

sentado algún síntoma general o respiratorio en un rango de ± 7 días con respecto a la aparición de los síntomas en el caso confirmado.

Resultados: De los 252 domicilios que cumplen los criterios de inclusión, se pudo contactar con 233 (92%) y todos aceptaron participar en el estudio. De los 668 convivientes de casos índice, 188 personas habían presentado uno o más síntomas de gripe (28%) y 166 cumplieron los criterios de síndrome gripal (25%). De estos 166 casos sólo 107 habían consultado al médico de primaria (64%, intervalo de confianza [IC] del 95%, 57-72%). El porcentaje de personas que acudieron al médico fue menor entre adultos y adolescentes (53%) que en los niños menores de 15 años (74%; $p = 0,006$). También fue menor en los casos secundarios a un caso anterior del domicilio (58%) que en el caso primario (78%; $p = 0,01$). No se detectaron diferencias por sexo, residencia rural o urbana, país de origen, vacunación de gripe estacional, tabaquismo o presencia de una enfermedad crónica. En el análisis de regresión logística, el haber consultado al médico fue más frecuente en niños que en adolescentes y adultos (OR ajustado = 2,2; IC 95%, 1,1-4,3; $p = 0,019$) y en los casos primarios de cada domicilio que en los casos secundarios (OR ajustado = 2,2; IC 95%, 1,0-4,8; $p = 0,038$).

Conclusiones: Aproximadamente un tercio de las personas con síndrome gripal no consultaron al médico, situación aún más frecuente en los adultos o cuando ya había habido otro caso en el domicilio. Estos casos no se tienen en cuenta en la información epidemiológica, pero son parte de la carga de la enfermedad y pueden participar en la difusión de la misma. No conllevan carga asistencial, pero probablemente conllevan pérdida de días de actividad laboral/escolar y uso de medicamentos.

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

402. ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS PREVENTIVOS FRENTE A LA GRIPE DURANTE LA PANDEMIA DE GRIPE A Y 1 AÑO DESPUÉS

X. García-Contiente^{a,b}, M.J. López^{a,b,c}, A. Pérez^{a,b,c}, F. Agüero^d, M. Nebot^{a,b,c,d,e}

^aCIBERESP; ^bAgència de Salut Pública de Barcelona; ^cIIB Sant Pau;

^dUnidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública ASPB-Hospital del Mar-UPF-PAMEM; ^eUPF, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La epidemia gripal del invierno 2009-2010, causada por el virus H1N1 de tipo A, fue excepcionalmente leve, aunque vino precedida de una gran alarma social debido a las incertidumbres existentes en relación a los grupos de riesgo y a la gravedad, eficacia y seguridad de la vacuna. El objetivo de este estudio es describir las actitudes y comportamientos preventivos frente a la gripe en la población general española durante el invierno epidémico y 1 año después.

Métodos: Entre diciembre de 2009 y febrero de 2010 se realizó en dos oleadas una encuesta telefónica a una muestra aleatoria de teléfonos fijos estratificada por comunidad autónoma y tamaño de municipio, con cuotas por edad y sexo. Se utilizó la metodología CATI con un cuestionario estructurado de 15 minutos de duración. Se incluyeron preguntas sobre comportamientos preventivos, conocimientos y percepciones acerca de la gripe A. En febrero de 2011 se repitió la encuesta en una tercera oleada siguiendo el mismo procedimiento que en las encuestas anteriores.

Resultados: En las 3 oleadas se obtuvieron 2.427 respuestas válidas (800, 827 y 800, respectivamente) con una tasa global de respuesta del 33%. No se encontraron diferencias significativas entre las oleadas en ninguna de las variables sociodemográficas analizadas. Entre el invierno 2009-2010 y el 2010-2011 las medidas preventivas recomendadas por el Ministerio de Sanidad durante la epidemia de gripe A (lavarse las

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Viernes 7 de octubre de 2011. 9:00 a 10:30 h

Aula Magna – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: Vicente Domínguez

265. ESTIMACIÓN DE LA PROPORCIÓN DE CASOS DE GRIPE A(H1N1) 2009 QUE CONSULTARON AL MÉDICO

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

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

Antecedentes/Objetivos: Habitualmente no todos los casos de gripe consultan al médico. El objetivo de este estudio fue estimar qué proporción del total de casos de gripe consultaron al médico durante la temporada pandémica 2009-2010, y describir las características que diferencian a los que consultaron y a los que no.

Métodos: Mediante encuesta telefónica se obtuvo información de los convivientes domiciliarios de casos de gripe A(H1N1) 2009 confirmados por laboratorio en Navarra entre octubre y noviembre de 2009. Para cada uno se recogieron variables sociodemográficas, la presencia de síntomas y si habían acudido al médico. En el análisis se incluyó a todos los residentes del domicilio que habían pre-

manos con frecuencia y taparse la nariz y la boca al toser o estornudar) disminuyeron del 41 al 15,6%, y del 61,1 al 34,3%, respectivamente ($p < 0,05$). En este mismo período la búsqueda o demanda de información sobre la gripe a un profesional sanitario disminuyó del 26,4 al 4,1%, mientras que la búsqueda de información en internet pasó del 12,6 al 5%. Con respecto a las creencias sobre la vacuna, la proporción de la población que cree que la vacuna de la gripe A es eficaz pasa del 33,9 al 68,1%, y la proporción que cree que la vacuna es segura pasa del 32,6 al 64% ($p < 0,05$).

Conclusiones: Un año después de la epidemia ha aumentado la confianza en la vacuna de la gripe y ha disminuido la adopción de medidas de prevención con respecto a su transmisión. Internet se consolida como la principal fuente de información sobre la gripe. La gestión de las alarmas de salud y la comunicación del riesgo deben adaptarse a las percepciones de la población y a las nuevas formas de comunicación.

687. EFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA PREVENIR CASOS DE GRIPE QUE REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN

P. Godoy, J.M. Mayoral, J. Astray, J. Castilla, N. Soldevila, A. Domínguez, Grupo de Trabajo del Proyecto CIBERESP de Casos y Controles sobre la Gripe Pandémica

Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La pandemia de gripe ha permitido investigar sobre medidas no farmacológicas para aminorar la transmisión. El objetivo del estudio fue investigar la efectividad de las medidas no farmacológicas para prevenir casos de gripe A (H1N1)2009 que requieren hospitalización.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico de casos y controles en 36 hospitales de 7 comunidades autónomas. Se reclutaron los casos que ingresaron confirmados por RT-PCR con sus correspondientes controles. Se seleccionaron dos controles hospitalarios y uno ambulatorio emparejados por edad, fecha de hospitalización y provincia de residencia. Se recogieron variables demográficas, condiciones médicas preexistentes y uso de medidas no farmacológicas los 7 días anteriores al inicio de síntomas (frecuencia de lavado de manos, uso de soluciones hidroalcohólicas, lavado de manos después de tocar superficies contaminadas y uso de mascarilla). La asociación con la hospitalización por gripe se determinó con la *odds ratio* ajustada (ORA) mediante un modelo de regresión logístico condicional.

Resultados: Se estudiaron 813 casos hospitalizados por gripe y 2.274 controles. Los casos presentaron una edad media de 38,5 años (DE: 22,7), el 50,4% fueron mujeres y presentaron en general una proporción superior de factores y condiciones médicas de riesgo para la gripe. Respecto a los controles, los casos declararon una frecuencia inferior de lavado de manos de 5 a 10 veces/día (36,3 versus 38,7%) y más de 10 veces/día (23,0 versus 28,6%), de uso de soluciones hidroalcohólicas (29,5 versus 32,9%) y de lavado después de tocar superficies contaminadas (75,4 versus 82,1%). Por el contrario, los casos declararon un mayor uso de mascarilla (24,7 versus 14,4%). En el análisis multivariante la mayor frecuencia del lavado de manos y el lavado de manos después de contactar con superficies contaminadas se comportaron como factores protectores de la hospitalización por gripe. Además, presentaron dosis-respuesta ($p < 0,001$).

Conclusiones: Se debe recomendar el lavado de manos al menos 5 veces al día y mejor más de 10 veces para prevenir casos de gripe que precisan hospitalización. No se ha observado efectividad del uso de la mascarilla.

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

833. ¿POR QUÉ SIGUE LA ENDEMIAS TUBERCULOSA (TB) EN ESPAÑA?

M. Moreno Gómez, H. Iglesias de Sena, M. Alonso Sardón, J.A. Mirón Canelo

Beca de la Junta de Castilla y León a Doctoranda.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo general de este trabajo de salud pública fue analizar el proceso asistencial en TB.

Métodos: Se realizaron dos estudios analíticos, uno retrospectivo (321 pacientes, 2003-2008) y otro prospectivo (108 pacientes en 2009). Se consideró caso todo paciente que cumple los criterios de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica: signos y síntomas compatibles con TB y prescripción de antituberculosos. La información se obtuvo de la historia clínica (HC) con protocolo clínico y epidemiológico. Los resultados del tratamiento se evaluaron, según recomendaciones OMS/UICTER (Unión Internacional contra la TB y enfermedades respiratorias) y EuroTB, en tres categorías: resultado satisfactorio (RS), resultado potencialmente insatisfactorio (RPI) y fallecimiento.

Resultados: Estudio retrospectivo: el 29,0% (93/321) presentaba algún factor social de riesgo; el 19,3% (62/321) coinfectado por VIH, el 7,5% (24/321) era UDVP y el 6,9% (22/321), alcohólico. El RS fue del 39,6% (IC 95%, 39,6 ± 5) y el RPI del 52,3% (IC 95%, 52,3 ± 9) por la falta de información de la HC. Se recomendó estudio de contactos (EC) en 59 pacientes (18,4%) y quimioprofilaxis (QP) en 49 pacientes (15,3%). La tasa de resistencias fue del 33% (61/185) y son primarias en 54 (16,8%). Se observaron bacilos resistentes a fármacos de primera línea en 15 pacientes. Estudio prospectivo: se constató un 55,6% (IC 95%, 55,6 ± 9) de RS y un 40,7% (IC 95%, 40,7 ± 9) de RPI. Dentro de éstos, las pérdidas se asocian a factor social de riesgo ($p = 0,002$; OR = 3,933) y a hábito alcohólico activo ($p = 0,042$; OR = 3,750) y sus variables predictoras, según regresión logística, son condiciones institucionales ($p = 0,001$; OR = 4,3) y positividad a VIH ($p = 0,000$; OR = 3,4). El incumplimiento terapéutico por cumplimiento autocumplimentado fue del 14% y por test de Morinsky-Green el 25,9%. Se recomendó EC en 5 de 27 (18,5%) y no se aplicó QP en 21. La tasa de resistencias fue del 37,3% (22/59) y son primarias en 16. En 11 pacientes en antituberculosos de primera línea. Las tasas de RS son bajas en ambos estudios por las pérdidas en el seguimiento y son peores en pacientes con VIH, UDVP y reclusos.

Conclusiones: La persistencia de casos de TB se debe a tres factores: 1) falta de actitudes y aplicación de medidas preventivas (vigilancia epidemiológica pasiva y falta de medidas de quimioprofilaxis); 2) control y seguimiento inadecuado del tratamiento, sobre todo en pacientes con VIH, UDVP y reclusos, donde se debería realizar tratamiento directamente observado e incluso plantearse la aplicación de medidas judiciales, y 3) aumento de las resistencias al tratamiento.

847. FACTORES ASOCIADOS A LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES INFECTADOS POR VIRUS DE GRIPE PANDÉMICA H1N1

F. González-Candelas, J. Alonso, J. Astray, A. Castro, R. Cantón, J.C. Galán, O. Garín, M. Sáez, N. Soldevila, M. Baricot, A. Domínguez, Grupo de Trabajo del Proyecto CIBERESP de Casos y Controles sobre Gripe Pandémica

CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Estudiar los factores clínicos y demográficos asociados al ingreso hospitalario de personas infectadas por el virus de la gripe pandémica en España durante la temporada 2009-2010.

Métodos: Estudio multicéntrico de casos y controles en 36 hospitales y centros de atención primaria de 7 comunidades autónomas (Andalucía, Castilla-León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid, Navarra y País Vasco). Los casos se definieron como pacientes hospitalizados

durante al menos 24 horas y con infección con virus pandémico H1N1 confirmada por PCR. Se excluyeron infecciones nosocomiales. Los controles se emparejaron por edad (± 3 años), residencia y fecha de ingreso (± 10 días) con los casos hospitalizados. Se compararon las variables mediante chi-cuadrado de Pearson o test t de Student en los análisis univariantes y se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística condicional incluyendo las variables significativas en el análisis univariante previo.

Resultados: Se compararon 699 casos hospitalizados con 703 controles ambulatorios, con fechas de ingreso entre 10/7/2009 y 10/2/2010, ingresando un 55% de los casos con posterioridad al inicio de la campaña de vacunación (16/11/2009). En los análisis univariantes aparecían diferencias significativas entre casos y controles para la mayoría de variables consideradas, destacando por no encontrarse diferencias la condición de fumador, el alcoholismo, las patologías renales y el trasplante. Aunque detectamos un ligero efecto del sexo ($p = 0,03$), con menor proporción de mujeres hospitalizadas, el embarazo no apareció asociado a la hospitalización. En el análisis multivariante se observó una reducción del número de variables significativas y el nivel de las mismas. Entre las variables no clínicas se mantuvo una significación marginal para dos grupos étnicos (gitanos y amerindios), así como para el nivel educativo. Entre las condiciones clínicas, los factores más fuertemente asociados con la hospitalización fueron la obesidad (OR = 14,27), la neoplasia hematológica (OR = 10,71), enfermedad coronaria crónica (OR = 6,1) y EPOC (OR = 5,16), todas con $p < 0,01$. La mayoría de variables clínicas presentaron una significación marginal ($0,05 > p > 0,01$). El embarazo no apareció como factor de riesgo (OR = 1,12 [0,52-2,44]; $p = 0,77$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos permiten definir con más precisión el perfil clínico de los pacientes infectados por gripe pandémica que pueden necesitar ser hospitalizados. Es necesario indagar con más profundidad el efecto del embarazo sobre la hospitalización.

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

880. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DE ESPAÑA A LOS REQUERIMIENTOS DE VIGILANCIA EUROPEA

G. Hernández^{a,b}, L. Martín^a, L. Herrera^{a,b}, E.V. Martínez^{a,b}, I. Martínez^{a,b}, C. Varela^{a,b}, S. Villarrubia^a

^aISCIII, Centro Nacional de Epidemiología; ^bCIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El Sistema de Vigilancia Europeo (TESSy) se puso en marcha tras la creación del Centro Europeo de Enfermedades (ECDC) en 2005. España está participando en este sistema y enviando la información requerida disponible de cada caso individualizado declarado, previamente consensuada entre los países de la Unión Europea (UE) y el ECDC. El TESSy ha ido integrando las redes específicas de enfermedades anteriormente existentes y el proceso está actualmente casi completado. El objetivo de este trabajo es valorar la capacidad de España de responder a los requerimientos de vigilancia consensuados a nivel europeo.

Métodos: Se parte de las especificaciones actuales requeridas por TESSy para todas las enfermedades sujetas a vigilancia en la UE y se aplica a los datos de vigilancia disponibles en España en 2010, seleccionando las enfermedades con declaración individualizada y descartando para el estudio una enfermedad con declaración agregada y la declaración de problemas de salud. Se establece una categorización de las variables en propias de la declaración, clínico-epidemiológicas y de laboratorio. Se efectúa un estudio descriptivo de la valoración de la respuesta de España.

Resultados: Se obtienen resultados de las 50 enfermedades sujetas a declaración en la UE, de las que España notifica 48. Los datos reque-

ridos para las 47 enfermedades declaradas individualmente suponen un total de 165 variables y 19.876 códigos. Las variables se clasifican en propias de la declaración, que suponen un 8,5%, clínico-epidemiológicas un 47,9% y de laboratorio un 43,6%. Se observa una capacidad de respuesta desde España cercana al 100% en variables propias de la declaración; en las clínico-epidemiológicas hay mucha variabilidad dependiendo de la enfermedad de que se trate, y respecto a las de laboratorio la respuesta cubre muy parcialmente los requerimientos y no es posible aprovechar e integrar los datos del laboratorio de referencia con la notificación principal, aunque se notifican de forma complementaria.

Conclusiones: La cantidad de variables y códigos hace imprescindible una férrea estandarización para ser operativos. España da una respuesta adecuada respecto a las enfermedades solicitadas, a las variables propias de la declaración, pero se queda corta en la declaración de variables epidemiológicas, clínicas y de laboratorio. La dificultad de integrar los datos de laboratorio de referencia disminuye drásticamente la eficiencia del resultado. Es necesario alcanzar acuerdos estables con CCAA para conseguir una mejor vigilancia en España y una mayor capacidad de respuesta a Europa.