más propensas a requerir atención en las unidades de urgencias del hospital a diferencia de las mujeres embarazadas (25,9% vs 12,2%, $p = 0,028$). Aunque las características clínicas fueron similares en los dos grupos, en el de mujeres embarazadas fueron menos frecuentes las dificultades respiratorias (40,4% vs 64,4%) y la consolidación unilobar (5,9% vs 21,3%) que fueron más frecuentes en mujeres no embarazadas que en mujeres embarazadas ($p < 0,05$). El consumo de antibióticos (73,1% vs 39%) y corticosteroides sistémicos (38,3% vs 4,9%) durante los 7 días anteriores a la hospitalización fueron menores en embarazadas que en no embarazadas ($p < 0,001$), pero no hubo diferencias en el tratamiento con antivirales (65,9% en no embarazadas y 69,4% en embarazadas). Ambos grupos declararon que la infección por el virus había duplicado la dificultad para realizar sus tareas cotidianas.

Conclusiones: Las mujeres embarazadas hospitalizadas con gripe no presentaron diferentes síntomas ni mayor gravedad que las no embarazadas; incluso presentaron un perfil de utilización de recursos que podría indicar una menor gravedad, posiblemente como resultado de una mayor prevención con las primeras. Se precisan más estudios especialmente sobre el impacto del tratamiento en mujeres gestantes.

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