

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS 1

Viernes 7 de octubre de 2011. 15:30 a 17:00 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: Amparo Larrauri

### 273. VIGILANCIA DE LA TEMPORADA DE GRIPE 2009/2010 EN EUROPA MEDIANTE UN SISTEMA ESTÁNDAR

J.E. Lozano, T. Vega, S. Tamales, M. Gil, C. Rodríguez

*Dirección General de Salud Pública e I+D+I, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.*

La gripe es una enfermedad estacional y un problema de salud por la extensión e intensidad que alcanza. La vigilancia es una herramienta muy importante para controlar la epidemia y detectar virus circulantes. El método de la epidemia móvil (MEM) se creó para aislar la actividad basal y construir umbrales que permitan monitorizar la epidemia. A principios de 2010 se comenzó a aplicar el método a países

Europeos para comprobar si se podía utilizar como estándar de vigilancia. Se ha usado información de 19 países, 15 de síndromes gripales (ILI) y 5 de infecciones respiratorias agudas (ARI). Casi todos los datos provienen de sistemas centinelas de vigilancia (notificación voluntaria de consultas en atención primaria). Se incluyen datos históricos de entre 5 y 15 temporadas por país hasta 2008/2009 como entrada para el MEM, implementado en R. El modelo calcula un umbral epidémico que se compara con las tasas de 2009/2010 y se calculan unos indicadores del ajuste: número de falsas alertas (veces que la tasa semanal está por encima del umbral en periodo preepidémico) y retraso en la detección (semanas por debajo del umbral en periodo epidémico). De los países que notificaron ILI, el 60% no tuvo ninguna falsa alerta y el 13% tuvo 1 o 2 semanas de falsas alertas. De los que notificaron ARI el 40% no tuvo falsas alertas y el resto tuvo 1 semana de adelanto. No hubo ningún retraso en la detección entre los que notificaron ILI y de aquellos que notificaron ARI solamente 1 tuvo un retraso de 1 semana, lo que da un 95% global de efectividad. El MEM fue diseñado como herramienta de monitorización de epidemias. Se requería una alta especificidad para minimizar las falsas alertas. Sin embargo, la temporada 2009/2010 tuvo en la pandemia nA/H1N1 un hándicap que fue la sobrenotificación. No sólo produjo un incremento general de las tasas en muchos países, sino que en algunos casos se dieron dos epidemias distintas, una de ellas estival. Aun así, en el 60% de los países estudiados el programa no se ha visto afectado por este problema y en un 13% solo ha habido 1 o 2 falsas alertas previas. El resto son los 4 países que tuvieron 2 epidemias distintas de gripe en el que MEM detectó la segunda por el mayor volumen de casos. Si aceptamos que estas acumulaciones en periodo estival con aislamiento de virus son igualmente ondas epidémicas, el porcentaje de países sin falsas alertas pasa a ser del 87%. Si a esto se le suman los excelentes resultados del retraso en la alerta se puede afirmar que el MEM funcionó y prueba ser un método consistente como herramienta de monitorización.

### 343. EL RAYO QUE NO CESA: TUBERCULOSIS EN UN ÁREA DE SALUD DE MADRID EN EL PERÍODO 2000-2010

A.M. Pérez Meixeira<sup>a</sup>, J. Cacho Calvo<sup>b</sup>, A. Ramos Martos<sup>c</sup>, L. Gutierrez<sup>a</sup>, Grupo de Trabajo de la Unidad de Tuberculosis del Área 10

*<sup>a</sup>Servicio de Salud Pública, Área 10, SG Prevención de la Salud y Promoción; <sup>b</sup>Servicio de Microbiología; <sup>c</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Getafe, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** En la evaluación del programa de control de la tuberculosis del Área 10 se observa un descenso paulatino de los casos en la población autóctona y un incremento en la población inmigrante, por lo que las cifras de incidencia no descienden de la forma prevista. El Área 10 tiene una población de 369.654 habitantes y la población inmigrante representa el 18,4%. **Objetivo:** Describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de la enfermedad tuberculosa y las posibles diferencias entre enfermos según su procedencia.

**Métodos:** En el análisis se incluyen los casos declarados en el periodo 2000-2010, residentes en el Área. Las variables demográficas y de enfermedad estudiadas fueron datos de laboratorio, factores de riesgo y evolución. Se utilizan datos del padrón continuo y de la tarjeta sanitaria. Se realiza un análisis comparativo entre los casos de enfermedad en las dos poblaciones, estimando las *odds ratio* con el intervalo de confianza al 95% por regresión logística.

**Resultados:** El porcentaje de los casos declarados en inmigrantes varía entre el 12% en 2000 hasta el 59,1% en 2010. La tasa de incidencia entre la población autóctona ha disminuido desde 15,7/100.000 en 2000 a 7,2/100.000 en 2010; por el contrario, la de la población inmigrante ha aumentado progresivamente hasta alcanzar 57,4/100.000 en 2010. En el grupo de inmigrantes la mayoría son

hombres (60%) jóvenes entre 25 y 45 años, sin embargo en la población autóctona la curva de edad se desplaza hacia grupos de mayor edad. La localización más frecuente de la enfermedad es respiratoria (73%), los casos confirmados microbiológicamente son el 81%. Un 7,6% presenta resistencia a fármacos de primera línea. El factor de riesgo más frecuente es el consumo de tabaco (14%). El estudio de contactos se realizó correctamente en medio familiar (70% de los casos) y en el laboral (100%). Solo encontramos diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en la edad.

**Conclusiones:** La incidencia de tuberculosis en la población inmigrante es superior a la de la población autóctona, es más joven y presenta menos factores de riesgo asociados que la población autóctona. Esto concuerda con los datos de otros estudios sobre inmigrantes, que consideran el hecho de inmigrar como un factor predisponente "per se" para numerosas patologías, fundamentalmente las influenciadas por las condiciones sociales e higiénico-sanitarias.

### 358. FACTORES ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* ENTRE JÓVENES RECLUSOS EN CATALUÑA

E.L. Corbeto<sup>a,b,c</sup>, D. Carnicer-Pont<sup>a,b</sup>, R. Lugo<sup>a,b</sup>, V. González<sup>a,b,d</sup>, E. Bascuñana<sup>b,d</sup>, N. Lleopart<sup>e</sup>, L. Barbero<sup>f</sup>, V. Humet<sup>g</sup>, J. Casabona<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>CEEISCAT; <sup>b</sup>CIBERESP; <sup>c</sup>Medicina Preventiva/Salud Pública, UAB; <sup>d</sup>Servicio de Microbiología, HUGTIP, Barcelona; <sup>e</sup>CP Joves, Barcelona; <sup>f</sup>CP Wad-Ras, Barcelona; <sup>g</sup>Justícia, Generalitat de Catalunya.

**Antecedentes/Objetivos:** Identificar los factores de riesgo de infección por CT en jóvenes penitenciarios en Cataluña en el año 2010.

**Métodos:** Estudio transversal de una muestra de conveniencia de 478 presos de 18-35 años, analizada mediante PCR. Se incluyeron 2 prisiones que albergan mayoritariamente población preventiva y a su vez la mayor parte de la población joven penitenciaria. Se utilizó un cuestionario estandarizado. Para investigar la relación entre CT y factores predictivos se utilizaron tablas 2 x 2 y se realizó el test Chi-cuadrado para la comparación de proporciones. El análisis multivariado de regresión logística se utilizó para explorar la asociación de factores de riesgo, ajustado por sexo y posibles confusores. El nivel de significación estadística fue de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizó a 142 mujeres y 336 hombres. El 66,7% eran extranjeros, principalmente sudamericanos. El 98% eran heterosexuales. La edad media de la primera relación sexual fue a los 15 años (DE: 2,3). El número de parejas medio fue de 3,7 (DE: 5,4). Sólo el 26% mencionó utilizar el preservativo en la última relación sexual. El 60% declaró haber consumido algún tipo de droga durante su estancia en prisión, mayoritariamente alcohol. La prevalencia global de CT fue del 5,4% (6% hombres; 4,2% mujeres). Los factores estadísticamente significativos en el análisis bivariado fueron: origen extranjero (OR: 2,87) y tener relaciones simultáneas  $< 12$  meses. Al aplicar el modelo de regresión, el origen extranjero (OR: 3,14) permaneció como factor de riesgo independiente para la adquisición de CT.

**Conclusiones:** En los últimos años se observa un cambio en la tendencia decreciente que las infecciones de transmisión sexual (ITS) habían presentado en los países desarrollados, sobre todo la infección por *Chlamydia trachomatis* (CT) en población joven. Estudiamos los factores de riesgo en la población penitenciaria para identificar intervenciones de prevención y control apropiadas. Este es el primer estudio sobre factores de riesgo de infección por CT en las prisiones de Cataluña. La alta movilidad de los jóvenes detenidos, mayoritariamente presos preventivos, podría explicar la similitud en la prevalencia obtenida en la población general joven. El potencial de estos jóvenes infectados, de actuar como "población puente" en la transmisión de las ITS, es alto. Por lo tanto, la oportunidad de hacer actuaciones culturalmente sensibles y el seguimiento de la prevalencia de infección en jóvenes de prisiones no deben ser desestimados.

### 383. USO DE LA TC EN EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS INFANTIL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. AÑOS 2004-2010

E. Pérez Pérez, F. González Morán, P. Momparler Carrasco, I. Huertas Zarco, R. Carbó Malonda, A. de la Encarnación

Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Valencia.

**Antecedentes/Objetivos:** La tuberculosis (TB) presenta en nuestra comunidad una tendencia descendente mantenida desde 1998; sin embargo, en los últimos años se viene observando un aumento de casos en la población infantil a la vez que detectamos una mayor utilización de la tomografía computarizada (TC) en el diagnóstico de esta enfermedad en los niños.

**Métodos:** Se estudian los casos de TB en la población menor de 15 años notificados al sistema de vigilancia EDO entre 2004 y 2010, se calculan tasas de incidencia (por 100.000 habitantes), se revisa la sensibilidad de los métodos de diagnóstico convencionales así como la frecuencia de utilización de la TC.

**Resultados:** Entre los años 2004 y 2010 se declararon 375 casos de TB en población menor de 15 años, esto supone una tasa de 7,5; la más baja se registró en el año 2004 con 5,5 y la más alta en 2008 con 9,4, manteniendo una tendencia ascendente a lo largo de estos años. Las tasas son muy similares en ambos sexos y presentan la misma tendencia. La media de edad para el conjunto de los casos es de 5,5 años, siendo bastante estable en todo el periodo. La proporción de casos en niños extranjeros es de 17,3% y aumenta de 2004 a 2007, año en que es máxima con un 31,6% de casos, disminuyendo a partir de aquí. El 55,7% de los casos presenta síntomas de enfermedad tuberculosa, porcentaje que desciende a lo largo del periodo de un 75% en 2004 a un 44,3% en 2010. La prueba de Mantoux es positiva en el 93,1% de los casos; en éstos se realiza Rx de tórax, que es positiva en el 76,3% aunque su sensibilidad presenta una disminución de 20 puntos a lo largo del periodo de estudio; el cultivo se realiza en el 83,5% de los casos y tiene una sensibilidad del 40,4% que desciende del 62,5% en el primer año al 23,7% en el último. Se observa a lo largo del periodo una creciente utilización de la TC; en el año 2006 es positiva en el 3,4% de los casos notificados y en 2010 en el 42,9%, de manera que el diagnóstico de TB está asociado a la realización de una TC en los casos notificados en 2007 y años sucesivos (OR = 4,4).

**Conclusiones:** La TB infantil en nuestro medio presenta una tendencia ascendente a pesar del descenso de las tasas globales de la enfermedad. El patrón diagnóstico de TB infantil ha experimentado un cambio en los últimos años con la utilización de la TC que no se corresponde con los resultados de los métodos tradicionalmente utilizados. Hay que tener en cuenta que la TC somete al niño a una intensa radiación, a un contraste intravenoso y en algunas ocasiones a una sedación, lo que no siempre parece estar justificado a la vista de los resultados.

### 435. RESISTENCIAS DE *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* EN LA COMUNIDAD DE MADRID. PERÍODO 2005-2009

A. Arce<sup>a</sup>, S. Cañellas<sup>a</sup>, E. Rodríguez<sup>a</sup>, J.A. Taveira<sup>a</sup>, S. Jiménez Bueno<sup>a</sup>, N. García<sup>a</sup>, A. Aragón<sup>a</sup>, M. Jiménez Maldonado<sup>a</sup>, E. Gil<sup>a</sup>, A. Pérez<sup>a</sup>, F. Martín<sup>a</sup>, A. Moreno<sup>a</sup>, C. Sanz<sup>a</sup>, M. Ordobás<sup>a</sup>, M.S. Jiménez Pajares<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Subdirección de Promoción y Prevención, Consejería de Sanidad; <sup>b</sup>CNM, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** La epidemiología de la tuberculosis se ha visto especialmente afectada en las dos últimas décadas por la pandemia de VIH/sida y la inmigración desde países de alta endemia tuberculosa. Estos factores también han contribuido a la diseminación de cepas resistentes. El objetivo de este estudio es describir la farmacorre-

sistencia de los pacientes tuberculosos residentes en la Comunidad de Madrid y analizar los factores asociados a ella.

**Métodos:** Estudio descriptivo de los casos del registro poblacional de tuberculosis, años 2005-2009. Se realiza análisis univariante y multivariante (porcentaje de confirmación microbiológica, estudio de sensibilidad, distribución de resistencias por sexo, edad, inmigración, coinfección por VIH y resistencia primaria o secundaria).

**Resultados:** En el quinquenio 2005-2009 se han registrado 5.607 enfermos tuberculosos y en 4.274 se ha confirmado el diagnóstico por cultivo (76,2%). Consta información de sensibilidad en 3.427 casos (80,2%). La resistencia global a uno o más fármacos fue del 10,4%, 10,0% corresponde a casos nuevos y 16,2% a casos previamente tratados, 8,6% a casos españoles y 12,2% a casos inmigrantes, 9,3% en casos coinfectados por VIH y 10,5% sin coinfección. La resistencia a algún fármaco antituberculoso se asoció a edad inferior a 35 años (OR = 1,3, IC 95%, 1,1-1,7;  $p = 0,02$ ), a inmigración (OR = 1,5; IC 95%, 1,2-1,9;  $p < 0,001$ ) y a haber padecido previamente tuberculosis (OR = 1,7, IC 95%, 1,1-2,6;  $p = 0,009$ ). La resistencia primaria a isoniazida (sólo a isoniazida y en casos iniciales sin fracaso, recaída ni abandono) fue del 3,3%. Esta resistencia primaria fue del 3,2% en inmigrantes y del 3,4% en nacidos en España ( $p = 0,85$ ). La multiresistencia (resistencia al menos a isoniazida y rifampicina) fue del 2,3% y se asoció a las mismas variables: edad inferior a 35 años (OR = 1,8, IC 95%, 1,1-3,0;  $p = 0,01$ ), a inmigración (OR = 2,5, IC 95%, 1,5-4,3;  $p < 0,001$ ) y a haber padecido una tuberculosis previa (OR = 2,4, IC 95%, 1,1-4,8;  $p = 0,02$ ). Se observó un descenso en la frecuencia anual de resistencia a algún fármaco antituberculoso desde el 12,2% en 2005 al 9,4% en 2009 ( $\chi^2$  de tendencia lineal = 5,28;  $p = 0,021$ ).

**Conclusiones:** En los años 2005-2009 la tuberculosis farmacorresistente en la Comunidad de Madrid presenta tasas moderadas y está disminuyendo. Es mayor en pacientes nacidos fuera de España y en adultos jóvenes. La historia previa de tratamiento antituberculoso debe incrementar la sospecha de resistencia a algún fármaco y de multiresistencia.

#### 464. PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA E INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA Y MENINGITIS BACTERIANA

M. de Prado Hidalgo<sup>a</sup>, A. Rodríguez Torronteras<sup>b</sup>, A. Varo Baena<sup>c</sup>, J.L. Gómez-Chaparro Moreno<sup>d</sup>, A. Blanco Hungría<sup>d</sup>, J.N. García Rodríguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, SAS; <sup>b</sup>Distrito Sanitario Córdoba, SAS; <sup>c</sup>Delegación Provincial de Salud de Córdoba; <sup>d</sup>Centro de Salud La Fuensanta, SAS; <sup>e</sup>Centro de Salud Aeropuerto, SAS.

**Antecedentes/Objetivos:** El índice sintético de nivel socioeconómico (ISNSE) es un índice de privación que se construye a partir de los datos censales en las grandes ciudades y resume el nivel educacional, el nivel de cualificación laboral y el paro y ha sido utilizado para el estudio de la relación entre mortalidad y desigualdades en salud. Para Andalucía, sus capitales de provincia y Jerez, este índice está disponible para cada sección censal desde 2005. Nosotros estudiamos en este trabajo si la incidencia de enfermedad meningocócica (EM) y meningitis bacteriana (MB) y su distribución geográfica varían en función del nivel de privación.

**Métodos:** La incidencia de EM y MB se ha tomado del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA). El período analizado es desde enero de 2003 a abril de 2010. A cada caso se le ha asignado la sección censal correspondiente al domicilio que consta en la ficha de declaración EM o MB. Cada sección censal tiene asignada una puntuación para el ISNSE, que va desde 1, en las secciones censales más favorecidas, a 5 en las más desfavorecidas. La población media del período de cada sección censal se ha utilizado como denominador para la obtención de la tasa de incidencia por sección censal durante el período

y una vez obtenida, la tasa de incidencia de EM y MB se ha correlacionado con el ISNSE. Se ha utilizado el software estadístico, SAS Inc, versión 9.2

**Resultados:** Córdoba está dividida en 224 secciones censales. Cuarenta y una son de nivel 1, 30 de nivel 2, 53 de nivel 3, 51 de nivel 4 y 49 de nivel 5. La incidencia para la totalidad del período de estudio fue de 33 por 100.000 para las secciones de nivel 1 de ISNSE, 43 por 100.000 para las de nivel 2, 56 por 100.000 para las de nivel 3, 72 por 100.000 para las de nivel 4 y 89 por 100.000 para las de nivel 5. El coeficiente de correlación de Spearman entre tasa de incidencia e ISNSE es de 0,20;  $p < 0,002$

**Conclusiones:** La incidencia conjunta de EM y MB varía en función del ISNSE. Las secciones censales con índices de privación altos sufren más EM y MB que las secciones censales más favorecidas.

#### 496. SEROTIPOS DE *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* CAUSANTES DE ENFERMEDAD INVASORA EN LA COMUNIDAD DE MADRID: JULIO DE 2007 A JUNIO DE 2010

J.C. Sanz, B. Ramos, M. Fernández, N. Herranz, A. Gutiérrez, M. Ordobas

Laboratorio Regional de Salud Pública y Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid, Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir los serotipos de las cepas de *Streptococcus pneumoniae* causantes de enfermedad neumocócica invasora (ENI) remitidas al Laboratorio Regional de Salud Pública de la Comunidad de Madrid entre julio de 2007 y junio de 2010.

**Métodos:** Las cepas de *S. pneumoniae* aisladas en muestras habitualmente estériles fueron remitidas desde 32 hospitales de la Comunidad de Madrid. El serotipado se realizó mediante aglutinación por látex y test de Quellung. La monitorización de sensibilidad antibiótica frente a penicilina, eritromicina y levofloxacina se llevó a cabo por E-test según las recomendaciones del Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI). El criterio del CLSI de no sensibilidad a penicilina establecido hasta 2007 ( $> 0,12 \mu\text{g/ml}$ ) cambió en el año 2008 ( $> 4 \mu\text{g/ml}$ ). En este estudio se han considerado ambos criterios.

**Resultados:** Se estudiaron 2.016 cepas (una por cada episodio de ENI). Estas cepas procedían de hemocultivo (88,0%), líquido cefalorraquídeo (5,7%), líquido pleural (4,0%) y de otras muestras normalmente estériles (2,3%). Seis serotipos incluyeron el 56,7% de los aislamientos: 1 (14,2%), 19A (13,6%), 7F (10,7%), 3 (8,4%), 8 (6,4%) y 5 (5,4%). 527 cepas correspondieron a pacientes  $< 15$  años. En este grupo de edad cuatro serotipos incluyeron el 71,7% de las cepas: 1 (27,3%), 19A (23,5%), 5 (11,2%) y 7F (9,7%). En  $> 60$  años se estudiaron 644 cepas. En estos pacientes los serotipos más frecuentes fueron 3 (14,9%), 19A (12,7%), 7F (7,1%), 14 (6,5%) y 1 (5,0%). El porcentaje de cepas no sensibles a penicilina según el criterio del CLSI de 2007 fue 23,5%. Los serotipos 19A y 14 supusieron el 45,7 y el 12,1% de estas cepas no sensibles a penicilina según el criterio CLSI de 2007. El porcentaje de cepas no sensibles a penicilina según el nuevo criterio del CLSI de 2008 fue sólo del 1,0%. Los serotipos 14 y 19A supusieron el 55,0 y el 30,0% de estas cepas. El porcentaje de resistencia a eritromicina fue del 25,4%. Los serotipos 19A y 8 representaron el 42,5 y el 13,5% de estas cepas. El 3,5% de las cepas fue resistente a levofloxacina. El serotipo 8 comprendió el 74,6% de estas cepas.

**Conclusiones:** Los serotipos más frecuentes causantes de ENI en la Comunidad de Madrid (serotipos 1, 19A, 7F, 3 y 5) fueron serotipos incluidos en la VNC13V pero no en la VNC7V. El serotipo más frecuente entre las cepas no cubiertas por vacunas conjugadas fue el 8. Los patrones de sensibilidad antibiótica dependen de la distribución de seroti-

pos y, por tanto, en nuestra Comunidad se han visto influidos por la vacunación con VNC7V.

### 730. TUBERCULOSIS, ¿UN PROBLEMA RESUELTO?

E. Rodríguez Baena, E. Córdoba Deorador, M. García Barquero, M.J. López Limiñama, S. Sánchez Buenosdías

Servicio de Salud Pública Área 1, Dirección General de Atención Primaria, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** Los datos de incidencia de la tuberculosis de los últimos 15 años, tanto en la Comunidad de Madrid como en España y Europa, demuestran una disminución progresiva de la enfermedad. A este hecho contribuyó en gran medida la introducción de anti-retrovirales para el tratamiento de VIH a mediados de los noventa; desde principios de la década siguiente, cambió el patrón epidemiológico de la enfermedad debido al impacto de la emigración, aunque han ido disminuyendo ligeramente año a año las tasas de incidencia. Estos datos pueden estar creando una falsa tranquilidad, considerando la tuberculosis una enfermedad controlada. En este estudio se describen algunas variables que muestran que se debe seguir trabajando para mejorar el control de la enfermedad.

**Métodos:** El área 1 está en la zona sureste de la Comunidad de Madrid, cuenta con una población de 795.000 habitantes y presenta en uno de sus distritos sanitarios (Vallecas) con mayores tasas de incidencia para esta enfermedad. La fuente de este estudio es el Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Se describen los datos de los residentes en el área 1 desde el año 2006 a 2010.

**Resultados:** La incidencia de tuberculosis en el área 1 se ha mantenido desde los años 2006 (19,77 por 100.000 habitantes) al 18,11 en el 2010. La incidencia en menores de 15 años, de tuberculosis pulmonar y de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva, también se mantiene en estos últimos 5 años. Tampoco se aprecian diferencias significativas entre los factores de riesgo. Las variables con peor resultado en 2010 son el número de tratamientos supervisados, que ha pasado del 21,7% en 2006 a sólo un 16% en 2010. La demora diagnóstica también ha empeorado desde el inicio de los síntomas hasta el inicio de tratamiento; en el año 2010 ha aumentado entre todas las formas de presentación (mediana de 57 días), las formas pulmonares (51 días) y las tuberculosis con baciloscopia de esputo positiva (mediana de 60 días); en los años anteriores ha llegado a estar en 33 días para las presentaciones con baciloscopia de esputo positiva.

**Conclusiones:** A pesar de la disminución de la incidencia de tuberculosis, los indicadores de demora diagnóstica y la disminución de los tratamientos supervisados hacen pensar si no nos estamos confiando tanto las autoridades como los profesionales sanitarios y ha llegado del momento de volver a pensar en esta enfermedad como un problema de salud pública y aumentar los esfuerzos para su control.

### 747. SERRATIA ODORÍFERA 1 COMO CAUSA DE MENINGOENCEFALITIS

M.A. Fernández<sup>a</sup>, M.V. García Palacios<sup>a</sup>, M. Rodríguez Iglesias<sup>b</sup>, G.J. Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; <sup>b</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

**Antecedentes/Objetivos:** Describir un caso de meningoencefalitis nosocomial por *Serratia* odorífera 1, así como la localización hospitalaria y comunitaria más frecuente del aislamiento de estos microorganismos.

**Métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica de la evidencia científica disponible acerca de la *Serratia* odorífera como causa de infección, a propósito de un paciente que ingresa con diagnóstico de meningoencefalitis por este microorganismo y un antecedente neuroquirúrgico en los 13 días previos. Se realizó búsqueda retrospectiva de casos de infección por *Serratia* odorífera en aislamientos comunitarios y hospitalarios durante los últimos 5 años (2005-2010) mediante consulta con el servicio de microbiología de nuestro hospital.

**Resultados:** Varón de 54 años con antecedentes de obesidad, hipertensión, dislipemia y EPOC, que ingresa con clínica neurológica (hemiparesia izquierda, somnolencia e incontinencia urinaria) y aumento de su disnea habitual. Se encuentra intervenido de un glioblastoma, con ingreso en UCI, ventilación mecánica y tratamiento con corticoides vía oral. El cultivo de LCR obtenido por punción lumbar, a pesar de la localización de presentar perfil vírico, resultó positivo para *Serratia* odorífera 1. En los últimos 5 años, sólo se aislaron en el servicio de microbiología 10 casos de infección por *Serratia* odorífera, estando asociada a ingreso hospitalario en 3 de ellos. En todos los casos comunitarios la localización de la infección fue la urinaria. Cuando fue causa de infección nosocomial, sólo el caso referido se trataba de una infección en LCR, aislándose en los otros dos casos en aspirado traqueal y herida quirúrgica.

**Conclusiones:** La *Serratia* odorífera raramente se asocia a enfermedad invasiva aislándose en líquidos biológicos estériles, y por ello difícilmente es tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de una meningoencefalitis nosocomial. No obstante, este microorganismo adquiere mayor importancia en pacientes hospitalizados y/o inmunodeprimidos, con enfermedades predisponentes y técnicas diagnóstico-terapéuticas agresivas, transmitiéndose a través de sistemas de infusión contaminados, respiradores o heridas quirúrgicas. Dado que la principal vía de transmisión descrita es a través de las manos del personal sanitario, una importante parte de su prevención a través de una correcta higiene de manos es común al de otras infecciones hospitalarias.

### 820. PRONÓSTICO DE LOS CASOS HOSPITALIZADOS DE GRIPE H1N1 EN ESPAÑA

M. Delgado, J. Castilla, P. Godoy, V. Martín, J.M. Mayoral, N. Soldevila, M. Sáez, J. Alonso, S. Tamames, R. Cantón, A. Castro, J.M. Quintana, G. Astray, M. Baricot, F. González, A. Domínguez, Grupo de Trabajo del Estudio de Casos y Controles de Gripe Pandémica

CIBERESP.

**Antecedentes/Objetivos:** Hay estudios que indican que la gripe pandémica H1N1 se asoció con una mayor gravedad y otros que no. Hay información que sugiere que el uso de inhibidores de la neuraminidasa (IN) usados precozmente disminuye el riesgo de complicaciones. Ese es el objetivo del presente estudio.

**Métodos:** Los pacientes ingresados en 36 hospitales españoles de 7 CC.AA. entre noviembre de 2009 y febrero de 2010 se reclutaron, siempre y cuando aceptaran participar. Los pacientes tenían gripe confirmada por PCR. A los casos se les entrevistó para documentar el uso de tratamiento antiviral antes del ingreso, la preexistencia de vacunación, factores de riesgo (comorbilidades, tabaquismo, enolismo). Se recogió información durante la estancia hospitalaria del tratamiento recibido. El efecto a valorar fue el ingreso en la UCI o la muerte durante la estancia, dado el escaso número de muertes. En el análisis estadístico se utilizó el RR y su IC 95%. Como análisis multivariable se aplicó la regresión logística. También se valoró la estancia hospitalaria. Mediante un modelo de Cox se identificaron las principales variables que afectaban a la estancia. Después, mediante un análisis de covarianza se calcularon las estancias ajustadas de esas variables.

**Resultados:** La muestra fue de 813 pacientes. Durante la hospitalización 79 fueron ingresados y 10 fallecieron. Sólo el 29,8% de los pacientes no tenía factores de riesgo y el 46,3% tenía dos o más. El uso de IN fue verificado en el 60,9% (menos dos todos usaron oseltamivir). En los modelos multivariantes, los predictores significativos de un resultado adverso fueron el uso de IN (OR = 0,57, IC 95%, 0,34-0,94) (antes de las 48 horas de inicio porque después no), diabetes (OR = 2,21, IC 95%, 1,21-4,02), tratamiento con corticosteroides (OR = 3,37, IC 95%, 1,39-8,20) y el uso de antiH2 (OR = 2,68, IC 95%, 1,14-6,36). En el análisis de la estancia hospitalaria, el tratamiento con IN antes de las 48 h (antes del ingreso) de inicio redujo la estancia en 1,9 días, mientras que en el tratamiento tras las 48 h lo aumentó en 2,2 d ( $p < 0,001$ ). Otros factores que contribuyeron al aumento de estancia fueron tener EPOC, tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, neumonía al ingreso, enfermedad cardiovascular y deterioro neurológico.

**Conclusiones:** El tratamiento precoz con IN reduce el mal pronóstico de los casos de gripe durante la hospitalización.

#### 842. CASOS DE GRIPE A (H1N1) EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DURANTE EL PERÍODO 2010-2011

L. Carreño, O. Ayala, N. García-Arenzana, A. Mariano

*Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos (HCSC), Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** El análisis de los casos de gripe pandémica por el virus de la gripe A (H1N1) es necesario para identificar grupos de población vulnerables y adecuar las políticas de prevención y control. **Objetivo:** Se describen las características clínicas y sociodemográficas en los casos de infección por virus pandémico de gripe A (H1N1) en el Hospital Clínico San Carlos entre el 18 de diciembre de 2010 y el 4 de marzo de 2011, tanto de los casos ingresados como aquellos que no precisaron ingreso hospitalario.

**Métodos:** Estudio descriptivo de una serie de casos. La recogida de la información fue mediante entrevista personal y revisión de historias clínicas. Se define como infección por gripe A (H1N1) la confirmación del virus mediante prueba positiva de la PCR.

**Resultados:** Del total (38) de los casos de gripe A (H1N1) confirmados microbiológicamente en nuestro hospital, precisó ingreso hospitalario un 68,4% (26) y no lo hizo un 31,6% (12). De los no ingresados, fueron hombres el 50% al igual que mujeres, con una edad media de 57,3 (15,1) años. El 33,3% de los pacientes presentaba uno o más factores de riesgo intrínsecos. Recibió vacunación frente a la gripe en 2010 un 33,3%. En cuanto a los casos ingresados, el 42,3% fueron hombres y el 57,7% mujeres. La edad media en años fue de 54,4 (16,8). El 88,5% tenía uno o más factores de riesgo; los principales factores de riesgo fueron tabaco 42,3%, inmunodeficiencia 26,9%, obesidad 23,1%, enfermedad pulmonar (asma, EPOC y otras enfermedades respiratorias crónicas) 19,2% y diabetes mellitus (u otras enfermedades metabólicas) 19,2%. Preciso ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) el 46,2%, cuya estancia media fue de 21 (13,5-27,2) días, cifra superior a los no ingresados en UCI, que fue de 13,5 (7,7-25) días. En cuanto a las complicaciones que estos pacientes desarrollaron, las principales fueron: neumonía 42,3%, SDRA 29,2% y sepsis 15%. Con respecto al tratamiento recibido, el 100% de los casos de gripe A H1N1 fue tratado con tratamiento antirretroviral para el virus de la gripe A (H1N1) en nuestro hospital. El 15,4% habían sido vacunados previamente frente a la gripe pandémica A (H1N1). Del total de casos ingresados, el 84,6% se recuperó positivamente y fue dado de alta, mientras que se produjeron 4 exitus, todos ellos con pluripatología previa.

**Conclusiones:** La caracterización de los casos graves de gripe pandémica ha sido clave para identificar factores de riesgo para sufrir complicaciones y muerte por este virus en personas adultas.

#### 1007. PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN POBLACIÓN ESPAÑOLA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

D. Seoane-Mato<sup>a</sup>, E. García-Esquinas<sup>bc</sup>, B. Pérez-Gómez<sup>bc</sup>, B. Romero<sup>cd</sup>, R. del Campo<sup>cd</sup>, N. Aragonés<sup>bc</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Medicina Preventiva, CHOU; <sup>b</sup>Epidemiología Ambiental y Cáncer, CNE, ISCIII; <sup>c</sup>CIBERESP; <sup>d</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La infección por *Helicobacter pylori* es una de las infecciones bacterianas crónicas más frecuentes en el mundo, habiéndose estimado que este microorganismo está implicado en aproximadamente el 63,4% de los cánceres gástricos (CG). El objetivo de este trabajo es revisar la información disponible sobre prevalencia de *H. pylori* y sus características en población general española.

**Métodos:** Se ha realizado una búsqueda sistemática de estudios publicados sobre prevalencia de HP en el territorio español hasta diciembre de 2010, a través de las bases bibliográficas Pubmed e IBECs, excluyéndose aquellos artículos que no han sido realizados en población general. La revisión de los trabajos incluidos se ha hecho con un formulario estándar, recogiendo información sobre el diseño del estudio, población origen y tamaño muestral, prueba diagnóstica, prevalencia de infección y factores asociados.

**Resultados:** Del total de estudios encontrados, 43 cumplen criterios para ser incluidos. No existen datos de prevalencia representativos de España en su conjunto. La interpretación y comparabilidad de los resultados de los estudios analizados queda limitada por la disparidad en el diseño, metodología empleada y forma de presentación de los resultados, así como por la existencia de amplios territorios para los que no existe información disponible. Las cifras de prevalencia publicadas muestran un patrón de intermedio respecto al de otros países desarrollados y en desarrollo. La prevalencia aumenta con la edad hasta la quinta década de la vida, con un descenso posterior, que se ha atribuido al desarrollo de gastritis atrófica tras infecciones crónicas o a fenómenos de inmunosenescencia. Se observa una disminución de la prevalencia en estudios más recientes, atribuible a la mejora de las condiciones socioeconómicas y al uso generalizado de antibióticos. Parece observarse cierta relación entre las tasas de prevalencia de infección y las de mortalidad por CG, con un gradiente costa-interior y norte-sur, aunque este patrón no se da en todos los territorios estudiados.

**Conclusiones:** Dada la implicación de *H. pylori* en el cáncer gástrico y otras importantes patologías, es conveniente la realización de más estudios, con una metodología homogénea, que permitan obtener datos de prevalencia de infección representativos del conjunto del país.

#### 1059. PERFIL DE LOS INYECTORES DE DROGAS QUE MANTIENEN CONDUCTAS DE RIESGO EN CATALUÑA

C. Folch<sup>a</sup>, J. Casabona<sup>a</sup>, M.T. Brugal<sup>b</sup>, X. Majó<sup>c</sup>, M. Meroño<sup>d</sup>, A. Espelt<sup>b</sup>, V. González<sup>a,e</sup>, Grupo REDAN

*<sup>a</sup>CEEISCAT; <sup>b</sup>ASPB; <sup>c</sup>Subdirecció General de Drogodependències; <sup>d</sup>Àmbit Prevenció; <sup>e</sup>Servicio de Microbiología, HUGTiP.*

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de las prácticas de riesgo directas e indirectas relacionadas con la inyección e identificar los factores asociados en usuarios de droga por vía parenteral (UDVP) en Cataluña.

**Métodos:** Estudio transversal realizado entre 2008 y 2009 en centros de reducción de daños. Se seleccionó una muestra de conveniencia de 748 inyectores, estratificando por tipo de centro y por país de origen. La información conductual se recogió mediante un cuestionario anónimo administrado por entrevistadores previamente formados. Muestras de fluido oral fueron recogidas para determinar prevalencia de infección por el VIH y el VHC, respectivamente. Para identificar las

variables asociadas a las prácticas de riesgo directas (compartir jeringas) e indirectas (compartir otro material), se realizaron modelos de regresión logística univariantes y multivariantes.

**Resultados:** De los 748 entrevistados, la edad media fue de 36,4 años (DE: 7,5), un 17,8% eran mujeres y un 41,3% inmigrantes. La prevalencia del VIH y del VHC fue de 34,5 y 74,9%, respectivamente. El 31,5% compartió jeringas usadas en los últimos 6 meses y el 54,0% compartió otro material para la inyección de drogas. Los UDVP que se inyectan diariamente (OR = 1,55; IC 95%, 1,08-2,22), se inyectan cocaína (OR = 1,59; IC 95%, 1,04-2,45), tienen un menor acceso a jeringas gratuitas (OR = 2,5; IC 95%, 1,35-4,64 < mitad a ninguna), tienen una pareja sexual UDVP (OR = 1,82; IC 95%, 1,17-2,84) y comparten indirectamente (OR = 3,89; IC 95%, 2,64-5,72) presentaron una mayor probabilidad de haber compartido jeringas usadas. Por otro lado, tener una fuente de ingresos ilegal (OR = 1,5; IC 95%, 1,07-2,09), inyectarse diariamente (OR = 1,52; IC 95%, 1,09-2,12), inyectarse cocaína (OR = 1,42; IC 95%, 0,99-2,04), haber compartido jeringas (OR = 3,5; IC 95%, 2,41-5,08), tener una pareja estable UDVP (OR = 1,57; IC 95%, 1,01-2,43) y haber tenido alguna sobredosis en la vida (OR = 1,48; IC 95%, 1,07-2,05) fueron factores asociados a compartir de forma indirecta.

**Conclusiones:** A pesar de la generalización de los programas de reducción de daños, en Cataluña se mantiene un porcentaje de UDVP que realizan conductas de riesgo relacionadas con la inyección. Es importante no solo mantener los programas de reducción de daños que existen actualmente, sino intensificarlos con el fin de mejorar el acceso a todo el material estéril de inyección. Será necesario prestar especial atención a los inyectores de cocaína, que se inyectan con una mayor frecuencia, así como incluir a las parejas sexuales UDVP en estas intervenciones preventivas a desarrollar.