

## COMUNICACIONES ORALES VI (10 MINUTOS)

Viernes, 19 de octubre de 2012. 12:30 a 14:30 h

Sala Riancho

### Vigilancia epidemiológica

*Moderador: Miguel Santibáñez Margüello*

#### 77. FACTORES ASOCIADOS A LA TRANSMISIÓN DE LA GRIPE EN EL ENTORNO FAMILIAR

I. Martínez-Baz, R. Burgui, M. Guevara, F. Irisarri, J. Castilla

*Instituto de Salud Pública de Navarra, Pamplona; CIBER Epidemiología y Salud Pública.*

**Antecedentes/Objetivos:** La transmisión de la gripe se ve favorecida por la agrupación de personas en entornos cerrados como el domicilio. En el presente estudio se valoran los posibles factores que se asocian a la aparición de casos secundarios de gripe en el entorno familiar durante dos temporadas de gripe, 2009-10 y 2010-11.

**Métodos:** Se realizaron entrevistas a los contactos familiares de los casos confirmados de gripe A(H1N1)2009 durante las temporadas 2009-10 y 2010-11 en Navarra. Se calculó la tasa de ataque secundaria como el número de contactos con síndrome gripal dividido entre el número total de contactos en el domicilio. Mediante regresión logística se evaluó el efecto de diversos factores en la presentación de síndrome gripal entre los contactos. Los factores analizados incluyeron la edad, sexo, número de convivientes, compartir habitación con caso índice, patologías crónicas, entre otros.

**Resultados:** De los 432 domicilios con casos confirmados de gripe pandémica durante ambas temporadas de gripe se entrevistaron a 1110 contactos, de los cuales 977 (88%) resultaron elegibles como contactos secundarios tras comprobar que el inicio de síntomas fue posterior al del caso índice. Desarrollaron síndrome gripal 177 de los 977 contactos en el domicilio, lo que supone una tasa de ataque secundaria del 18% (IC95% 16-21%). La tasa de ataque secundaria fue más alta en niños < 5 años (38%), descendiendo gradualmente con la edad de los contactos domiciliarios. Los casos índice entre 0 y 4 años fueron más transmisio-

res de la gripe a sus convivientes (36%) que los niños mayores de 5 años y los adultos (18%). Durante la temporada 2010-11 fue más probable que los contactos domiciliarios presentasen un síndrome gripal que durante la temporada 2009-10, aunque esta diferencia no llegó a ser significativa. Presentaron síndrome gripal con más frecuencia los convivientes que habían compartido habitación con el caso índice (OR: 1,63; IC95% 1,06-2,53;  $p = 0,028$ ), mientras que un mayor número de personas en el domicilio no se asoció a mayor riesgo de desarrollar síndrome gripal. La vacunación presentó un efecto preventivo considerable de los síndromes gripales en el entorno familiar (OR: 0,27; IC95% 0,08-0,96;  $p = 0,044$ ).

**Conclusiones:** Los niños menores de 5 años tienen un papel destacado en la propagación de la gripe en el ámbito familiar. La vacunación antigripal fue efectiva para prevenir el contagio de gripe en el entorno familiar.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (GR09/0028 y GR09/0029) y Programa I-MOVE del ECDC.

#### 355. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS BROTES DE TOS FERINA EN CATALUÑA EN EL PERÍODO 1997-2010

I. Crespo, S. Broner, A. Martínez, P. Godoy, M.R. Sala, M. Company, C. Rius, A. Domínguez

*CIBER Epidemiología y Salud Pública; Agencia de Salud Pública de Cataluña; Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** La tos ferina es una enfermedad que presenta clínica variable, siendo más grave en niños de corta edad en relación a los adolescentes y adultos. El objetivo del estudio es analizar las características epidemiológicas mediante los brotes declarados desde 1997 a 2010 en Cataluña.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de los brotes declarados a la Agencia de Salud Pública de Cataluña de 1997-2010. Se estudiaron las variables: edad, sexo, hospitalización y estado vacunal en afectados y casos índice > 1 año. Se calcularon las tasas de incidencia (TI) de brotes, de casos y de hospitalizados, el riesgo relativo (RR) y sus intervalos de confianza (IC95%). Se estableció en nivel de significación en  $\alpha = 0,05$ . La TI se expresa por 100.000 personas/año.

**Resultados:** Se declararon 230 brotes (tasa de 2,43 × millón de personas/año) que resultaron en 771 casos (TI: 0,81) de los cuales 147 fueron hospitalizados (1,55 × millón de persona/año). Se produjeron en ámbito familiar 209 brotes (90,9%), escolar 14 (6,1%) y otros ámbitos 7 (3%). La TI en mujeres fue 1,40 y en hombres 1,11, (RR: 1,25; IC95%: 1,08-1,45). Por edad se declararon 186 casos < 1 año (TI: 18,20); 91 casos de 1-4 años (2,44); 105 casos 5-9 años (2,36); 64 casos 10-14 años (1,47); 45 casos de 15-24 años (0,40); 152 casos de 25-44 años (0,48) y 42 casos  $\geq 45$  años (0,11). En 284 casos (36,8%) el estado vacunal era correcto, 56 casos (7,2%) no estaban vacunados y en 155 casos (20,1%) no se pudo determinar el estado vacunal. Se descartaron 78 brotes en los que no se pudo determinar el caso índice o en los que el posible caso índice era < 1 año, por la dificultad de determinar esta condición. El caso índice tenía de 1-4 años en 25 brotes (16,2%), en 27 brotes (17,5%) tenía de 5-9 años, en 16 brotes (10,4%) tenía entre 10-14 años, 17 brotes (11,1%) tenía de 15-24 años y en 12 brotes (7,7%) tenía  $\geq 45$  años. En 57 brotes (37,1%) tenía de 25-44 años, de éstos 20 fueron hombres (0,12) y 37 mujeres (0,24), (RR: 1,97; IC95%: 1,11-3,58).

**Conclusiones:** La tasa de incidencia en < 1 año es la más elevada y disminuye 7,5 veces en el grupo de 1-4 años, cuando ya han recibido la primovacuna. Los casos índices tenían mayoritariamente de 25-44 años y había más mujeres. La vacunación de mujeres que acaban de tener un hijo y de las que tienen contacto continuado con niños podría contribuir a prevenir brotes de tos ferina.

Financiación: CIBERESP, ISCIII, FEDER, AGAUR (2009SGR42).

### 539. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS ÍNDICES DE TOS FERINA EN LOS DOMICILIOS EN CATALUÑA Y NAVARRA

C. Muñoz, I. Barrabeig, R. Rodríguez, N. Camps, S. Lafuente, M. Cenoz, S. Minguell, G. Ferrús, J. Caylà, et al

Agencia de Salut Pública de Catalunya, Generalitat de Catalunya; Agència de Salut Pública de Barcelona; Instituto de Salud Pública de Navarra; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona; Hospital Sant Joan de Déu.

**Antecedentes/Objetivos:** Los casos índices de tos ferina que generan estudios familiares pueden ser casos primarios, casos secundarios y casos terciarios. El objetivo fue caracterizar a los casos primarios de tosferina que generan transmisión frente a los casos secundarios y terciarios.

**Métodos:** Se realizó un estudio epidemiológico prospectivo, en los meses de enero-abril del 2012 registrando las características de los casos de tos ferina aparecidos en el ámbito domiciliario y confirmados mediante estudio microbiológico o vínculo epidemiológico. Los casos índices se clasificaron en casos primarios (el primero en iniciar síntomas en el domicilio) casos co-primario (se presenta dentro de los 6 días siguientes al caso primario), caso secundario y caso terciario (se presenta entre 7 y 28 días después del primario). Se censaron, encuestaron y siguieron durante 30 días todos los contactos domiciliarios, recogiendo exposición, síntomas respiratorios, dosis de vacuna anti-pertúsica y quimioprofilaxis. Se tomaron muestras de la nasofaringe de casos y contactos con clínica compatible para determinar la presencia de Bordetella pertussis por técnica de Real-Time PCR (PCR-RT) o cultivo. Los factores asociados a los casos primarios frente a los secundarios y terciarios se estudiaron mediante el cálculo de la odds ratio (OR) con su IC del 95%. La existencia de asociación estadística se estudió con la prueba de  $\chi^2$  y la comparación de medias mediante la prueba t de Student con un grado de significación  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se estudiaron 76 casos índices confirmados, el 63,2% (48/74) mediante PCR-RT y el 36,8% (28/76) mediante vínculo epidemiológico. Los casos presentaron una edad media de 15,1 años (DE = 19,6). El 50% de los casos se consideraron primarios (38/76), 4,0% co-primarios (3/76), 39,5% secundarios (30/76) y 6,6% terciarios (5/76). Los casos primarios respecto al resto de casos se caracterizaron por presentar una media de edad inferior ( $13,2 \pm 18,6$  frente a  $17,4 \pm 20,8$ ) y mayor riesgo de hospitalización (OR = 6,8 IC95% 1,4-33,3). No se observaron diferencias en la proporción de mujeres (OR = 1,1 IC95% 0,5-2,4) y el porcentaje de vacunación (OR = 1,3 IC95% 0,5-3,3) entre los casos primarios y los no primarios.

**Conclusiones:** Sólo la mitad de los casos índices (los que generaron el estudio) fueron casos primarios. Este hecho indica que se deben profundizar los estudios para detectar los casos índices auténticos que son los que generan la transmisión familiar.

Financiación: FIS Importancia de adolescentes y adultos en la transmisión de la tosferina en los domicilios (Proyecto PI11/02557).

### 463. INFECCIÓN GONOCÓCICA Y SÍFILIS. ¿PRESENTAN UN CRECIMIENTO REAL?

R. Guaita, E. Ortells, A. Albiñana, L. Soriano, E. Giner, L. Yuste, A. Salazar

Hospital Universitario Dr. Peset, Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública; Secció d'Epidemiologia, Centre de Salut Pública de Valencia, Generalitat Valenciana.

**Antecedentes/Objetivos:** La infección gonocócica (IG) y la sífilis (S) representan la segunda y tercera causa de infección bacteriana de transmisión sexual en Europa. A pesar de la tendencia descendente iniciada a partir del año 1995 en la última década se ha observado un incremento constante. Objetivo: analizar la evolución de la incidencia de ambas infecciones desde el año 2003 al 2011 en nuestra ciudad e identificar las características de los afectados y sus prácticas de riesgo.

**Métodos:** Estudio longitudinal retrospectivo. Los sujetos del estudio fueron los casos de S e IG notificados en la ciudad de Valencia a los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y validados de acuerdo a la definición de caso del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Las variables a estudio fueron: edad y sexo, país de procedencia, formas clínicas de presentación y conductas de riesgo. Se describieron las variables a estudio y se calculó la Incidencia Acumulada (IA), la Razón de Masculinidad (RM) y la Razón de Morbilidad Normalizada (RMN).

**Resultados:** La evolución de la IA para la IG fue de  $0,64 \times 10^5$  en 2003 a  $20,02 \times 10^5$  en 2011 y de la S  $4,87$  a  $21,25 \times 10^5$ . La RM para todo el período fue de 11,42 (I.G.) y 5,10 (S). La RMN inmigrantes/autoctonos: 3,09 (IG) y 3,8 (S). La media de edad de la IG fue de 31,45 años desviación estándar (DE) 10,24 y de la S 37,75 (DE 12,76) con diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre extranjeros (33,7) y autóctonos (39,9). El 38% de los diagnósticos de S en mujeres se realizaron durante el período de latencia de la enfermedad y en hombres durante el estadio primario/secundario (55%). El principal factor de riesgo declarado en los hombres fue las múltiples parejas sexuales en un 43% (IG) y 57% (S). Las mujeres declararon no tener prácticas de riesgo en un 56% (IG) y 51% (S). La prostitución no apareció como factor de riesgo en la IG y en un 5% en la S.

**Conclusiones:** No podemos concluir que el aumento de la IA observado se deba exclusivamente al incremento de infecciones ya que la integración y mejora de diferentes fuentes de notificación ha facilitado y elevado el registro de las enfermedades de declaración obligatoria. Las mujeres constituyen el grupo menos afectado pero más vulnerable si tenemos en cuenta el retraso diagnóstico y si consideramos la pareja estable como posible fuente de transmisión dada la elevada declaración de "no prácticas de riesgo". Finalmente, por tratarse de patologías aún estigmatizadas debemos plantearnos una posible infradeclaración, sobre todo en mujeres, y cuestionar algunas respuestas obtenidas como aquellas que dan un mínimo peso a la prostitución como factor de riesgo.

### 543. INDICADORES DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE 2 ESTRATEGIAS PARA EL FOMENTO DE LA HIGIENE DE MANOS Y LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL

J.L. Valencia Martín, A. Martín López, C. Galindo Olmos, M. García Contreras, J. López Victoriano, E. Muñoz Rey

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Móstoles.

**Antecedentes/Objetivos:** Estudiar la evolución de los principales indicadores de infección nosocomial (IN) en un hospital universitario de 400 camas, en relación con una estrategia global para el fomento de la higiene de manos (HM), y un programa para la prevención de la infección asociada al catéter venoso central (IACVC), iniciados en 2009.

**Métodos:** Recogida de datos sobre prevalencia e incidencia de IN en el Hospital Universitario de Móstoles, de 2009 a 2011: prevalencia anual de IN en todos los pacientes hospitalizados, según la metodología común del estudio EPINE. Estudio de incidencia de IN en 4 servicios clínicos (Unidad de Cuidados Intensivos y hospitalización de Hematología, Cirugía General y Traumatología), con recogida diaria estandarizada de datos sobre factores de riesgo, procedimientos invasivos e infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, según la metodología común del grupo INCLIMECC. Análisis descriptivo de los principales indicadores de IN anuales, así como del cumplimiento de HM en sanitarios (según observación estandarizada y representativa realizada en 2010 y 2011) y el consumo de soluciones hidroalcohólicas (SHA), implantadas en 2009 en todo el hospital.

**Resultados:** Desde 2009, la prevalencia global de IN descendió del 9,3% en 2009 al 8,7% y 7,8% en años sucesivos, igual que la prevalencia de pacientes con IN (7,4%, 7,2% y 6,9%, respectivamente). La incidencia acumulada (IA) global de IN en los servicios estudiados también descendió en los últimos tres años (14,2%, 12,9% y 9,5%, respectivamente),

igual que la IA de pacientes con IN (12,0%, 10,0% y 7,6%). Las infecciones de herida quirúrgica (IHQ) [4,9%; 4,1% y 3,0%, respectivamente] y las IACVC también mostraron una tendencia similar (10,8%; 6,5% y 5,7%). Por el contrario, las infecciones asociadas a ventilación mecánica (IAVM) no mostraron una tendencia clara en estos últimos tres años (8,1%; 16,7% y 3,9% respectivamente), mientras que las infecciones asociadas a sondaje urinario (IASU) se incrementaron (0,6%; 5,3% y 6,9%). El consumo de SHA pasó del 20,9 ml/estancia en 2009 a 15,3 ml/estancia en 2010 y 19,8 ml/estancia en 2011. El cumplimiento global observado de la HM se incrementó de un 15,3% en 2010 a un 46,4% en 2011.

**Conclusiones:** En los últimos 3 años se observó una tendencia decreciente en la prevalencia e incidencia de IN por la mayoría de las causas, incluyendo IHQ o IACVC. Este descenso es paralelo a la implantación progresiva de una estrategia global para el fomento de la HM y un programa para la prevención de la IACVC. Ambos programas, sin embargo, no se asocian a mejoras en las tasas de IASU o IAVM.

### 32. HEPATITIS E EN PAÍSES DESARROLLADOS NO ASOCIADA CON VIAJES A ZONAS ENDÉMICAS

J. Guimbao, C. Compés, J.I. Gaspar, M.A. Lázaro, R. Rodríguez

*Sección de Vigilancia Epidemiológica, Zaragoza; Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Aragón.*

**Antecedentes/Objetivos:** La descripción en los últimos años de casos autóctonos de hepatitis E en países desarrollados, donde la enfermedad se consideraba importada, sugiere que las características clínico-epidemiológicas son diferentes a las de países en desarrollo. El objetivo de este trabajo fue conocer, mediante una revisión bibliográfica, los factores de riesgo y mecanismos de transmisión de casos autóctonos de hepatitis E en países desarrollados sin antecedente de viaje a zona endémica.

**Métodos:** Se seleccionaron artículos publicados de 1/01/1995 a 30/03/2011 relacionados con factores de riesgo y mecanismos de transmisión de hepatitis E en países desarrollados. Se consultaron las bases de datos: PubMed y Cochrane Library, las revistas científicas: The New England Journal of Medicine, The Lancet Infectious Diseases, British Medical Journal y Emerging Infectious Diseases y las páginas web del CDC y ECDC. Los términos empleados fueron: Risk factors AND hepatitis E, transmisión routes AND hepatitis E y autochthonous AND hepatitis E. Se analizaron los resúmenes de las referencias obtenidas incluyéndose los que cumplían los criterios de inclusión: escritos en inglés o español y relacionados con el objetivo de la revisión. Los artículos no disponibles en red se solicitaron a la Unidad Documental de Salud Pública. Los estudios obtenidos se clasificaron siguiendo los criterios de clasificación de la evidencia del Centre-Based Medicine, Oxford. En el tratamiento de las referencias bibliográficas se utilizó el sistema Harvard-APA.

**Resultados:** Se obtuvieron 414 resúmenes excluyéndose 330 por no cumplir los criterios de inclusión. Se incluyeron 84 resúmenes, obteniéndose el texto completo de 74 artículos. Los factores de riesgo principalmente implicados en casos autóctonos de hepatitis E en países desarrollados, son la transmisión alimentaria por consumo de carne cruda de cerdo, jabalí o ciervo y la exposición ocupacional a ganado porcino. El consumo de marisco y la transmisión parenteral, con un nivel de evidencia más limitado son considerados posibles factores de riesgo. Mecanismos de transmisión analizados y no demostrados son: el contacto con animales domésticos, el consumo de agua no tratada, la transmisión persona-persona y la transmisión nosocomial.

**Conclusiones:** La hepatitis E en zonas no endémicas es una zoonosis cuyo principal reservorio es el cerdo. Los principales mecanismos de transmisión implicados son la transmisión alimentaria y la exposición ocupacional a ganado porcino. Un rasgo a destacar es que no se ha demostrado la transmisión interhumana en casos autóctonos de hepatitis E en países desarrollados.

### 59. ¿PREOCUPAN LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL EN ESPAÑA?

R. Jiménez, R. Bueno, A. Bernués

*Laboratorio de Entomología y Control de Plagas; ICBiBE; Universitat de València.*

**Antecedentes/Objetivos:** En los últimos años la distribución de algunas enfermedades de transmisión vectorial está sufriendo importantes cambios debido a fenómenos como la globalización o el cambio climático que han propiciado la expansión de vectores alóctonos, así como cambios en los patrones de migración de diferentes reservorios animales e intensa movilización de personas portadoras de agentes patógenos. En este contexto, el objetivo de la comunicación es analizar la información registrada en España acerca de estas enfermedades importadas y aportar datos sobre el conocimiento de la distribución de sus principales vectores, con la finalidad de poder inferir posibles escenarios de riesgo de transmisión en nuestro país.

**Métodos:** Se estudian los datos de las enfermedades importadas presentes en el Boletín Epidemiológico Nacional y se analiza la distribución y fenología de los principales vectores según la bibliografía existente.

**Resultados:** El paludismo importado muestra una tendencia creciente en los últimos años. Los estudios acerca de los anofelinos vectores son escasos y mayoritariamente referidos a la época de epidemia. La mayoría de estos trabajos señalan que la distribución de estos anofelinos es rural y en baja hibridación con núcleos poblacionales humanos. En cuanto al dengue, al no estar tipificada como una Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO), existe un desconocimiento de los datos reales de importación, pese a que parece tratarse de una virosis claramente infradiagnosticada. Actualmente existe un excepcional vector de la arbovirosis en España, *Aedes albopictus* o mosquito tigre, que está en clara expansión por ambientes urbanos y periurbanos del este peninsular. Además, existen numerosas virosis antropozoonóticas como West Nile, Sindbis o Usutu cuyo conocimiento real acerca de su circulación zoonótica en nuestro entorno es prácticamente nulo, pero se intuye como muy probable debido a la existencia constatada de reservorios y vectores adecuados.

**Conclusiones:** El potencial malariogénico de nuestro país es bajo, siendo bastante improbable la aparición de brotes epidémicos. No obstante, el acontecimiento de casos autóctonos aislados sí puede adquirir cierta relevancia en zonas rurales donde existen elevadas densidades de anofelinos. Por contra, la aparición de brotes epidémicos localizados de virosis antropozoonóticas como dengue o chikungunya, sí puede ser una amenaza real en diferentes áreas urbanas donde *Ae. albopictus* exhibe elevadas densidades poblacionales. Es por ello que, estas virosis importadas que no son sometidas a una vigilancia y comunicación especial por no estar tipificadas como EDO, deben ser investigadas entre personas procedentes de zonas endémicas ante el nuevo panorama presente en nuestro país por la reciente llegada de un excelente vector de las mismas.

### 228. LA VIGILANCIA SINDRÓMICA EN EXPLOTACIONES GANADERAS COMO HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE ALERTAS SANITARIAS

S. Ascaso, G. Ciaravino, G. Torres, V. Flores, L. Romero, P. Tejero, F. Simón

*Centro Nacional de Epidemiología; Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente; Programa EPIET, ECDC.*

**Antecedentes/Objetivos:** Según publica la OMS, casi dos tercios de las enfermedades transmisibles humanas y tres de cada cuatro enfermedades emergentes son zoonóticas. La Ley General de Salud Pública señala que Las Administraciones Públicas, desarrollarán programas de

prevención de las zoonosis y enfermedades emergentes y los necesarios mecanismos de coordinación con otras Administraciones para la prevención de riesgos en la producción primaria. La detección de incrementos significativos de mortalidad en animales de explotación podría indicar un riesgo de enfermedades infectocontagiosas. Este estudio desarrolla un sistema de detección precoz de excesos de mortalidad en ganado bovino con el objeto de detectar situaciones de riesgo epidemiológico en animales y trasladar la alerta a Salud Pública tras identificar el agente etiológico implicado, si fuese zoonótico.

**Métodos:** La variable de estudio es el número de cadáveres de bovino de la comarca ganadera piloto, durante el periodo 2005-2010, recogidos en las explotaciones suscritas a la póliza de Agroseguro y gestionado por ENESA en 414 explotaciones. Se crearon tres modelos correspondientes a las tres categorías zootécnicas estudiadas: leche, nodrizas y cebo. Los datos se agruparon por semanas epidemiológicas. Se realizó un estudio de series temporales, controlando la variabilidad, tendencia y variaciones cíclicas. Se generó un modelo de regresión cíclica para mortalidad semanal esperada y se aplicó el algoritmo CuSum cuantificando el exceso de mortalidad observada respecto a la esperada. Los excesos detectados se clasificaron como de bajo riesgo, alto riesgo y alerta puntual basándose en los límites superiores de los intervalos de confianza del 80, 90 y 95%. Se validó el modelo con los datos del año 2011.

**Resultados:** Tras controlar la variabilidad, no se apreció una tendencia significativa en el periodo de estudio, y sí una estacionalidad, con una mayor mortalidad en primavera y otoño. La periodicidad de los ciclos era de 26 semanas en las tres categorías zootécnicas estudiadas. En el año 2011 se identificaron 1 señal de alerta en terneros, 5 en vacas lecheras y 3 en vacas nodrizas.

**Conclusiones:** La vigilancia sindrómica y la elaboración de modelos de series temporales, a partir de datos de mortalidad en explotaciones ganaderas, pueden detectar de forma oportuna situaciones de riesgo epidemiológico y complementar la vigilancia epidemiológica tradicional. Este estudio es fruto de una colaboración multisectorial entre el Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente y el Instituto de Salud Carlos III en la línea marcada por el Reglamento Sanitario Internacional 2005.

## 528. ANÁLISIS DE TENDENCIA TEMPORAL DE ALTAS HOSPITALARIAS DE PACIENTES CON EPOC. COMUNIDAD DE MADRID, 2003-2011

L.V. Carreño Ibáñez, M.D. Esteban-Vasallo, M.F. Domínguez-Berjón, J. Astray Mochales, R. Génova Maleras, E. Barceló González, L.M. Blanco Ancos

*Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos; Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una causa importante de morbi-mortalidad, de incidencia creciente. En España, supone el 9,3% del total de altas hospitalarias por enfermedades respiratorias en mujeres y el 28,2% en hombres, siendo en estos últimos la principal causa respiratoria de alta hospitalaria entre los 55 y 89 años. El objetivo de nuestro estudio fue describir las altas hospitalarias en pacientes con diagnóstico de EPOC y analizar los posibles cambios de tendencia en el tiempo.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. A partir de los registros de altas hospitalarias (CMBD) de hospitales públicos y privados de la Comunidad de Madrid (CM) se seleccionaron las altas de 2003 a 2011 de los pacientes a partir de 40 años residentes en la CM con diagnóstico de EPOC (códigos CIE9 MC 491 y 492) registrado tanto como primer diagnóstico como en otros diagnósticos. El denominador utilizado fue padrón continuo. Se analizaron las altas agrupadas por causa, sexo y grupo de edad. Se calcularon tasas brutas y ajustadas por edad (método

directo) para cada año y sexo, de forma global y diferenciando por EPOC y por otros motivos. Para identificar cambios significativos de tendencia y estimar porcentajes de cambio anual (PCA) se utilizaron modelos de regresión joinpoint.

**Resultados:** Se identificaron 160.476 altas hospitalarias, el 81,2% en hombres. La media de edad fue de 74,8 (DE 11,1) años, (75,6 años en mujeres vs 74,6 en hombres,  $p < 0,001$ ). En el 44,1% ( $N = 70.724$ ) de las altas, el EPOC figuraba como diagnóstico principal. El 55,9% fueron altas por otra patología, siendo las más frecuentes las respiratorias (41,1%, destacando las neumonías,  $N = 17.570$ ), seguidas por las enfermedades circulatorias (24,0%,  $N = 21.528$ ), y neoplasias (7,7%,  $N = 6.919$ , de las que 2.996 correspondían a tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón). La estancia fue menor en las altas por EPOC (9,3 vs 11,9 días,  $p < 0,001$ ). El 7,7% de las altas fueron por defunción. Las tasas de alta aumentaron fundamentalmente por ingresos no atribuibles a EPOC. En hombres las tasas ajustadas aumentaron de 9,3 (IC95% 9,1-9,4) altas por mil habitantes en 2003 a 10,8 (IC95% 10,6-10,9) en 2011 (PCA 1,8, IC95%: 1,1-2,5). En mujeres la tendencia también fue creciente: 1,3 (IC95% 1,3-1,4) altas por mil habitantes en 2003 a 1,9 (IC95% 1,8-2,0) en 2011.

**Conclusiones:** Las tasas de altas hospitalarias en EPOC presentan una tendencia creciente en el periodo estudiado. La monitorización de las altas hospitalarias puede ayudar a establecer estrategias y evaluar impacto, mejorando la calidad de vida del paciente.

## 298. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS ASOCIADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES: RESULTADOS A 36 MESES

H.R. Martínez, M.J. Molina Gómez, L. García López, V. García Román, A.C. Martín Ruiz, M. Fuster Pérez, F.J. Conesa Peñuela, J. Sánchez-Payá

*Unidad de Epidemiología, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante.*

**Antecedentes/Objetivos:** Se está realizando un programa de prevención de Bacteriemias asociadas Catéter Venoso Central (BACVC), con una duración prevista de cuatro años, que incluye la Vigilancia de las BACVC en los catéteres de corta y larga duración, y la medición del grado de cumplimiento de las recomendaciones de eficacia probada para su inserción y mantenimiento (GCRIM). El objetivo es presentar los resultados a los 36 meses del programa.

**Métodos:** Vigilancia epidemiológica de todos los catéteres venosos centrales (CVC) insertados en el centro, desde diciembre 2009 hasta junio de 2011. Para los corta duración, se realiza seguimiento desde inserción hasta retirada y para los de larga duración se realiza seguimiento mínimo dos y máximo seis meses. Se registra: servicio donde se inserta, características de los CVC (tipo catéter, material, número luces, etc.), la aparición de BACVC –calculo Tasa de Incidencia por 1.000 días/catéter- y germen. Los criterios de definición de caso son los dados por los CDC. A su vez, en una muestra de pacientes a los que se les inserta el CVC, por observación directa, se mide el Grado de Cumplimiento de las Recomendaciones (GCR) para la Inserción; y en otra muestra de pacientes con CVC, por observación directa, se mide el GCR para el Mantenimiento.

**Resultados:** Incidencia de BACVC en CVC de corta duración: 6,40 (2009-1<sup>er</sup> semestre); 5,64 (2009-2<sup>o</sup> semestre); 4,18 (2010-1<sup>er</sup> semestre); 2,83 (2010-2<sup>o</sup> semestre); 2,72 (2011-1<sup>er</sup> semestre), 2,94 (2011-2<sup>o</sup> semestre). Incidencia de BACVC en CVC de larga duración: 0,66 (2009-1<sup>er</sup> semestre); 0,43 (2009-2<sup>o</sup> semestre); 0,36 (2010-1<sup>er</sup> semestre); 0,28 (2010-2<sup>o</sup> semestre); 0,27 (2011-1<sup>er</sup> semestre); 0,33 (2011-2<sup>o</sup> semestre). El GCR Inserción (2009-2010-2011): Higiene manos (86,8%-98,9%-100,0%), Uso clorhexidina (35,5%-41,8%-65,3%), mascarilla (93,4%-96,7%-88,0%), bata (75,0%-91,2%-97,3%), paños cubriendo campo

(93,8%-94,5%-84,0%), guantes estériles (98,7%-100,0%-100,0%), gorro (92,2%-95,6%-93,3%), colocación apósito estéril (62,7%-54,9%-78,7%), no rotura técnica aséptica (89,5%-84,6%-82,7%). El GCR mantenimiento (2009-2010-2011: Higiene manos (50,6%-66,2%-71,7%), desinfección puertos clorhexidina (32,5%-39,7%-46,2%).

**Conclusiones:** Se está produciendo una disminución progresiva en la incidencia de BACVC a lo largo del tiempo y una mejoría progresiva en los GCR para la Inserción y el Mantenimiento. Existe un amplio margen de mejora en el cumplimiento de recomendaciones para la inserción y mantenimiento de los de CVC.

Financiación: Ministerio Ciencia e Innovación (PI080881), Fundación Investigación HGUA, 2011 (C-04).

---