

# A1 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA LISTERIOSIS EN CATALUNYA 2001-2014. UN PELIGRO ACTUAL EN SEGURIDAD ALIMENTARIA.

Parrilla Valero F. Farmacèutic. Doctor en Salut Pública. Vocalia de Salut Pública del COFB. parrilla.valero@cofb.net



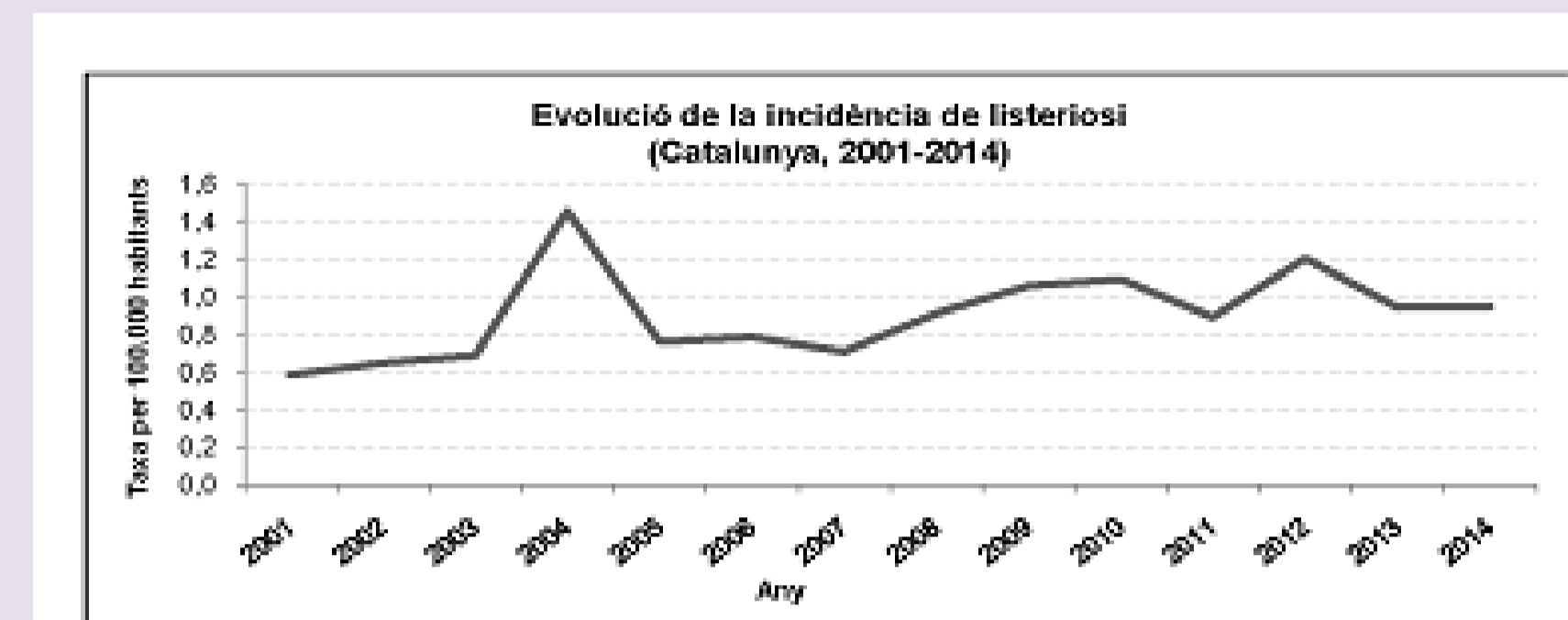
**Introducción:** En Cataluña, la notificación de los casos de listeriosis se realizaba a través del Sistema de Notificación Microbiológica de Cataluña (SNMC) de manera voluntaria hasta fechas muy recientes (2015). Los brotes de cualquier etiología, incluido los de listeriosis, son de declaración obligatoria al sistema de enfermedades de declaración obligatorio (MDO).

**Objetivo:** Presentar la evolución de la listeriosis en Cataluña y los resultados del sistema de vigilancia sanitaria de los alimentos en Cataluña para el periodo 2001-2014.

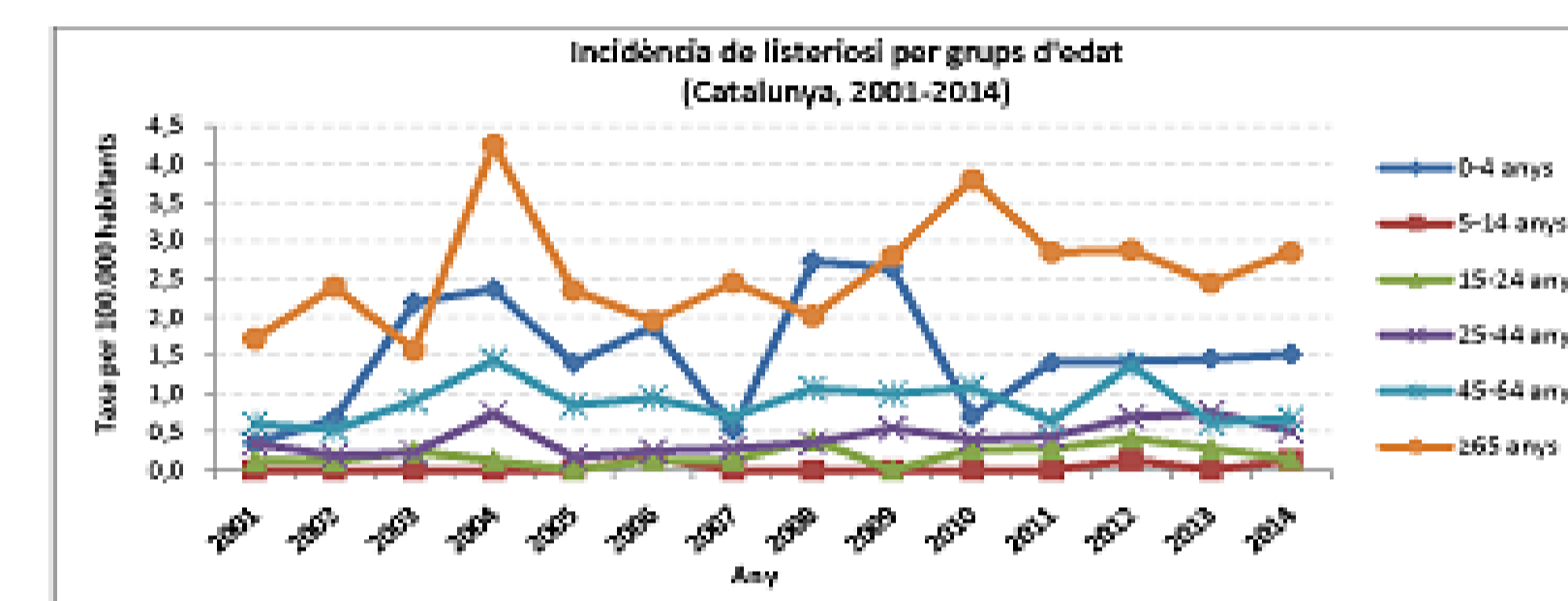
**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo basado en la revisión de todas las fuentes de información disponibles en Cataluña.

**Resultados<sup>1-2</sup>:** Se han notificado 914 casos de listeriosis (53,4% hombres): Los grupos de edad más afectados han sido los >64 años y los <5 años [figura 1] y las formas clínicas han sido la bacteriemia sin foco (61,3%), la meningoencefalitis (30%) y otras enfermedades infecciosas (8,7%)[tabla 1]. Se han producido 5 brotes por toxiinfección alimentaria (TIA), sin poderse determinar en ningún caso el alimento implicado, y 5 brotes de origen nosocomial o comunitario, con un total de 18 afectados.[tabla 2]

**Discusión<sup>3</sup>:** Las tasas de incidencia de la listeriosis en Europa van en aumento. Las causas más probables son un mayor consumo de los alimentos preparados y la mejora de los sistemas de vigilancia epidemiológica en algunos países. Dos son los ejes de control a seguir en Cataluña: 1. Mejorar la investigación de los brotes por TIA para determinar los alimentos implicados; y 2. Potenciar la educación sanitaria en las buenas prácticas de conservación y de higiene en los alimentos listos para el consumo.



Font: Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública, ASPCAT.



Font: Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública, ASPCAT.

| Año          | Meningo-encefalitis |            |           | Bacteriemias sin foco |            |            | Otras e. infecciosas |           |           | TOTAL      |            |            |
|--------------|---------------------|------------|-----------|-----------------------|------------|------------|----------------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
|              | N                   | H          | M         | N                     | H          | M          | N                    | H         | M         | N          | H          | M          |
| 2014         | 17                  | 10         | 7         | 46                    | 25         | 21         | 8                    | 1         | 7         | 71         | 36         | 35         |
| 2013         | 17                  | 11         | 6         | 41                    | 16         | 25         | 13                   | 3         | 10        | 71         | 30         | 41         |
| 2012         | 20                  | 11         | 9         | 61                    | 36         | 25         | 10                   | 2         | 8         | 91         | 49         | 42         |
| 2011         | 20                  | 12         | 8         | 39                    | 19         | 19         | 8                    | 1         | 7         | 67         | 32         | 34         |
| 2010         | 24                  | 13         | 11        | 47                    | 23         | 24         | 11                   | 4         | 7         | 82         | 40         | 42         |
| 2009         | 25                  | 12         | 12        | 43                    | 25         | 18         | 11                   | 3         | 8         | 79         | 40         | 38         |
| 2008         | 15                  | 7          | 8         | 44                    | 29         | 14         | 8                    | 2         | 6         | 67         | 38         | 28         |
| 2007         | 18                  | 9          | 9         | 31                    | 18         | 13         | 2                    | 1         | 1         | 51         | 28         | 23         |
| 2006         | 36                  | 28         | 8         | 19                    | 9          | 10         | 1                    | 0         | 1         | 56         | 37         | 19         |
| 2005         | 14                  | 9          | 5         | 41                    | 20         | 21         | 0                    | 0         | 0         | 53         | 29         | 26         |
| 2004         | 26                  | 14         | 11        | 68                    | 42         | 25         | 5                    | 4         | 1         | 99         | 60         | 37         |
| 2003         | 14                  |            |           | 31                    |            |            |                      |           |           | 46         |            |            |
| 2002         | 17                  |            |           | 25                    |            |            | 0                    | 0         | 0         | 42         |            |            |
| 2001         | 13                  |            |           | 23                    |            |            | 1                    |           |           | 37         |            |            |
| <b>TOTAL</b> | <b>276</b>          | <b>136</b> | <b>94</b> | <b>559</b>            | <b>262</b> | <b>215</b> | <b>79</b>            | <b>21</b> | <b>56</b> | <b>914</b> | <b>419</b> | <b>365</b> |

Figura 1. Tasas de incidencias, global y por grupos de edad, en Cataluña, para el periodo 2001-2014<sup>2</sup>

Tabla 2. Brotes epidémicos de listeriosis notificados en Cataluña para el periodo 2004-2015.

Fuente: Butlletí epidemiològic de Catalunya y Memorias anuales sobre la seguridad alimentaria en Cataluña (diversos años)

| Año          | N brotes TIA | N brotes no TIA | N casos brotes no TIA |
|--------------|--------------|-----------------|-----------------------|
| 2015         | 0            | 0               | 0                     |
| 2014         | 1            | 0               | 0                     |
| 2013         | 1            | 0               | 0                     |
| 2012         | 1            | 0               | 0                     |
| 2011         | 0            | 0               | 0                     |
| 2010         | 0            | 1 (nosocomial)  | 4                     |
| 2009         | 1            | 0               | 0                     |
| 2008         | 0            | 0               | 0                     |
| 2007         | 1            | 2 (comunitario) | 8                     |
| 2006         | 0            | 0               | 0                     |
| 2005         | 0            | 1 (nosocomial)  | 2                     |
| 2004         | 0            | 1 (comunitario) | 4                     |
| <b>TOTAL</b> | <b>5</b>     | <b>5</b>        | <b>18</b>             |

Tabla 1. Formas clínicas de los casos de listeriosis notificados en Cataluña para el periodo 2001-2004.

Fuente: Butlletí epidemiològic de Catalunya y informes anuales del SNMC

## BIBLIOGRAFIA

1. Agencia de Salut Pública de Catalunya. Informe sobre els microorganismes declarants a l'any 2015. Sistema de notificació microbiològica de Catalunya. Abril de 2017.
2. Estabilització de la incidència de listeriosi en els darrers dos anys. Butlletí de vigilància epidemiològica de l' ASPCAT 2015; (20). Disponible en: [http://salutpublica.gencat.cat/ca/publicacions\\_formacio\\_i\\_recerca/publicacions/butlletins\\_periodics/butlleti-de-vigilancia-aspacat/but\\_vig\\_aspcat\\_20/index.html](http://salutpublica.gencat.cat/ca/publicacions_formacio_i_recerca/publicacions/butlletins_periodics/butlleti-de-vigilancia-aspacat/but_vig_aspcat_20/index.html)
3. EFSA. [Listeria monocytogenes contamination of ready-to-eat foods and the risk for human health in the EU](https://doi.org/10.2903/j.efsa.2018.5134). EFSA Journal 2018;16(1):5134 Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.2903/j.efsa.2018.5134/epdf>.





## Introducción:

El aumento del consumo de analgésicos opioides en los últimos años en países desarrollados es un tema que preocupa. El tratamiento del dolor crónico no oncológico pretende una mejora del dolor, de la funcionalidad y la calidad de vida. Los opioides se consideran medicamentos de segunda línea, esto es, cuando otras alternativas han fracasado. Por otro lado, se tiene que tener en cuenta que los opioides no han demostrado sus beneficios en estudios a largo plazo y tampoco existe evidencia sobre la superioridad entre ellos. [1,2]

## Objetivos:

1. Determinar y analizar la evolución en el consumo de opioides en el ámbito de la Atención Primaria y comparar con los datos publicados a nivel nacional.
2. Establecer el patrón de la evolución en el consumo en función del tipo de opioides y determinar cuáles fueron los más consumidos.

## Material y métodos:

- Tipo y ámbito:** Estudio de consumo. 53 Equipos de Atención Primaria de la Dirección de Atención Primaria (DAP) Costa de Ponent, *Institut Català de la Salut* (ICS).
- Población:** 1.250.000 habitantes.
- Período:** Enero 2014 - diciembre 2017.
- Fuente de datos:** Opioides dispensados con e-receta durante el período de estudio. El consumo se expresó en dosis diarias definidas (DDD) por 1,000 habitantes y día (DHD).

## Resultados y discusión:

En los últimos 4 años, el consumo de opioides en la DAP estudiada aumentó un 25% aproximadamente, pasando de 9.67 DHD en 2014 a 12.18 DHD en 2017 [Fig. 1]. Este incremento se observó tanto en los opioides débiles como en los fuertes. La evolución en el aumento de las DHD para cada uno de los dos grupos de opioides se observa en la Fig. 2. El crecimiento del consumo de opioides fuertes fue ligeramente superior al de los débiles, respectivamente, 23.47% y 19.35%. La tabla 1 muestra la comparativa entre las DHD de los principales opioides en España, Cataluña y la DAP.

## Conclusiones:

Durante el periodo 2014-2017 el consumo de medicamentos opioides casi se ha duplicado y no se ha estabilizado. Se plantean como intervenciones revisar los tratamientos con opioides en indicaciones no oncológicas y promover el uso de medicamentos de acuerdo con las guías de práctica clínica y protocolos de manejo del dolor

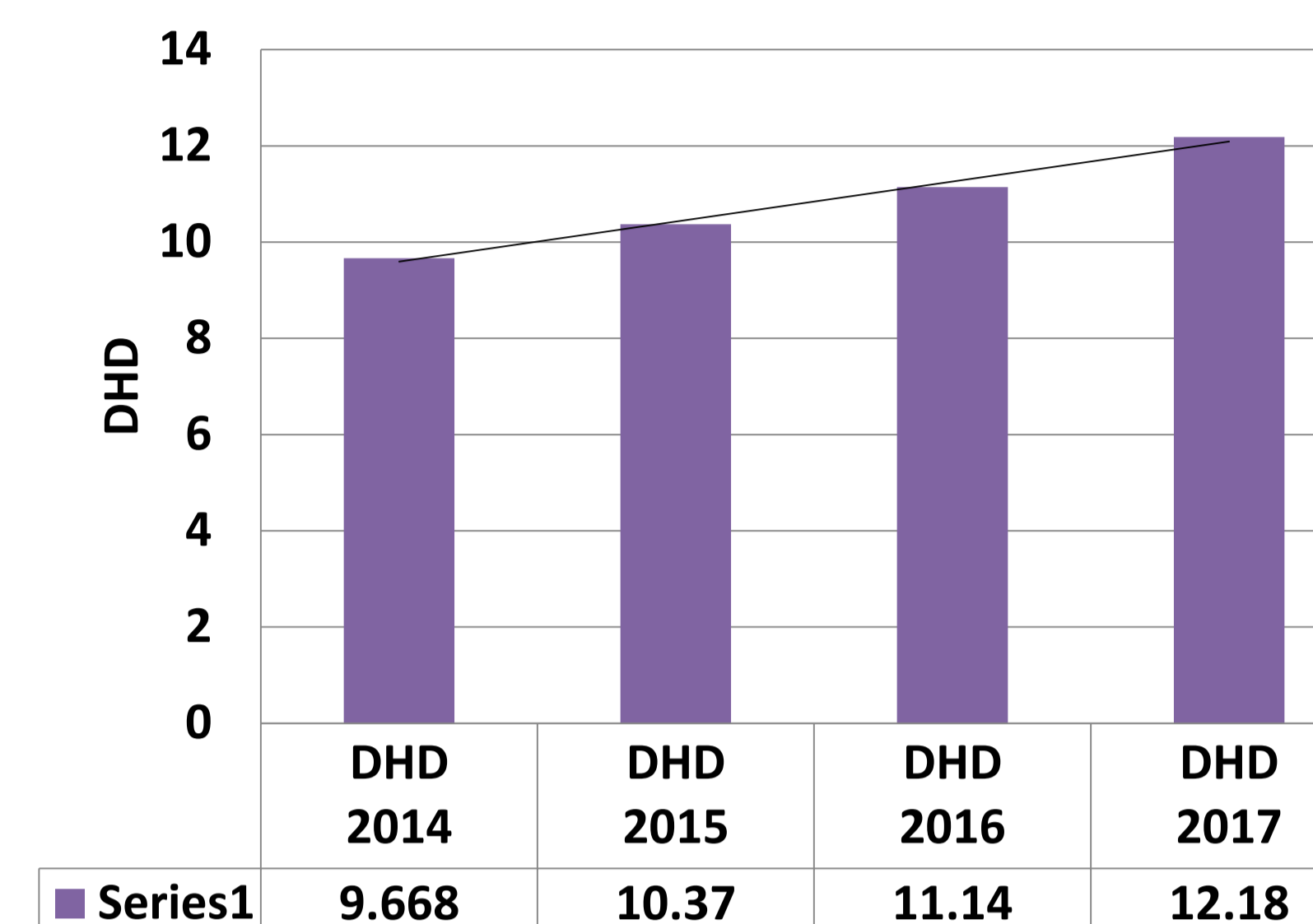


Fig. 1: Evolución del consumo de opioides (DHD) en la DAP de estudio

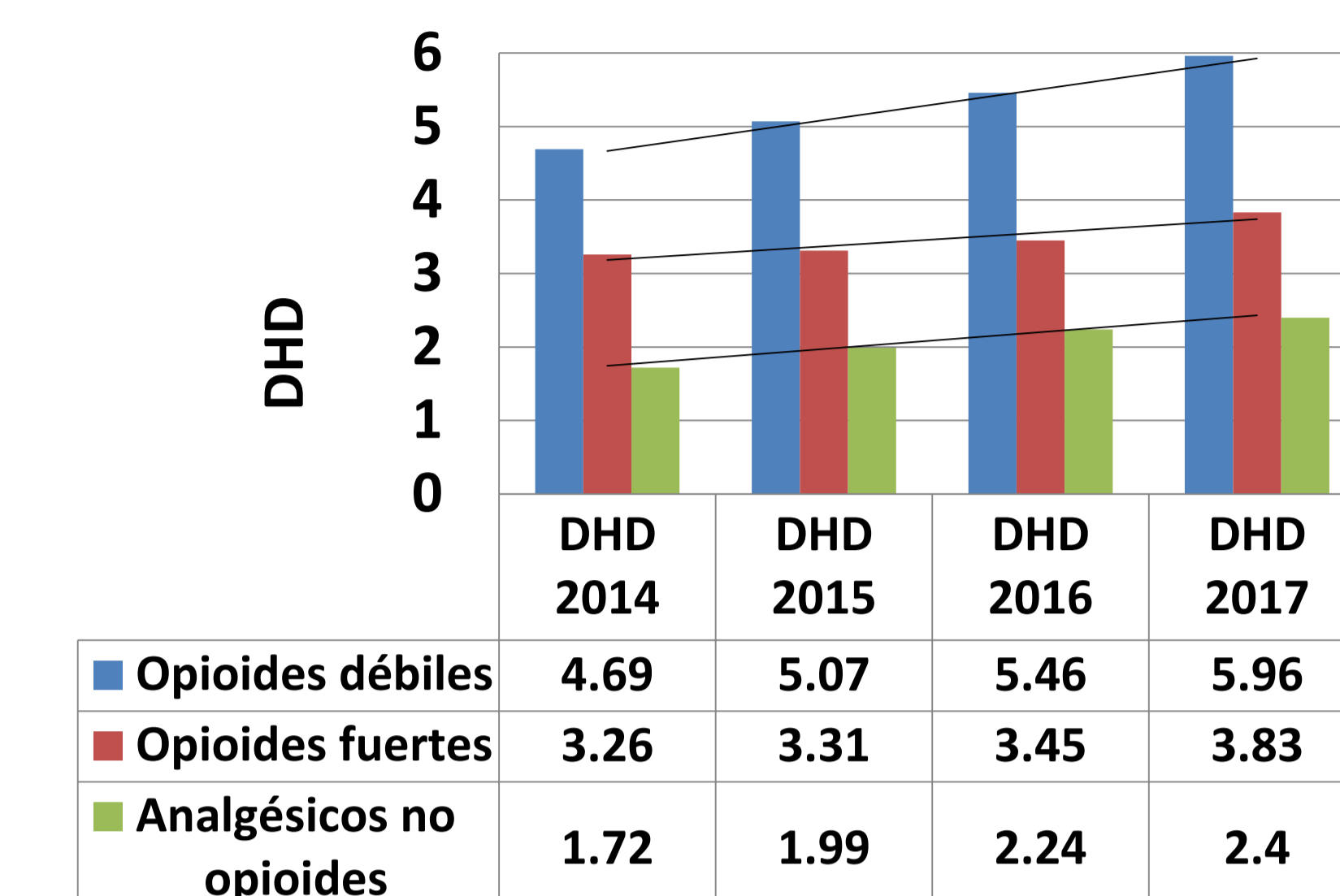


Fig. 2: Evolución del consumo (DHD) de opioides fuertes, débiles y analgésicos no opioides en la DAP de estudio

| Opioides                 | DHD España 2015 | DHD Cataluña 2015 | DHD Costa Ponent 2015 |
|--------------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|
| Tramadol                 | 2.99            | 3.18              | 2.86                  |
| Fentanilo                | 2.33            | 2.33              | 1.80                  |
| Codeína en combinación   | 0.51            | 0.48              | 0.62                  |
| Tapentadol               | 0.46            | 0.27              | 0.19                  |
| Oxicodona en combinación | 0.43            | 0.21              | 0.16                  |
| Morfina                  | 0.21            | 0.18              | 0.09                  |
| Oxicodona                | 0.11            | 0.13              | 0.09                  |
| Hidromorfona             | 0.06            | 0.05              | 0.03                  |

Tabla. 1: Comparativa consumo (DHD) de opioides

Entre las causas del aumento del consumo se presumen el envejecimiento de la población, la facilidad de acceso a estos medicamentos, la recomendación de considerar el uso de opioides y evitar los AINEs en personas de edad avanzada, así como el incremento de la utilización de opioides en indicaciones no oncológicas. [3] Se observó un aumento del consumo de las formas farmacéuticas de liberación rápida de fentanilo. Respecto a los opioides débiles, el aumento se debió sobretodo a las combinaciones con tramadol.

## Referencias

- [1] Ashaye T, Hounsborne N, Carnes D, Taylor SJC, Homer K, Eldridge S et al. Opioid prescribing for chronic musculoskeletal pain in UK primary care: results from a cohort analysis of the COPERS trial. *BMJ Open*. 2018;8(6):e019491.
- [2] Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de utilización de medicamentos. Utilización de medicamentos opioides en España durante el periodo 2008-2015. Informe. Madrid, 2017
- [3] Comissió Farmacoterapèutica de l'Institut Català de la Salut. Proves i riscos associats a la utilització d'opioïdes d'acció ràpida. *TerapICS*. 2017;Desembre.



# ÁCIDO RETINOICO Y ÁCIDO HIALURÓNICO FORMULADOS EN UN COSMÉTICO DESPIGMENTANTE: ESTUDIO PILOTO DE EFICACIA Y SEGURIDAD



Suñer Ollé, E<sup>1</sup>; Martínez Valverde, T<sup>1</sup>; Sáez Martín, LC<sup>2</sup>; Torrell Faro, M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MartiDerm, Barcelona; <sup>2</sup>Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, Madrid

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento cutáneo se caracteriza clínicamente por una pérdida de elasticidad por disminución de las fibras elásticas de la piel, un cambio en la textura de la piel por enlentecimiento del proceso de renovación cutánea y por la alteración en la producción y deposición de la melanina.

## OBJETIVO


El objetivo del estudio fue diseñar una fórmula a base de ácido retinoico al 0,025%, hialurónico al 0,1% e indometacina al 3% en una base cosmética con activos despigmentantes y determinar su eficacia y tolerancia en el tratamiento del envejecimiento cutáneo.


## METODOLOGÍA

 **Sujetos de estudio:** 16 mujeres con signos de envejecimiento

 **Duración del estudio:** 56 días

 **Tratamiento:**

 Aplicar en pauta creciente, según tolerancia, iniciando en días alternos hasta días consecutivos

 Aplicar protector solar FPS50+

 **Evaluaciones (D28, D56):**

### 1. Valoración instrumental, análisis dermocosmético

- Reducción de arrugas
- Eficacia regeneradora (queratina en la piel)
- Reducción de sebo en la zona T
- Mejora del tamaño del poro

### 2. Valoración clínica mediante escala semicuantitativa

- Reducción de hiperpigmentaciones
- Mejora del aspecto de la piel

### 3. Tolerancia cutánea:

Seguimiento dermatológico. Registro de reacciones adversas y sensaciones de discomfort

## RESULTADOS

### EFICACIA INSTRUMENTAL

**38%** Reducción de arrugas

**54%** Aumento de la regeneración cutánea

**8%** Reducción de brillos en la zona T

**25%** Mejora del tamaño del poro

### EFICACIA CLÍNICA

**65%** Tono más uniforme

**83%** Mejora aspecto de la piel

**79%** Piel más luminosa



### TOLERANCIA

Únicamente se detectaron efectos asociados al ácido retinoico, como eritema y ardor transitorio y descamación leve. Éstos remitieron a lo largo del estudio.

## CONCLUSIÓN

Según los resultados obtenidos, es posible concluir que la fórmula testada es una opción segura, eficaz y de alta aceptación por parte de los usuarios para mejorar y reducir los signos del envejecimiento cutáneo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Siddharth Mukherjee, et al. Clin Interv Aging. 2006; 1(4): 327-348.
- Hubbard BA et al. Plast Reconstr Surg. 2014;133(4):481e-90e.
- McDaniel DH et al. J Cosmet Dermatol. 2017;16(4):542-548.