

SESIÓN DE PÓSTERES IV

Jueves, 18 de octubre de 2012. 18:30 a 19:30 h

Pantalla 3

Vigilancia epidemiológica II

Moderadora: Amparo Larrauri Cámara

341. SALMONELOSIS Y CAMPILOBACTERIOSIS EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN CASTILLA Y LEÓN, 2007- 2011

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

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

Antecedentes/Objetivos: La campilobacteriosis y la salmonelosis son las enfermedades gastrointestinales más frecuentes en la UE y en España, especialmente en menores de 1 año, aunque su alimentación sea restringida y el principal mecanismo de transmisión de ambas sea por consumo de agua o alimentos. En Castilla y León ambas son de declaración obligatoria individualizada desde 2007. Objetivo: describir las características epidemiológicas de la salmonelosis y campilobacteriosis en Castilla y León en menores de 1 año y detectar diferencias entre los de 0-6 meses y 7-12 meses.

Métodos: Se han analizado los casos de salmonelosis y campilobacteriosis menores de 1 año notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León entre 2007 y 2011. Se han analizado las variables: edad, sexo, tipo de presentación, hospitalización, y caracterización del microorganismo, obteniéndose diferencias con intervalos de confianza al 95% y valor p. Población de referencia de la revisión anual del Padrón (INE).

Resultados: Entre el 2007 y 2011 se han notificado un total de 2.048 casos de salmonelosis y 1061 casos de campilobacteriosis. El porcentaje de salmonelosis en menores de 1 año es 6,15% (114,06 casos por 100.000 hab.), mientras que en campilobacteriosis es 17,44% (tasa de 195,93), diferencia estadísticamente significativa (IC95%: 0,087;0,139 p = 0,0000). Las campilobacteriosis fueron más frecuentes en 7-12 m (p = 0,0000) que en los de 0-6 m; mientras que las salmonelosis se presentaron con la misma frecuencia en los dos grupos de edad. Ambas

son más frecuentes en varones ($p < 0,005$). Un 25,40% de las salmonelosis estaban asociadas a brote frente a un 0,54% de las campilobacteriosis. Un 38,71% de las salmonelosis de 0-6 m estaban asociadas a brote, frente a un 12,50% en los de 7-12 m (IC95%: 0,100;0,424 $p = 0,0015$). El 95,83% de los casos en 0-6 m estuvieron relacionados con dos brotes relacionados con leche maternizada ocurridos en 2008 y 2011. El 47,05% de las salmonelosis en 0-6 m fueron por *Salmonella* poona, mientras que el 39,47% en 7-12 m fue *Salmonella typhimurium*. El 77,83% de las campilobacteriosis y el 69,04% de las salmonelosis no precisaron hospitalización.

Conclusiones: La campilobacteriosis presenta una mayor frecuencia e incidencia en menores de 1 año y de 7-12 meses. Ambas fueron más frecuentes en varones y no precisaron ingreso hospitalario. Los casos de salmonelosis de 0-6 meses estuvieron asociados a brote cuya causa fue el consumo de leche maternizada contaminada, y en los mayores de 7 meses se aisló con más frecuencia *Salmonella typhimurium*. Es necesario recoger información específica para conocer los riesgos a los que están expuestos los lactantes frente a estas dos enfermedades.

549. SALMONELOSIS EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO. RED DE VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA VALENCIANA (REDMIVA)

S. Guiral Rodrigo, R. Carbó Malonda, C. Marín Sanchis, A. de la Encarnación Armengol, J. Pérez-Panades, F. González Morán
Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico, Comunidad Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La RedMIVA recoge de manera automatizada y exhaustiva los resultados microbiológicos de las Infecciones gastrointestinales (IG) de los laboratorios públicos de la C. Valenciana (CV). Los resultados de 2010 y 2011 muestran un incremento en la incidencia de salmonelosis (Sal), destacando en menores de 1 año. El objetivo es caracterizar las Sal en menores de 1 año con la información aportada por la RedMIVA, para la mejora de su vigilancia.

Métodos: Estudio de incidencia de Sal en la CV, años 2010 y 2011. Se analizan: edad, sexo, mes diagnóstico, localización, hospitalización y serogrupo. Se presentan frecuencias y tasas de incidencia/10⁵.

Resultados: Se recuperan 5.227 casos nuevos de IG bacterianas en 2010 y 5.653 en 2011. Corresponden a Sal el 42,4% (2.218) en 2010 y el 48,6% (2.745) en 2011, con un incremento significativo en su incidencia (TI Sal-2010 44,1 y TI Sal-2011 53,88; $p = 0,0000$). La distribución de Sal por grupos de edad muestra una incidencia muy alta en menores de 1 año y ha sufrido en 2011 un incremento significativo (TI Sal 2010: 382,5 y TI Sal 2011: 592,8; $p = 0,0000$). El análisis de las Sal en menores de 1 año se incrementa en el periodo estival, destacando 2 picos no esperados compatibles con brotes alimentarios (marzo 9,5% y mayo 11,8%). No existen diferencias por sexo (TI hombres 498,3, TI mujeres 473,5; $p = 0,5987$). Se observa un incremento progresivo con la edad, los menos afectados son de 0 a 3 meses (19,5%) y la máxima frecuencia entre 4 y 8 meses (56,3%). Se detectan diferencias territoriales importantes entre los 24 departamentos (TI 1006,1 frente a 50,9); 5 de ellos presentan incrementos significativos desde 2010 a 2011, entre ellos las ciudades de Alicante ($p = 0,0000$) y Valencia ($p = 0,0017$). La tasa media de hospitalización es alta (28,8%), siendo la mayor al mes de nacer (69,6%). La probabilidad de ingreso aumenta sin significación en los 2 primeros meses; a partir del 3^{er} mes decae, significativamente en el 7^o y 10^o mes (16,6%). El serogrupo más frecuente es el B (26,4%-134) con un 30% de *S. typhimurium* (51), seguido del serogrupo D con un 11,6% (59). El 51,9% (263) fueron informadas como spp.

Conclusiones: La incidencia es muy alta, con incremento significativo en 2011 que obligará a monitorizar la vigilancia en los próximos años. Se trata de una enfermedad con especial gravedad en los menores de 1 año, lo que supone una gran carga asistencial. Es conveniente mejorar la especificidad mediante la identificación de serogrupos y serotipos. La RedMIVA aporta un valor añadido a la detección, investigación y control de las agrupaciones temporoespaciales de Sal.

242. PREVALENCIA DE COINFECCIÓN SÍFILIS-HVC A PARTIR DE LOS DATOS DE UNA RED DE VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA

M.R. Zurriaga Carda, J. Pérez Panadés, F. González Morán

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Elche; Subdirección General de Epidemiología y Vigilancia de la Salud, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: Existe poca información sobre la coinfección sífilis-hepatitis vírica C (HVC). En la Comunitat Valenciana (CV) se cuenta con la Red de Vigilancia Microbiológica (RedMIVA), un sistema de información que recoge resultados de los laboratorios de Microbiología de la CV. Objetivo: medir la prevalencia de diagnósticos microbiológicos de sífilis en RedMIVA en 2010, analizando su distribución en la CV y cuantificar la coinfección con HVC.

Métodos: Se buscó en RedMIVA aquellas pruebas de sífilis positivas analizadas en el periodo 1 enero-31 diciembre 2010. Criterios de caso: (1) Nuevo: (a) anticuerpos (ac.) IgM (+) o (b) detección DNA por PCR o (c) visión Treponema. (2) Otros criterios: (i) Probable: (a) RPR o VDRL (+) y FTA o TPHA (+) o (b) RPR o VDRL (+) y presencia de ac. totales anti-Treponema o (c) RPR o VDRL (+) y ac. IgG anti-Treponema. (ii) No determinado: (a) FTA o TPHA (+) y ninguna otra prueba realizada o (b) FTA o TPHA (+) y RPR o VDRL (-) o (c) RPR o VDRL (+) y cualquier otra prueba negativa. Variables recogidas: edad (años); sexo; municipio y departamento sanitario (DSP) de residencia; realización, o no, de pruebas diagnósticas para HVC previas y resultado de las mismas.

Resultados: Se identificaron 1.653 casos con pruebas positivas para sífilis, 67,5% hombres, media de edad del grupo a estudio: 41,9 años (IC_{95%}: 41,2-42,7). La tasa total estandarizada para casos de sífilis fue de 32,1 casos/10⁵ habitantes, superior en el grupo de 25-34 años (tasa: 51,8) y 35-44 años (tasa: 51,6), y observándose una diferencia significativa en relación al sexo a partir de los 34 años. De los 1.653 casos analizados, 136 se consideraron casos nuevos (8,2%) y 1.517 casos (91,8%) cumplían otros criterios de caso. A 588 (35,6%) de los positivos para sífilis, se les realizó prueba diagnóstica para HVC. Un 8,3% (49/588) de las pruebas para HVC resultaron positivas, observándose el siguiente perfil de coinfección: hombre (67,3%), 35-44 años (36,7%), residente en Valencia ciudad (36,7%).

Conclusiones: La prevalencia de coinfección con HVC hallada en los casos de sífilis, 8,3%, es 4 veces superior a la referenciada en la bibliografía. Limitaciones del estudio: existe un sesgo de selección con respecto a los casos de coinfección, ya que sólo se cuenta con aquellos a los que se les solicitó serología para ambas patologías según el criterio del médico que les atendió. Pese a que la transmisión sexual de HVC es excepcional, esta revisión de los datos nos muestra que existe correlación entre ambos diagnósticos, lo cual abre la puerta a nuevas investigaciones en este tema.

376. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA DE BACTERIAS MULTIRESISTENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CONTINUADOS

M.M. Melero García, O. Vicente Marínez, J.C. López Poma, V. Marco Cabero

Medicina Preventiva, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Tras un brote de *Acinetobacter baumannii* multiresistente (ABMR) detectado en abril 2012 por nuestro sistema de Vigilancia Epidemiológica activa de Infección nosocomial, decidimos diseñar un protocolo de detección de pacientes portadores de bacterias multiresistentes (BMR). Nuestro hospital es de nivel terciario (CHGUV), tiene 518 camas y atiende a una población de 373.805 personas (fuentes INE) con una de enfermos crónicos Unidad de Cuidados Continua-

dos (UCC) y pluripatológicos. Objetivo principal: detección activa y precoz de portadores y control de la infección nosocomial.

Métodos: Se realizará estudio de portadores con la toma de muestras de exudados a los pacientes al ingreso (faríngeo, nasal, axilar-rectal y de úlceras cutáneas). Seguimiento de los pacientes con control microbiológico periódico durante su estancia hospitalaria, repitiendo el control microbiológico a la semana y a los 15 días. En caso de estancia prolongada con cultivos negativos se realizará el control cada quince días hasta el alta. Se realizará tratamiento descolonizador a todos los portadores detectados con antibioterapia tópica y/o clorhexidina. En caso de infección tratamiento antibiótico adecuado según antibiograma. Además se implementaran las siguientes estrategias para el control y vigilancia de la infección nosocomial: Vigilancia activa en la correcta praxis de la higiene de manos. Política de uso adecuado y racional de antibióticos. Aplicación estricta de las normas de aislamientos hospitalarios. Control del cumplimiento de las precauciones estándar de seguridad clínica. Adecuada higiene y limpieza de habitaciones y superficies. Información y recomendaciones a pacientes y familiares. Recogida de datos en la ficha epidemiológica la cual incluye variables demográficas, epidemiológicas microbiológicas, clínicas, tratamiento antibiótico y de bioseguridad ambiental.

Resultados: Se realizará un análisis mensual, trimestral y semestral de los datos obtenidos con la posterior difusión de resultados. Mediante un análisis descriptivo y de multivariantes, utilizando como programa estadístico Excel y SPSS.

Conclusiones: Esperamos con la implantación de este protocolo la mejora en la Vigilancia epidemiológica de la Infección Nosocomial. Prevención y control de brotes hospitalarios, reducción de morbimortalidad por bacterias multiresistentes y evaluación del coste-efectividad de las medidas implantadas. Si procediera ampliación del protocolo a más unidades de nuestro hospital.

349. INFECCIÓN Y COLONIZACIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UN HOSPITAL DE RECIENTE APERTURA

M.T. Ledo-Varela, I. González Santana

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital de Torrejón.

Antecedentes/Objetivos: Describir la infección y colonización por microorganismos multiresistentes en la población de influencia de un hospital de reciente apertura.

Métodos: Se seleccionaron todos los cultivos positivos a microorganismos multiresistentes (MR) aislados en el laboratorio en el periodo de octubre 2011 a mayo 2012. Se realizaron frotis de control para valorar el estado de portador a todos los individuos que presentaron dichos cultivos (*S. aureus* meticilin-resistente, *E. coli* BLEE, *K. pneumoniae* BLEE, *P. aeruginosa* multiresistente...). Se realizaron frotis de control hasta obtener tres frotis consecutivos negativos o hasta que el alta del paciente.

Resultados: Se identificaron un total de 96 cultivos positivos a microorganismos MR, con los siguientes microorganismos aislados: SARM (41,8%), *E. coli* BLEE (38,5%), *A. baumannii* MR (9,9%), *P. aeruginosa* MR (5,5%), *K. pneumoniae* BLEE (2,2%), un cultivo positivo a *E. faecium* MR en aspirado bronquial y un *P. mirabilis* MR en orina. Las principales localizaciones donde se obtuvieron cultivos positivos fueron en orina (37,4%), esputo (24,4%), nasal (6,1%) y bronquial (5,1%) El 36,8% de los SARM se encontraron en esputo y el 13,2% en exudado de herida. En 77,1% de los *E. coli* BLEE se aislaron en orina, el 100% de las *K. pneumoniae* y el 40% de las *Ps.* en esputo. El 75,2% de los frotis para determinar estado de portador fueron negativos. El 15,6% de los frotis realizados fueron positivos a SARM, y el 4,6%, positivos a *E. coli* BLEE. El 50% de los pacientes con cultivo positivo a SARM presentaron igualmente un frotis de control de estado de portador positivo a SARM.

Conclusiones: La presencia de microorganismos MR es elevada en nuestra área. Hasta en la mitad de los casos de infección activa por

SARM, el paciente resultó ser portador y por tanto, posible origen de la posterior infección. Por tanto, se recomienda realizar tratamiento descolonizador en los casos en los que sea posible. La coordinación con Atención Primaria es fundamental para gestionar correctamente el control de los microorganismos MR una vez que el paciente es dado de alta en el hospital, y evitar su diseminación. El cribado del estado de portador es fundamental para erradicar focos.

238. PATÓGENOS HOSPITALARIOS MULTIRRESISTENTES: A PROPÓSITO DE UNA ROTACIÓN

M.J. Molina Rueda, M.C. Ubago Linares, B. Martínez Romero, S. Martínez Diz, E. Navarro Moreno, M. Rosales Rodríguez

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: Los microorganismos multiresistentes son patógenos de creciente interés por su emergencia, mayor morbilidad, mortalidad y coste. Su detección precoz y la aplicación de medidas de aislamiento son las estrategias que han demostrado tener mayor efectividad en disminuir la transmisión de estos patógenos. El objetivo de este trabajo es describir los principales microorganismos multiresistentes y su distribución en los distintos Servicios del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) durante Noviembre de 2011.

Métodos: Estudio observacional descriptivo en el HUVN durante el mes de Noviembre de 2011. Se incluyeron todas las notificaciones recibidas de los cultivos positivos para gérmenes multiresistentes desde el Servicio de Microbiología. Las principales variables estudiadas fueron: Centro hospitalario (HMQ, HMI y HRT), Servicio, tipo de muestra, germen aislado y resistencias. Los datos fueron analizados con el programa informático SPSS 15.0.

Resultados: Se estudiaron 43 gérmenes, siendo el 40% multiresistentes. El 88% de los microorganismos multiresistentes se aislaron en el Hospital Médico Quirúrgico (HMQ). El Servicio identificado con más frecuencia fue Urgencias (41%), seguido de Medicina Interna (23%). Los principales gérmenes aislados fueron *Stafilococo aureus* (52%) seguido de *Escherichia coli* (18%), *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii* (12%). La localización principal de la infección fue el exudado de herida quirúrgica (41%).

Conclusiones: El principal germen aislado fue *Stafilococo aureus* y la localización principal el exudado de herida quirúrgica. Sin embargo, se observa que el servicio identificado con más frecuencia fue Urgencias del HMQ, lo que puede ser debido a la inadecuada identificación del Servicio de procedencia. Se recomienda realizar estudios de este tipo para seguir de forma continuada la distribución de estos patógenos en los distintos servicios hospitalarios, con objeto de detectarlos precozmente y aplicar las medidas de aislamiento oportunas.

523. ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS EN RESISTENCIAS ANTIBIÓTICAS EN LA COMUNITAT VALENCIANA

M. Martín-Sierra, F. González, D. Navalpotro, N. Tormo, A. de la Encarnación, M. Selva, J. Marín, H. Vanaclocha

Dirección General de Investigación y Salud Pública; Hospital General Universitario de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: El estudio de las resistencias antibióticas está incorporándose a las nuevas líneas de trabajo en el laboratorio de microbiología y en los servicios de vigilancia. Su importancia radica en que el incremento de las resistencias disminuye la efectividad del tratamiento de las enfermedades infecciosas. La Red Microbiológica de la Comunitat Valenciana (RedMIVA) se presenta y ofrece como una herramienta esencial para la identificación automática de dichas incidencias. El objetivo es mostrar el funcionamiento del sistema de vigilancia de las resistencias y los resultados de su gestión de un periodo de tiempo determinado.

Métodos: La RedMIVA se ha programado para monitorizar la información registrada diariamente de todos los laboratorios de microbiología en base a la tabla "pares antibiótico-germen", previamente "seleccionados" por expertos, así como las técnicas empleadas para confirmar e investigar sus mecanismos de resistencia. Se han modulado los niveles de resistencias de mayor a menor importancia analizando en conjunto las resistencias de 28 gérmenes a 17 antibióticos y la sensibilidad de 22 microorganismos a 10 antibióticos. Se ha realizado un seguimiento pormenorizado de la incidencia diaria, durante un periodo de tres meses, analizando los resultados según los niveles de "clasificación" (Resistencia Confirmada, No confirmada), datos referentes al laboratorio de origen, tipo y procedencia de la muestra, características del paciente y tiempos empleados entre los diferentes técnicos implicados. Participan a nivel de laboratorio un microbiólogo de referencia por hospital, contando con 24 en el conjunto de la Comunitat.

Resultados: Se han registrado un total de 620 incidencias, que se dividen según niveles en 46 del primero, 342 del segundo y 232 del tercero. Del primer nivel, 19 (41,3%) fueron resistencias confirmadas, 18 (39,1%) No confirmadas y 9 (19,6%) comprendían las dudosas, sin muestra y pendientes. Los tiempos de respuesta de los referentes de laboratorio han sido en un 70% antes de las 48 horas (< 24h el 42%). De los 22 Laboratorios de Hospital que han tenido casuística, 14 han sido de nivel 1, destacando uno de ellos que registra el 28%. El estudio de la casuística ha aportado que el porcentaje de nivel 1 frente al resto ha sido de 7.4% marcando diferencias con periodos y año anterior.

Conclusiones: La integración de este servicio con datos en 24 horas mejora la oportunidad y versatilidad del sistema de vigilancia de resistencias, pudiendo ayudar a la identificación rápida de cambios en su patrón. Mejora el control de calidad del sistema. Se propone ampliar el estudio tanto a otros niveles como en el número de pares a estudiar.

268. UTILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

S. Martínez-Cuenca, N. Enríquez-Martín, B. Adiego, A. Poncel, F. Bielsa, C. Malo-Aznar, E. Marco, J.R. Ipiens, J.P. Alonso

DG de Salud Pública, Gobierno de Aragón; DG de Planificación y Aseguramiento, Gobierno de Aragón; Centro de Gestión Integrada Proyectos Corporativos, Salud, Gobierno de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se ha informatizado la historia clínica de AP en Aragón con OMI AP. Los objetivos del estudio son describir la incidencia y distribución de las EDO en OMI, evaluar su utilidad para la vigilancia epidemiológica y detectar oportunidades de mejora en la declaración.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de EDO registradas en OMI en 2010 como episodios y declaraciones. En EDO numérica (otros procesos diarreicos -opd-, gripe, varicela, sífilis e infección gonocócica) se analizó número, distribución por grupos de edad y sexo, incidencia acumulada (IA) cruda y ajustada por edad a la población europea. Se realizó análisis geográfico con ArcView GIS 3.2a. Se calculó diferencia porcentual (dp) frente al registro EDO representándola en mapas. Se realizaron corredores endémicos y correlaciones bivariadas de ambos registros. En EDO individualizada se calculó sensibilidad y valor predictivo positivo (VPP) para cada enfermedad en el registro OMI.

Resultados: En EDO numérica en OMI, gripe, varicela, sífilis e infección gonocócica presentaron una IA superior al registro EDO con una dp entre un +11,1% (gripe) y +129,4% (sífilis) en episodios y de +9,0% (gripe) y +53,6% (sífilis) en declaraciones. En opd la dp fue -25,6% y -37,7% inferior ($p < 0,0000$). Los menores de cinco años presentaron la mayor IA en declaraciones y episodios en opd (16.984,6–20.318,2) y varicela (4.143,8–4.685,1); 5 a 9 años en gripe (6.948,7–6.995,9) y 15 a 39 años en sífilis (21,7–28,4) e infección gonocócica (16,6–21,9). Los corredores endémicos mostraron una tendencia estacional casi idéntica

entre ambos registros. La correlación fue muy alta en opd, gripe y varicela y moderada en sífilis e infección gonocócica. Las EDO individualizadas en OMI presentaron una sensibilidad moderada-alta (> 75%) para los episodios de carbunco (75%), hepatitis (95%), hidatidosis (100%), leishmaniasis (100%), lepra (100%), paludismo (100%), parotiditis (94%) y sífilis congénita (100%) y en las declaraciones de sífilis congénita (100%). En el resto fue medio o bajo. El VPP fue alto en episodios de lepra (100%) y media en carbunco (46%) y toxiinfección alimentaria (44%). En declaraciones fue medio en carbunco (56%) y sífilis congénita (50%). En el resto fue bajo.

Conclusiones: OMI es una herramienta útil para la vigilancia de EDO numérica, aporta sensibilidad, oportunidad y desburocratización, añade edad y sexo, posibilita análisis geográfico y detecta infranotificación. En EDO individualizada, aporta inmediatez y detecta brotes, pero se deben implementar medidas para su uso óptimo.

181. INTEGRACIÓN DE DATOS DE LABORATORIO EN LA VIGILANCIA EUROPEA DE ENFERMEDADES

L. Martín Marcos, A. Conde Bandera, L. Herrera-León, E.V. Martínez, S. Villarrubia, C. Varela Martínez, M. Sastre, G. Hernández Pezzi

Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; Unidad de Coordinación de Sistemas y Tecnologías de la Información, ISCIII; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El avance en la metodología de laboratorio utilizada en la vigilancia de enfermedades transmisibles, el uso de estos resultados, y el desarrollo de tecnologías informáticas está suponiendo una revolución en su vigilancia. La diversificación de fuentes de información unida a la convivencia de varios sistemas informáticos de obtención de datos, generan mucha riqueza de información específica microbiológica (eficacia), que al no estar integrada pierde potencial y eficiencia en la vigilancia europea. El objetivo de este trabajo es identificar los puntos críticos que dificultan la integración de datos de un país (España) en el sistema de vigilancia Europeo y proponer soluciones.

Métodos: Se han estudiado los requerimientos de vigilancia europea para las enfermedades transmisibles (excluyendo gripe), identificando las fuentes de datos disponibles para cada una, así como las variables utilizadas para enviar datos de España a Europa. Se han identificado y valorado la ganancia o pérdida de información según la elección de fuente principal de datos y la dificultad de su integración informática.

Resultados: De las 47 enfermedades estudiadas, 35 proceden de fuentes de datos más sensibles (médicos) y 12 de otras más específicas (microbiólogos). De estas 47 enfermedades, 22 se complementan con información de laboratorio de referencia (LR) pero dada la inconsistencia de los identificadores utilizados y la gran cantidad de variables requeridas para cada enfermedad, los datos complementados por el LR no se pueden integrar en el 27% de los casos (6/22: gonococia, meningitis, tuberculosis, campilobacteriosis, salmonelosis y neumococia).

Conclusiones: El 27% de la información de los LR está infrautilizada, ya que no se puede asociar con fuentes que aportan más información sobre posibles riesgos de enfermar y otras características de la enfermedad, perdiendo información útil para el control de la enfermedad. Se debería establecer un criterio para asignar identificadores anónimos que enlacen con cada una de las fuentes de datos utilizadas en vigilancia (cada caso debería albergar información sobre identificación del resto de fuentes). Este mecanismo puede considerarse como mecanismo de etiquetado o tagging. Otra solución, más complicada a nivel informático y que no estaría exenta en ningún caso de un posible margen de error a la hora de la relación, podría consistir en la clasificación automática de casos con el objeto de relacionarlos, mediante algún tipo de algoritmo que conllevaría la implementación de alguno de los paradigmas de clasificación estadística o de inteligencia.

51. LA DECLARACIÓN DE LAS ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS EN ANDALUCÍA (2001-2010)

A. Varo Baena

Delegación Provincial de Salud de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: Las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) componen un grupo de enfermedades neurodegenerativas que han sido protagonistas de una gran atención científica y mediática y que fueron incluidas en el año 2001 como Enfermedades de Declaración Obligatoria. El objetivo fundamental es conocer la incidencia de las EETH y sus características clínico-epidemiológicas y detectar la posible aparición de la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ).

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo analizando las variables de las EETH entre los años 2001 y 2010 de la declaración directa al registro andaluz en Redalera. Las fechas de fallecimiento para la clasificación diagnóstica se han solicitado en algún caso al registro de mortalidad. Se han descrito variables de persona, tiempo y pruebas clínicas complementarias.

Resultados: El total de casos diagnosticados (posibles, probables o confirmados) entre 2001 y 2010 fue de 102 EETH, siendo 97 casos de ECJ esporádicos y 5 ECJ familiares. El total de casos declarados durante el periodo sin embargo fue de 145, descartándose por tanto el 30% de los casos (la razón casos declarados/casos diagnosticados es de 1,42). El año con mayor número de casos diagnosticados es el que comienza la declaración, 2001, con 14 casos, estabilizándose a partir del año 2004 cuando empiezan a declararse entre 10 y doce casos anuales. La tasa andaluza media anual de diagnóstico es de 1,24 por millón y la de declaración es de 1,77. El 60% de los casos son mujeres y el 40% varones. La edad media es de 66,32 años, con un rango entre 35 y 83 años. El número de casos con diagnóstico definitivo acumulado es del 44%. El polimorfismo del codón 129 es homocigótico en el 80% de los casos (64% metionina/metionina y 16% valina/valina) en los que se realiza ya que el análisis genético sólo se hace en el 58% de los casos. El EEG es típico en un 65% de los casos y la proteína 14-3-3 es positiva en el 89% de las realizadas. La resonancia magnética es positiva (hiperseñal en caudado y putamen) en el 40%.

Conclusiones: Los datos de incidencia y las características clínico-epidemiológicas no difieren de los conocidos en la bibliografía y no se registra ningún caso de variante de ECJ. El mayor porcentaje de proteína 14-3-3 positiva en líquido cefalo-raquídeo en las pruebas complementarias (muy por encima del electroencefalograma y la resonancia magnética) resalta su valor diagnóstico de probabilidad por encima de otras pruebas diagnósticas. El alto porcentaje del polimorfismo del codón homocigoto confirma la relación con las EETH. La sensibilidad de la declaración es alta.

369. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES PARASITARIAS TROPICALES EN VALENCIA, ESPAÑA

M. Morales Suárez-Varela, J. Schmitt, N. Rubio López, E. Ortega González, M.T. Morales Suárez-Varela, A. Llopis González

Unidad de Salud Pública y Sanidad Ambiental, Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de Valencia; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia; Servicio de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Salud Internacional, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La patología tropical y particularmente parasitaria es cada vez más frecuente en España, tanto por el incremento de los viajes intercontinentales como por la inmigración. El objetivo de este trabajo fue describir la frecuencia relativa de las

enfermedades parasitarias tropicales en los pacientes atendidos en Valencia y los factores de riesgo asociados a dichas enfermedades.

Métodos: Se recogieron de manera retrospectiva datos sobre los pacientes que fueron atendidos por la Unidad de Enfermedades Infecciosas y de Salud Internacional del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Resultados: De los 1.269 pacientes atendidos, 287 padecieron por lo menos una enfermedad parasitaria tropical. La edad media de los pacientes fue de 39,51 años; el 65,85% de los pacientes nacieron fuera de España y 70,07% de los pacientes realizaron una estancia en zona tropical en el año previo a la consulta. El diagnóstico más frecuente fue la malaria (n = 131 casos), infección por protozoos intestinales (n = 83), enfermedad de Chagas (n = 52). Los inmigrantes fueron identificados como un grupo de riesgo: padecieron con mayor frecuencia más de una enfermedad (OR: 3,66). Las variables más relacionadas a la malaria fueron un viaje a África (OR: 18,20) y antecedentes a la malaria (OR: 4,82). Clínicamente, los factores asociados fueron fiebre (OR: 54,82), trombopenia (OR: 16,89) y síntomas generales (OR: 15,36). Las variables más relacionadas a las infecciones por protozoos intestinales fueron los viajes a Asia (OR: 24,38). Clínicamente, presentaron diarrea aguda (OR: 5,85). Las variables más relacionadas con la enfermedad de Chagas fueron pacientes nacidos en América (todos), viviendo en España (OR: 6,03) desde hace más de 1 año (OR: 36,59) sin estancia reciente en zona tropical (OR: 23,25). Los pacientes fueron frecuentemente asintomáticos (OR: 9,38).

Conclusiones: Una enfermedad parasitaria tropical fue detectada en 22,61% de los pacientes atendidos en la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Salud Internacional durante el periodo de estudio. La malaria afectó a todos los pacientes sin distinción de origen, pacientes nacidos fuera de España padecieron más enfermedad de Chagas, mientras que los pacientes nacidos en España padecieron más infecciones por protozoos intestinales.

258. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSULTAS DE VIAJEROS. CENTRO DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL DE PALENCIA (2009-2011)

E.M. Vián González, M.L. Mateos Baruque, M.J. González Megido, J. de la Puente Callejo

Sección de Epidemiología, Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se ha incrementado el número de personas que viajan a destinos exóticos, lo que conlleva un riesgo de exposición a diferentes enfermedades infecciosas. El objetivo de este trabajo es determinar las características epidemiológicas de las consultas de viajeros del Centro de Viajes Internacionales (CVI) de Palencia durante el trienio 2009-2011.

Métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo. A cada viajero se le realiza una encuesta donde se recogen variables sociodemográficas, relacionadas con el viaje, estado de salud, vacunaciones previas y recomendaciones higiénico-dietéticas, de quimioprofilaxis antipalúdica y de vacunas. Se realizó análisis descriptivo.

Resultados: Durante estos 3 años, se atendieron a 1937 viajeros, (51,6% varones y 48,4% mujeres) con una media de edad de 36,12 años \pm DE 13,8. El tiempo medio de antelación de consulta fue de 56,7 días. Según el destino, un 42,9% eligió Sudamérica, un 31,7% Asia y un 24,9% África. Los países más visitados fueron India, Colombia y Perú. Un 39,9% de los viajes fue organizado, un 18,5% visita a familia/amigos y un 18,4% de aventura. La duración media del viaje fue de 46,28 días (mediana 18). A cada viajero se le indicó una media de 2,2 vacunas. Las vacunas más frecuentemente recomendadas fueron: hepatitis A (51,3%), fiebre tifoidea (50,8%), fiebre amarilla (38,6%), tétanos-difteria (30,8%), la triple vírica (18,3%) y hepatitis B (7,3%). Los porcentajes de cumplimiento

fueron para las vacunas de la fiebre tifoidea (89,8%) y de la fiebre amarilla (87,4%). Otras vacunas como las del cólera, la rabia, y la vacuna antimeningocócica ACYW135 fueron recomendadas en menos ocasiones (entre un 2% y un 8%). Se recomendó quimioprofilaxis antipalúdica a un 52,3% de todos los viajeros que consultaron, de los cuales, al 65,9% se les aconsejó atovacuona + proguanil, al 13% mefloquina y al 12,2% cloroquina.

Conclusiones: En el número de viajeros atendidos, se puede apreciar un pequeño descenso desde 2009 a 2011. En cuanto al tipo de viaje, se han incrementado los viajes de trabajo y visita a familiares lo que supone un aumento progresivo del número de vacunas recomendadas. La antelación media de consulta fue de 56,7 días. La atovacuona + proguanil fue el antipalúdico más recomendado.

294. EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS POR MALARIA EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2005-2010

E. Pastor, A.M. Alguacil, R. Martín, A. Portero, M.R. Zurriaga, J.A. Lluch

Conselleria de Sanitat, Direcció General de Investigació y Salut Pública, Servicio de Salud Infantil y de la Mujer; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Elche.

Antecedentes/Objetivos: La malaria es una de las enfermedades importadas más graves padecidas por los viajeros. La prevención mediante quimioprofilaxis es una de las acciones desarrolladas por los Centros de Vacunación Internacional. Objetivo: estudiar la evolución de los ingresos por malaria en la Comunidad Valenciana entre los años 2005 a 2010.

Métodos: Estudio transversal descriptivo sobre los casos de malaria atendidos en los Hospitales de la Comunidad Valenciana entre los años 2005 y 2010 según el diagnóstico al alta del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Evolución temporal y perfil de los casos, estancias generadas y coste por hospitales. Se analizaron los datos del CMBD de los hospitales públicos de agudos de la Comunidad Valenciana donde su diagnóstico principal o secundario al alta aparecen los códigos CIE 9 del 084.0 al 084.9.

Resultados: Desde el año 2005 al 2010 se han producido 464 altas por malaria. Los días de estancia generados han sido 2.355, con una estancia media de 5,1 días y una edad media de los ingresados de 31,4 años. El 65,1% de los casos se han dado en hombres cuya edad media es de 32,08 años no encontrando diferencias significativas por sexo ni año analizado. La estancia media en mujeres es mayor para todos los grupos de edad excepto en mayores de 64 años. El 52,35% de las estancias se han generado en el grupo de edad de 25 a 44 años. Se aprecia una tendencia creciente en el número de casos pasando de 66 casos en 2005 a 92 en 2010. El Consorcio Hospital General Universitario de Valencia representa el 28,6% de todos los ingresos donde en alguno de sus diagnósticos al alta aparecen los códigos CIE 9 de malaria. El Hospital La Fe con 635 días (26,9%) seguido muy de cerca por el Consorcio Hospital General de Valencia con 602 días (25,5%) son los que mayor número de días de estancia han tenido. El paludismo producido por *P. falciparum* (CIE 084.0) representa el 62,0% del total de estancias. El gasto de hospitalización en los seis años analizados fue de 630.457,1 €.

Conclusiones: Los ingresos por malaria se han incrementado en la Comunidad Valenciana desde el año 2005. El perfil de los ingresados es de hombre joven con estancias de menos de una semana y los Hospitales de referencia (Hospital General Universitario y Hospital La Fe) representan más de la mitad de los ingresos. La malaria producida por el *P. falciparum* representa casi dos tercios de los ingresos. El coste de hospitalización es importante pero más si tenemos en cuenta que es prevenible mediante quimioprofilaxis.

157. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES RARAS. ACTUALIZACIÓN DEL REGISTRO ANDALUZ DE ENFERMEDADES RARAS. NUEVAS FUENTES DE INFORMACIÓN

C. Salamanca Rivera, J.M. Aldana Espinal, R. Sanz Amores, A. González-Meneses López, C. Cortes Martínez, A. Bordóns Ruiz

Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: El Registro de Enfermedades Raras de Andalucía se crea por ORDEN de 3 de mayo de 2010, BOJA n.100. Tras más de un año en funcionamiento, y dada la dispersión de la información y de los casos, se ha consolidado como una valiosa herramienta para el conocimiento de las enfermedades raras (ER) en nuestra comunidad. Objetivo: actualizar la metodología y las fuentes de información que aportan datos al Registro para mantener un censo fiable, y lo más completo posible de pacientes con ER, para poder desarrollar una investigación de mayor calidad y validez.

Métodos: La metodología del Registro se centra en recoger información de pacientes con ER atendidos en Andalucía a partir de búsquedas estructuradas en las bases de datos andaluzas, principalmente DIRAYA, CMBDA y BDU. Hasta el mes de abril se realizaba la recaptura de datos a partir de fuentes de datos como: Registros de Farmacia, Trasplantes y pacientes con insuficiencia renal crónica, Metabolopatías, Cáncer, y Hormona del crecimiento entre otros. Actualmente se está trabajando para incorporar nuevas fuentes de datos como los registros de los servicios de Anatomía Patológica (AP) de los hospitales, o los registros hospitalarios de las Unidades de Referencia como pueden ser fibrosis quística (FQ) y esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Próximamente se incorporarán datos del Registro de Atención Temprana de Andalucía.

Resultados: Hasta mayo 2012 hay publicados en la web de ER de la Consejería de Salud y Bienestar Social datos de 30 ER. Gracias a la incorporación de nuevas fuentes de información, como son los registros hospitalarios de Unidades de Referencia (UR), se están actualizando datos de ER ya publicadas como FQ y ELA. Asimismo, al recuperar datos de las bases de AP se confirman casos de ER que aún no habían sido publicadas por tener diagnósticos dudosos. Añadir datos del registro de Atención Temprana podrá suponer un importante avance al recuperar no únicamente datos diagnósticos sino también de evolución de la enfermedad y datos sociosanitarios.

Conclusiones: La incorporación de nuevas fuentes de datos como las extraídas de los servicios de AP o de las UR de Andalucía ha supuesto un importante avance en la metodología del Registro Andaluz de ER, ya que permite recuperar de manera moderadamente sencilla datos sobre casos de ER con diagnóstico confirmado, así como datos de evolución de la enfermedad. Por todo ello, parece conveniente actualizar la metodología incorporando progresivamente nuevas fuentes de información que permitan un mejor conocimiento de las ER en Andalucía.

54. FACTORES DE RIESGO DEL CANSANCIO DEL CUIDADOR EN CASTILLA Y LEÓN (2011)

M.L. Mateos Baruque, E.M. Vián González, M. Gil Costa, J.E. Lozano Alonso, T. Vega Alonso

Sección de Epidemiología, Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia; Observatorio de Salud Pública, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: En nuestro entorno, existen cada vez más cuidadores de personas no autónomas. Esta actividad supone una gran sobrecarga física y psicológica. Los objetivos de este estudio son determinar las características epidemiológicas de los cuidadores de personas no autónomas en Castilla y León durante 2011.

Métodos: Estudio observacional descriptivo realizado por el Programa del Registro de Enfermería de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (2011) en el que participaron 105 enfermeros/as de forma voluntaria. La declaración fue semanal y confidencial. Se incluyeron: cuidadores familiares de personas no autónomas. Se excluyeron: cuidadores remunerados, de instituciones sanitarias/sociales y de niños sanos. Se analizaron datos sociodemográficos, situación sociofamiliar, problemas de salud y sobrecarga del cuidador y características de la persona no autónoma. Se realizó análisis estadístico descriptivo y se utilizaron las escalas de Zarit y Barthel.

Resultados: Se obtuvo información de 665 cuidadores (74,7% mujeres y 25,3% hombres, con edad media de 64,9 años). Según parentesco, un 35,9% era cónyuge, un 34,6% hijo/a, un 15,2% padre/madre, un 10,2% otros miembros de la familia como sobrinos, nietos, yernos o nueras y un 4,1% hermano/a. El 86,3% convivía en el mismo domicilio de la persona a la que cuidaba. El cuidador recibió ayuda en un 60,8%, siendo realizada en el 65,3% por otros miembros de la familia y en el 27,9% por Instituciones Sociales. El 96,1% de los cuidadores afirman tener una dedicación plena al cuidado, invirtiendo una media de 17,8 horas al día, 7 días a la semana. Un 83,3% dispuso de información sobre cómo realizar los cuidados consiguiendo información en un 89,1% a través de su centro de salud. Un 24,4% de los cuidadores tuvo sobrecarga intensa, un 32,9% leve y un 42,1% no tuvo sobrecarga. Los problemas de salud más frecuentes fueron osteomusculares, depresión/ansiedad y cambios frecuentes en el estado de ánimo. La persona no autónoma refirió, en un 27,1%, dependencia moderada, en un 30,5% dependencia leve, en un 23,3% dependencia grave y en un 18,9% dependencia total. Un 76,8% cumplió criterios para acogerse a la Ley de Dependencia.

Conclusiones: El perfil del cuidador es el de una mujer de 65 años, cónyuge y con dedicación diaria a la persona no autónoma que se ve afectada física y psicológicamente, principalmente, por enfermedades osteomusculares y estados depresivos o de ansiedad que le ocasionan una sobrecarga intensa en una de cada cuatro veces. Una adaptación de los estilos de vida podría disminuir el riesgo de padecer problemas de salud en los cuidadores.