

866. CVRCALC: UNA CALCULADORA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M.T. Seoane Pillado, M.A. Rodríguez Muñíos, S. Pita Fernández, X. Hervada Vidal, S. Pértega Díaz, B. López Calviño

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Servizo Galego de Saúde; Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.

Antecedentes/Objetivos: Existe un gran interés en desarrollar modelos de predicción del riesgo cardiovascular que nos permitan tomar medidas a nivel de prevención primaria. Disponemos de herramientas de software que nos permiten calcular de forma automática este riesgo en función de alguno de los modelos establecidos. Este tipo de programas (denominados comúnmente “calculadoras de riesgo cardiovascular”) normalmente se basan en unas tablas de predicción del riesgo que presentan estimaciones aproximadas del riesgo de enfermedad cardiovascular. El problema se presenta cuando queremos hacer una evaluación de un conjunto de individuos recogidos previamente en una base de datos puesto que este tipo de herramientas sólo nos permite realizar estos cálculos individualmente e introduciendo manualmente los datos solicitados para cada uno de los casos a evaluar.

Métodos: CVRCALC es un programa desarrollado en R que nos permite estimar el riesgo cardiovascular de una base de datos de individuos aplicando los algoritmos de diversos modelos. El proyecto está alojado en la Forja de R (<http://r-forge.r-project.org/projects/cvrcalc/>) y disponible bajo licencia GNU/GPL. Existen dos formas para instalar el paquete CVRCALC en R: 1.- Descargar el fichero http://r-forge.r-project.org/R/?group_id=1731 y proceder a su instalación desde un fichero ZIP. 2.- Ejecutar la siguiente orden desde la ventana de comandos de R: > install.packages("cvrcalc", repos = "http://R-Forge.R-project.org").

Resultados: En R, cargamos CVRCALC: > require(cvrcalc) y llamamos a su entorno gráfico: > cvrcalc_gui(). Desde la ventana principal, debemos suministrarle un fichero Excel en el que hemos recogido, para cada individuo, las variables sexo, edad, colesterol, hdl, tas, tad, fuma, diabetes e hipertrofia. Además de esto, seleccionaremos el modelo que deseamos aplicar: Framingham Clásico, Framingham-Wilson, Regicor, Dorica, Score de riesgo alto o Score de riesgo bajo. El resultado obtenido es una nueva columna en el propio fichero Excel suministrado, con los resultados de la estimación de riesgo cardiovascular para cada uno de los individuos de la base.

Conclusiones: CVRCALC es una calculadora de riesgo cardiovascular que permite cargar una base de datos, seleccionar el modelo que deseamos aplicar y que nos permite calcular, en un solo paso, el riesgo cardiovascular para cada uno de los registros de dicha base y almacenar los resultados en la misma.

250. ¿CÓMO AFRONTAN EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD RARA LOS PADRES Y MADRES DE NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS?

L. Páramo Rodríguez, C. Cavero Carbonell, S. Gimeno Martos, J. Arísti Hernández, J. Carrión López, M. Maravall Llagaria, R. Mas Pons, O. Zurriaga, C. Barona Vilar

Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana; Consorcio Hospital General Universitario de Valencia; Dirección General de Salud Pública; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Las experiencias diferenciales en función del sexo son esenciales para aplicar la perspectiva de género en salud. El objetivo fue explorar las vivencias y expectativas de madres y padres con menores afectados de anomalías congénitas cardíacas

(ACC) en relación con la atención sanitaria recibida tras el diagnóstico y durante el primer año de vida.

Métodos: Con metodología cualitativa, se realizaron 4 grupos de discusión (GD) durante 2012-2013 en la Comunitat Valenciana (CV). Participaron 15 madres en 3 GD y 5 padres en el 4º GD, con hijos nacidos entre 2007-2012. Los criterios de selección fueron; tener un hijo en dicho período con una ACC y no padecer síndromes complejos asociados. La captación se realizó a través de informantes clave en diversos hospitales públicos, y por efecto de bola de nieve entre los participantes. Se exploraron las siguientes dimensiones: atención recibida, necesidades no cubiertas y redes de apoyo. La información se grabó en audio y/o vídeo y fue transcrita para realizar un análisis del contenido del discurso.

Resultados: Madres y padres afrontan de forma diferente el diagnóstico de ACC en el hijo. Las mujeres expresan mayor vinculación afectiva con el recién nacido, con sentimientos ambivalentes de miedo a la muerte del hijo/a y de angustia y culpabilidad por su posible responsabilidad en la causa de la enfermedad durante el embarazo. Necesitan información técnica del profesional sanitario para justificarlo. Los hombres inicialmente son acompañantes, mostrándose distantes hasta el momento de la intervención quirúrgica, que les vuelve conscientes de la gravedad del problema. Focalizan su atención en la incertidumbre que genera el desarrollo posterior del niño/a. Ambos declaran la necesidad de recibir apoyo profesional mediante atención psicológica y valoran positivamente el apoyo informal de otros padres con vivencias similares. Declaran una asimetría en el reparto de los cuidados al hijo afectado por ACC, vinculada a los roles de género tradicionales.

Conclusiones: La vivencia de la enfermedad de un hijo/con ACC es diferente para madres y padres, aunque ambos coinciden en la necesidad de recibir mayor apoyo psicológico desde el sistema sanitario en diferentes momentos. Los servicios sanitarios deben promover la atención psicológica integral de las familias como un pilar fundamental para asumir este acontecimiento vital.

Financiación: Proyecto Gent per Gent 34ER.

561. ENFERMEDADES RARAS EN ASTURIAS, 1996-2012

L. Pruneda González, E. García Fernández, M. Margolles Martins

SpainRDR, Oficina de Investigación Biosanitaria, Asturias; Consejería de Sanidad, Asturias.

Antecedentes/Objetivos: El concepto enfermedades raras (ER) engloba a un conjunto heterogéneo de enfermedades de las que se tiene un conocimiento limitado y se desconoce el número de afectados. Debido a la falta de información sobre su magnitud y evolución suponen un reto en términos de salud pública. En 2013, con la finalidad de suplir esta carencia y en línea con los objetivos de la Estrategia Nacional en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud sobre la mejora de la información y de los registros de ER se crea el Sistema de Información de Enfermedades Raras del Principado de Asturias (SIERA) que se encarga del registro de estas enfermedades. Nuestro objetivo es conocer la incidencia de ER en Asturias entre 1996-2012.

Métodos: Estudio descriptivo de cálculo de incidencia global de ER, por aparatos, sexo, grupos etarios y hospitales de diagnóstico. Se utilizó el listado de ER elaborado por SpainRDR a partir de la CIE9MC (excluye infecciosas y tumores raros). Se buscaron casos (934 códigos CIE9MC) con diagnóstico principal o secundario de ER en todas las altas hospitalarias (registro CMBD) de los hospitales asturianos entre 1996-2012 ($1,7 \times 10^6$ altas) y se seleccionaron los casos únicos (excluye los reingresos) según el primer alta con diagnóstico de ER.

Resultados: En Asturias (1.059.588 habitantes) se consideran ER aquellas que padecen menos de 530 personas. Entre 1996-2012 se diagnosticaron un total de 148.397 casos. El conjunto de ER afectó más a la población masculina, 86.626 hombres (< 17% de asturianos,

1.707 casos/10.000 hab.-año). Por edad, la mayor frecuencia absoluta de primeros diagnósticos (39.766 casos) corresponde al grupo de 70-79 años y la mayor tasa ajustada por edad (40.516 casos por 100.000 habitantes) al de 80 y más años. El de menor edad (0-9 años) registra el 10% de diagnósticos (15.477 casos). El hospital con más primeros diagnósticos (43%) fue el hospital de referencia (HUCA) y con menos, los comarcales (de 2.000-4.000 casos). El análisis por aparatos según capítulos de la CIE9MC revela que los defectos congénitos generan más casos (20,3%) seguidos de ER del ap. respiratorio (14,6%), sangre y órganos hematopoyéticos (12,7%), ap. genitourinario (11,3%) y ER endocrinas, metabólicas y trastornos de la inmunidad (11,2%). El promedio de nuevos casos con diagnóstico de ER es de 8.729 al año. Los casos incidentes crecieron un 44% desde 1996 (7.696 casos) a 2012 (11.121 casos). La tasa de incidencia de ER en Asturias en el periodo 1996-2012 es de 14.005 por millón de habitantes-año.

Conclusiones: El registro de casos y este estudio han contribuido a la mejora del conocimiento del número de ER en Asturias, del que se tenían pocos datos y permitirá el desarrollo de políticas sanitarias adecuadas para la gestión de las ER.

Financiación: FIS, expediente IR11/RDR-XX para 2012-2014.

Vigilancia de la salud pública. Legionelosis y registros (Oral 5 minutos)

Miércoles, 3 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Modera: Juan B. Bellido Blasco

149. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA MOLECULAR DE *LEGIONELLA PNEUMOPHILA* EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

F. González-Candelas, L. Sánchez-Buso, M. Coscolla, V. Moya, M. Camaro, J. Fenollar, A. Sánchez-López, B. Beamud, H. Vanaclocha, et al

Universidad de Valencia/FISABIO-Salud Pública; FISABIO-Salud Pública; Swiss Tropical and Public Health Institute; Sanidad Ambiental-DGSP; Laboratorio de Salud Pública-DGSP; CSP Alcoi; DGSP/FISABIO-Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: *Legionella pneumophila* es una bacteria patógena oportunista que causa enfermedad mediante infección desde una fuente estrictamente ambiental vía inhalación de aerosoles. La Comunidad Valenciana (CV) es una de las regiones con más incidencia de casos de legionelosis de España, creando una potencial amenaza tanto para los habitantes de una región como para el sector turístico. La introducción de métodos moleculares, que se complementan los estudios microbiológicos tradicionales, nos ha permitido desarrollar el objetivo planteado en este trabajo, la evaluación genética de la distribución de distintas cepas de *L. pneumophila* en la CV tanto a nivel temporal como espacial.

Métodos: Se analizaron genéticamente 1.275 muestras, tanto clínicas (n = 457) como ambientales (n = 818), recogidas en los años 1998-2013, incluyendo tanto aislados como muestras directas (esputos, aspirados bronco-alveolares o biofilms) procedentes de brotes y casos esporádicos. Tras la extracción del ADN de las muestras, se aplicó el sistema de tipado desarrollado para *L. pneumophila* (Sequence-Based Typing, SBT).

Resultados: De las muestras analizadas, se ha conseguido asignar el perfil alélico completo a 645 muestras, en las cuales se han obte-

nido 105 STs distintos pertenecientes a los distintos serogrupos. Los STs más abundantes han sido ST1 (n = 203), que se ha encontrado distribuido por más de 40 localidades de la CV, y los ST578 (n = 65), ST181 (n = 48) y ST23 (n = 29), con una distribución más localizada en Valencia y Alicante. El ST578 ha sido aislado únicamente de la zona de Alcoy, principalmente durante 13/18 brotes ocurridos entre 1999 y 2010, habiéndose identificado por primera vez el reservorio de la bacteria en el año 2009.

Conclusiones: La epidemiología molecular constituye una herramienta complementaria al análisis microbiológico tradicional de patógenos que, como en el caso de *L. pneumophila*, permite una mayor discriminación entre cepas. Estos resultados nos han permitido un estudio más preciso durante la investigación de brotes, logrando identificar algunos focos, así como también profundizar en la dinámica temporal y espacial de la bacteria en la Comunidad Valenciana, verificando la efectividad de las medidas de control tomadas por las autoridades de Salud Pública.

Financiación: DGSP y MINECO BFU2011-24112.

170. CONTROL Y VIGILANCIA DE LA LEGIONELOSIS EN LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD DE ORIHUELA Y TORREVEJEA

E.B. Hernández Hernández, E. Vicente Martínez, J.F. Sánchez Pérez, M.M. Bernabeu Noguera, C. Carrillo Lobo, J.A. García Navarro, J.G. Cano Montoro

Centro de Salud Pública de Orihuela.

Antecedentes/Objetivos: Los esfuerzos para prevenir la legionelosis (LEG) se centran en evitar las condiciones que favorecen la colonización, multiplicación y dispersión de la *Legionella*. Las medidas preventivas se basan en el diseño y mantenimiento adecuado de las instalaciones que necesitan agua. Con la puesta en marcha del Plan de Prevención y Control de la Legionelosis (PPCL) en la Comunidad Valenciana (CV) se realiza el control oficial de las instalaciones de riesgo (IR) de LEG. Objetivo: describir la situación de los casos LEG en los Departamentos de Salud Orihuela y Torreveja en los últimos cinco años del PPCL.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Población de estudio: casos declarados de LEG en los Departamentos Orihuela y Torreveja desde 2009 a 2013. Fuente de información: Sistema de Información para la Vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (AVE) y Sistema de Información Compartida para el Control de Instalaciones de Riesgo (SICCIR). El análisis de datos se ha realizado con el programa Microsoft Excel®. Calculamos las tasas de incidencia de LEG y analizamos las variables principales incluido el edificio de riesgo y el ámbito de aparición.

Resultados: Se han estudiado 47 casos: 2009 (13), 2010 (4), 2011 (9), 2012 (13) y 2013 (8) cuyas tasas de incidencia han sido 3,59, 1,04, 2,3, 3,3 y 2 respectivamente. El 90% son de ámbito comunitario, 4% residencias de tercera edad, 6% nosocomial. Los casos aislados han representado el 90%, brote 6% y cluster 4%. El 75% se asoció a domicilio particular (propio o alquilado). El 81% son mayores de 50 años y la fecha de inicio de síntomas predominante en octubre (12 casos). En cuanto a las inspecciones, en 2009 se visitaron 95 IR en 50 establecimientos (E), 89 IR en 46 E en 2010, 177 IR en 87 E en 2011, 182 IR en 83 E en 2012 y 202 IR en 94 E en 2013.

Conclusiones: El número de inspecciones a IR se ha incrementado hasta duplicarse en los últimos cinco años. Las tasas de incidencia son inferiores durante los años de estudio a las de la C.V. Los casos son mayoritariamente comunitarios, en personas de edad avanzada y los edificios de riesgo son atribuidos, en mayor proporción, a domicilios particulares donde no llega el alcance de la inspección. Se han confirmado muy pocos casos en hoteles y residencias de tercera edad y ninguno atribuible a torres de refrigeración, lo que evidencia a priori una efectiva vigilancia y control por los titulares de las instalaciones