

PÓSTER SIN DEFENSA

Miércoles, 4 de octubre de 2006
18:00 a 19:30

Enfermedades cardiovasculares y Enfermedades raras

ESTUDIO POBLACIONAL DE SEGUIMIENTO DE LA SALUD CARDIOVASCULAR DURANTE TRES AÑOS

C. Aguilar, R. Dalmau, J. Blade y J.L. Piñol

Ambit d'Atenció Primària Terres de l'Ebre. Ambit d'Atenció Primària Tarragona-Reus. Institut Català de la Salut.

Antecedentes/objetivos: Actualmente en España las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población. Los factores de riesgo cardiovascular se presentan frecuentemente asociados, por lo que la atención preventiva más correcta en enfermedad cardiovascular requiere de una valoración conjunta de los factores de riesgo por medio del cálculo de riesgo cardiovascular.

Objetivo: Valorar la salud cardiovascular de la población de una provincia en el ámbito de atención primaria y su evolución después de 3 años de seguimiento.

Métodos: *Diseño:* Se trata de un estudio de comparación antes-después y multicéntrico. *Emplazamiento:* Atención primaria de salud. 30 centros de salud (totalidad de los centros de salud). *Mediciones principales:* Características del centro. Variables de proceso: indicadores de buena práctica asistencial, cálculo del riesgo cardiovascular, aplicación de la Guía de Práctica Clínica (HTA, diabetes, dislipemia, tabaco y RCV), estándares de calidad de la prescripción farmacológica. Variables de resultados: cifras de riesgo cardiovascular, número de visitas en atención continuada, urgencias hospitalarias e ingresos por angor, IAM y AVC y cribajes poblacionales de factores de riesgo.

Resultados: Presentamos los primeros resultados del estudio. Se ha estudiado la salud cardiovascular de 2992 personas evaluadas durante 2001 y 2004. La prevalencia de enfermedad cardiovascular (ECV) en 2001 es 5,2% (IC 95% 4,5%-6,1%), y en 2004 del 7,5% (IC 95% 6,5%-8,5%). La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular 2001/2004 es: HTA 32,1%/37,2%, diabetes 14%/15,9%, dislipemia 35,4%/44%, tabaquismo 21,2%/18,7%. Riesgo cardiovascular (Framingham): 2001 11,9% y 2004 11,8% (p = 0,54).

Conclusiones: Existe un aumento de factores de riesgo cardiovascular y una disminución del tabaquismo. El riesgo cardiovascular se mantiene a pesar del aumento de edad de la población.

FRACCIÓN DE RIESGO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO ATRIBUIBLE A LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA

R. Alvarez*, R. Boix*, J.L. Barrio*, M.J. Medrano*, A. Marín**, J. González**, J. Tisaire** y J.M. Cucalón**

*Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. **Fundación para la Investigación en Hipertensión Arterial. Zaragoza.

Antecedentes/objetivos: El impacto sobre el riesgo coronario atribuible a los factores de riesgo cardiovascular en la población española es desconocido. Clásicamente se han utilizado a) estimadores de efecto de otras poblaciones (estudio de Framingham, sólo recientemente calibrados con datos de prevalencia derivados de la población incluida en el estudio REGICOR); b) datos parciales de prevalencia poblacional; y c) sin tener en cuenta efectos de confusión. El objetivo que se plantea es calcular la proporción de riesgo coronario poblacional atribuible a tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y sobrepeso en la población española, utilizando datos de prevalencia poblacional, prevalencia en casos coronarios y riesgo relativo ajustados, procedentes de estudios transversales y de cohortes realizados en población española.

Métodos: Se han utilizado las formulas de Levin para calcular la proporción atribuible poblacional con datos crudos, y la propuesta por Llorca y cols para datos ajustados. Para cada uno de los factores de riesgo considerados se han tomado los estimadores de riesgo relativo crudos y ajustados por edad y por el resto de factores, resultado del seguimiento durante 5 años de la población cubierta por 8 centros de salud en Zaragoza (6.124 personas). La prevalencia a nivel nacional de estos factores se ha obtenido del metaanálisis de 48 estudios transversales (130.945 personas). La prevalencia de estos factores en los casos de enfermedad coronaria se ha tomado de la cohorte analizada y de una muestra representativa de los casos de infarto agudo de miocardio atendidos en España en 58 hospitales (6.221 casos, estudio PRIAM-HO II). Se realizan análisis para hombres y mujeres por separado.

Resultados: Un 41,3% del riesgo coronario puede ser atribuido al sobrepeso, presente en el 67% de la población general y en el 75,5% de los casos de IAM, y cuya presencia multiplica por 2,21 el riesgo coronario en la población española estudiada. La hipercolesterolemia explica entre el 19,8% y el 21,7% del riesgo coronario, aunque si se consideran fracciones de lipoproteínas (razón LDL/HDL > 3) esta cifra asciende a 32,4%. La fracción de riesgo atribuible al consumo de tabaco es 18,7% en la población de ambos sexos, aunque en hombres llega al 30,2%. La diabetes es responsable del 16,2% del riesgo en mujeres y la HTA del 18% en hombres. El riesgo atribuible al conjunto de estos factores es del 96%.

Conclusiones: El sobrepeso y la dislipemia, tanto en hombres como en mujeres, seguidos del tabaquismo en hombres, se perfilan como los factores de riesgo a los que cabe atribuir un mayor impacto en el riesgo coronario de la población española.

ESTIMACIÓN DE CARGA DE ENFERMEDAD EN ESPAÑA POR TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

A. Villaverde-Hueso*, E. Sánchez-Valle*, L. Boada, M.J. Ferrari, E. Tourinho, C. Morant, R. Génova, E. Álvarez y M. Posada de la Paz

*Contribuyeron igualmente a este trabajo. Instituto de Investigación de Enfermedades Raras; GETEA; Dpto. Salud Internacional. Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/objetivos: Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son un continuo de alteraciones del desarrollo, alteraciones cualitativas de la socialización y la interacción social, la comunicación, el lenguaje, la simbolización y la imaginación. De acuerdo con la clasificación DSM-IV-TR se incluyen 5 subtipos: Trastorno Autista (TA), Trastorno de Rett (TR), Trastorno Desintegrativo Infantil (TDI), Trastorno de Asperger (TAS) y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado (TGD-NE). El diagnóstico no es usualmente definitivo hasta los 4 años o más, pero los primeros signos pueden hacerse visibles desde los 18 meses, produciendo una discapacidad severa en el niño y un importante sufrimiento a su familia. La Carga de Enfermedad (CdE) es un indicador de la pérdida de salud en una población producida por las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades, y permite entre otras funciones la cuantificación y comparación de diferentes problemas de salud, contribuyendo a la planificación de intervenciones sanitarias. No habiendo sido aplicado hasta ahora a los TEA en España, nuestro objetivo ha sido realizar una aproximación a su cuantificación en 2003 a través de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). **Métodos:** Se sigue la metodología del Estudio Global de CdE de la OMS con tasa de descuento 3% y ponderación por edad $k = 1$. Dada la baja incidencia de TR y del TDI, nuestro trabajo se centra en los otros TEA. Los AVAD resultan de la suma de los Años de Vida Perdidos por mortalidad (calculados con el registro del Instituto Nacional de Estadística y esperanza de vida de la tabla Oeste-26 modificada de Princeton) y los Años Vividos con Discapacidad, estimados a partir de la incidencia y modelo de enfermedad (duración, grado de discapacidad) descritos en la bibliografía. Los cálculos se realizan con el programa GesMor.

Resultados: En España en 2003 se estiman 2.513 nuevos casos, produciendo 41.959 AVAD, todos causados por discapacidad dada la ausencia de mortalidad directa. 32.060 fueron atribuibles al TA y 9.899 causados por TAS y TGD-NE. Esta CdE es comparable a la producida por Parkinson en varones en 2000 en España (37.386) y representaría el 0,8% de la CdE total que sufre la población española.

Conclusiones: Los TEA suponen una importante pérdida de salud debido a la discapacidad que ocasionan. Es necesario poner de manifiesto la importancia creciente de los TEA en Salud Pública. La CdE podría ser una herramienta útil para medir la pérdida de calidad de vida que produce, así como para cuantificar los resultados tras una intervención terapéutica temprana y adecuada.

ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE ESCLERODERMIA EN ESPAÑA

A. Villaverde-Hueso*, E. Sánchez-Valle*, M. Posada de la Paz, C. Morant, E. Álvarez y R. Génova

Instituto de Investigación de Enfermedades Raras; Dpto Salud Internacional. Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/objetivos: La esclerodermia (ES) es una enfermedad caracterizada por su baja frecuencia y gran severidad que cumple los criterios europeos de enfermedad rara, con una prevalencia inferior a 5 por 10.000 habitantes. La prevalencia de las enfermedades es una medida epidemiológica de gran interés para la salud pública ya que indica el nivel de carga en la población y en la implementación de políticas de salud. Existe muy poca información documentada sobre la epidemiología de las enfermedades poco comunes. El objetivo es encontrar una estimación de la prevalencia de ES en España en el 2001.

Métodos: Se han necesitado parámetros generales de la población y datos específicos de la ES por grupos de edad y por sexo. Los datos de población se obtuvieron de la revisión del padrón municipal realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). El Registro de Defunción del INE proporcionó la tasa de mortalidad general y las defunciones por ES (códigos incluidos en M34 de la 10ª revisión de la CIE). Al no disponer en España de un registro de dicha enfermedad, los datos relativos a la incidencia se han obtenido del estudio realizado en West Midlands por Silman y col tras una revisión bibliográfica previa. La remisión de la ES es considerada cero. Se utiliza el programa Dismod II, software diseñado por la OMS y la Universidad de Harvard para la realización de estimaciones epidemiológicas sobre indicadores de los que no se dispone de datos y para valorar su consistencia interna.

Resultados: La población española en el año 2001 es de 41.116.842 habitantes, distribuida en 20.165.514 varones y 20.951.328 mujeres. Según la estimación realizada con el Dismod, la ES tiene una prevalencia en hombres de 22,19 casos por millón de habitantes y en mujeres de 131,70 casos por millón, resultando un número de afectados de 448 hombres y 2.759 mujeres. La mortalidad por ES aumenta con la edad en ambos sexos. En los hombres la mortalidad en números absolutos es menor que en las mujeres, 13/49. En cuanto a la duración media, en hombres es de 20 años y en mujeres 29 años, con variaciones si se analiza por grupos de edad. La edad de inicio estimada es de 50 años en hombres y 47 en mujeres.

Conclusiones: Con este estudio se ha logrado una aproximación hacia el conocimiento de los patrones de presentación de la ES en España (prevalencia, edad de inicio, duración). Es de interés la posible utilidad de esta metodología en la caracterización epidemiológica de enfermedades raras para la solicitud de investigación de medicamentos huérfanos, y en la estimación del peso que estas enfermedades suponen para el sistema sanitario.

NUEVOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS PARA EL SÍNDROME DE TOURETTE EN NIÑOS

R. García-López¹, J. Romero González², E. Perea-Milla López^{*3}, C. Ruiz García⁴, F. Rivas-Ruiz⁵ y M. De las Mulas Bejar⁵

¹Médico adjunto Anestesiología y Reanimación del Hospital Costa del Sol de Marbella. ²Jefe de servicio de Pediatría del Hospital Materno-Infantil de Granada. ³Unidad de Apoyo a la Investigación del Hospital Costa del Sol de Marbella. ⁴Médico adjunto de Pediatría del Hospital Costa del Sol de Marbella. ⁵Catedrático de Anestesiología y Reanimación. Jefe de Departamento del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

Antecedentes/objetivos: El síndrome de Tourette (ST) es una enfermedad neurológica rara caracterizada por tics motores y fónicos y ocasionalmente patología comórbida severa. Los tratamientos actuales son en general poco eficaces y con efectos secundarios. El objetivo de este estudio es valorar la seguridad y eficacia de un tratamiento sintomático basado en aportes orales de vitamina B6 y Magnesio.

Métodos: *Diseño:* ensayo clínico en fase II para valorar seguridad y eficacia de una combinación de 0,5 mEq de pidolato de magnesio y 2 mg/kg de vitamina B6. *Criterios de inclusión:* niños entre 7-14 años, que cumplieran los criterios diagnósticos de la DSM-IV y presentaban una exacerbación (> 40 puntos en la Yale Global Tic Severity Scale -YGTSS-, validada en una población española) con firma de consentimiento informado por los padres. Se incluyó una muestra de n = 10, según tamaño predeterminado, y se evaluó la situación basal (t0) y a los 15, 30, 60 y 90 días (t4), mediante la YGTSS aplicada a los padres. Se utilizó el test no paramétrico de Friedman para medidas repetidas y se asumió un nivel de significación de p < 0,05.

Resultados: Los tics motores descendieron en promedio de 17,5 puntos (Desviación estándar [DE]: 4,20) a 8,2 (DE: 6,2); los tics fónicos, de 9,10 (DE: 6,8) a 4,3 (DE: 7,0); los tics totales mejoraron de 26,7 (DE: 7,4) a 12,9 (DE: 11,0) y la repercusión sobre la discapacidad se redujo de 58,1 (DE: 12,6) a 18,6 (DE: 16,5). Todos los cambios resultaron estadísticamente significativos.

Conclusiones: Los niños permanecieron oligosintomáticos y no presentaron efectos secundarios durante el seguimiento, con una reducción clínica y estadísticamente significativa en la YGTSS. El tratamiento ensayado, por lo tanto, es seguro y eficaz en la reducción de la sintomatología del ST en niños. La importancia del hallazgo se basa en que es la primera vez que se ha evaluado bajo condiciones experimentales. Se necesitan nuevos estudios con grupo control y valoración de diferentes dosis de los fármacos.

VALIDACIÓN EN UNA POBLACIÓN ESPAÑOLA DE LA YALE GLOBAL TICS SEVERITY SCALE (YGTSS) TRADUCIDA AL CASTELLANO

R. García-López¹, E. Perea-Milla López^{*2}, J. Romero González³, C. Ruiz García⁴, F. Rivas-Ruiz⁵ y M. De las Mulas Bejar⁵

¹Médico adjunto Anestesiología y Reanimación del Hospital Costa del Sol de Marbella. ²Unidad de Apoyo a la Investigación del Hospital Costa del Sol de Marbella. ³Jefe de servicio de Pediatría del Hospital Materno-Infantil de Granada. ⁴Médico adjunto de Pediatría del Hospital Costa del Sol de Marbella. ⁵Catedrático de Anestesiología y Reanimación. Jefe de Departamento del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

Antecedentes/objetivos: La YGTSS es una escala clínica de valoración de tics en el síndrome de Tourette y otros cuadros. Se obtiene a través de una entrevista semiestructurada, dirigida a observadores del paciente, normalmente los padres. Valora los tics motores (25 puntos), fónicos (25 puntos) y la discapacidad (50 puntos) que ocasiona. Validada en inglés en 1989 frente a otras escalas de uso común, es la más utilizada hoy en día. El objetivo del estudio fue validar esta escala en castellano y en nuestra población.

Métodos: Valoramos 35 entrevistas consecutivas, puntuadas por 3 investigadores: medimos la reproducibilidad de la escala, mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase (Fiabilidad); y su consistencia interna (validez de criterio), analizando la relación entre las diferentes subescalas mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman; y la existencia de dimensiones latentes que expliquen la variabilidad conjunta (validez de constructo), mediante el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. Consideramos significativa una p < 0,05.

Resultados: Encontramos una alta reproducibilidad de la escala entre los diferentes investigadores, estadísticamente significativa. La consistencia interna entre las diferentes subescalas fue significativa entre las características de los tics y la puntuación total de estos, pero no así con respecto a la discapacidad y a la puntuación total. Las diferentes subescalas se agrupan entorno a dos componentes (características de tics motores y tics fónicos) que explican más del 80% de la variabilidad conjunta.

Conclusiones: Esta traducción al español de la YGTSS, en nuestra población, es reproducible y consistente en lo que se refiere a la puntuación de los tics, pero no así respecto a la discapacidad que ocasionan, por lo que muestra una cierta subjetividad y un excesivo peso (50 puntos sobre 100), que podrían aconsejar no usar esta segunda parte de la escala.

PÓSTER SIN DEFENSA

Miércoles, 4 de octubre de 2006
18:00 a 19:30

Mortalidad

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE PRÓSTATA EN CASTILLA Y LEÓN. 1980 – 2003

S. Fernández*

*Dirección General de Salud Pública y Consumo. Junta de Castilla y León.

Antecedentes/objetivos: El cáncer de próstata representa una de las diez primeras causas de mortalidad y la segunda causa entre los tumores. Se estima que el 30% de los hombres podrían sufrir un tumor de próstata, que aparece generalmente partir de los 50 años, y entre el 3 y el 5% fallecen por la enfermedad. Se presenta la evolución de la mortalidad por tumor de próstata en Castilla y León desde 1980 a 2003.

Métodos: Los datos de mortalidad proceden del registro de Castilla y León. Los códigos incluidos en el estudio son: 185 para CIE 9ª rev y C61 para CIE 10ª rev. Se analizan los datos para el conjunto de la Comunidad y sus provincias. La población de referencia procede hasta 1998 de las estimaciones de población del INE y desde 1999 de las revisiones anuales del padrón. Se han obtenido tasas brutas, específicas por edad y ajustadas por edad y población europea. Las tasas provinciales se han ajustado por edad y por población de Castilla y León.

Resultados: En el periodo de estudio se produjeron 9.692 muertes por cáncer de próstata aumentando de forma paulatina durante todo el periodo. Las tasas brutas fueron aumentando desde 20,88 por 100.000 hombres en 1980 a 40,55 en 2003. Durante todo el periodo sólo fallecieron 3 hombres menores de 40 años. Las tasas brutas en hombres de 40 y más años variaron desde 51,13 por 100.000 en 1980 a 95,01 por 100.000 en 2003. Las tasas por grupos de edad comienzan a aumentar a partir de 60 a 64 años las tasas más altas se observan en hombre con 85 y más años con una media de 645,91 defunciones por 100.000 en todo el periodo. Se observa una tendencia al aumento en cada grupo de edad. Las tasas disminuyen progresivamente al disminuir la edad de muerte. Las tasas ajustadas por población europea muestran una evolución más estable, variando desde 19,19 a 25,46 por 100.000. Estas tasas son similares a las tasas españolas ajustadas por población europea. La distribución geográfica muestra que durante este periodo la tasa bruta media más alta corresponde a la provincia de Zamora y la inferior a Valladolid (40,85 vs 26,95 por 100.000) La tasa bruta media en Castilla y León fue de 32,28 por 100.000.

Conclusiones: La mortalidad por Cáncer de próstata presenta una tendencia reciente ligada al envejecimiento de la población que se refleja asimismo en la distribución provincial.

MORTALIDAD EVITABLE EN GALICIA EN EL TRIENIO 1999-2001

M. López Ratón¹, M.I. Santiago Pérez¹ y A. Malvar Pintos¹

¹Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia.

Antecedentes/objetivos: El índice "Años de esperanza de vida perdidos" (A EVP), propuesto por Arriaga en 1996, permite realizar análisis de mortalidad a través de un valor, en años de esperanza de vida (EV), que resulta fácil de interpretar. Además, los A EVP miden el impacto potencial que la eliminación o reducción de una causa de muerte tendría sobre el promedio de años vividos por la población entre dos edades. Por tanto, este método es una buena alternativa para analizar la mortalidad evitable. El objetivo de este trabajo es identificar las causas de mortalidad evitable que hacen perder el mayor número de años de esperanza de vida entre el nacimiento y los 75 años en Galicia en el trienio 1999-2001.

Métodos: Se calcularon los A EVP de 0 a 75 años por la población gallega, para cada sexo y cada una de las 34 causas de mortalidad definidas como sanitariamente evitables por Nolte y McKee (2004). Los datos de mortalidad se obtuvieron del Registro de Mortalidad de Galicia y las poblaciones del Padrón Municipal de habitantes. Para calcular los A EVP se utilizó el programa Epidat 3.1, y se aplicó el supuesto de mortalidad nula entre el nacimiento y los 75 años, que consiste en suponer que los que mueren en esas edades deberían vivir, al menos, hasta los 75 años; entonces, los A EVP representan la diferencia entre el máximo de años que se podrían vivir hasta esa edad y los que realmente se viven.

Resultados: En el trienio 1999-2001, la EV entre 0 y 75 años en Galicia fue de 69,3 años para los hombres y 72,5 para las mujeres; el número de A EVP fue de 5,7 y 2,5, respectivamente. De estos A EVP, el 28% en hombres y el 43% en mujeres se debieron a causas de muerte evitables, aunque en valores absolutos la pérdida de A EVP fue menor en las mujeres (1,09) que en los hombres (1,57). Las causas de mortalidad evitable que registraron un mayor número de A EVP en hombres fueron las enfermedades isquémicas del corazón (8,5%), sobre todo en el grupo de 55-64 años (0,17 A EVP) y las enfermedades respiratorias excepto gripe y neumonía (4,2%); en mujeres, las dos primeras causas fueron el cáncer de mama (8%), con mayor impacto de 45 a 59 años (0,04 A EVP), y las defunciones perinatales (6,6%). Las enfermedades cerebrovasculares y el cáncer de colon y recto ocuparon el 3er y 4º puesto, respectivamente, en ambos sexos.

Conclusiones: Las causas de muerte sanitariamente evitables tienen todavía un elevado impacto en los años de esperanza de vida que pierde la población gallega, especialmente en las mujeres, aunque debe tenerse en cuenta que la lista de causas no incluye el cáncer de pulmón, que tiene una elevada mortalidad en los hombres.

VARIABILIDAD EN LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA EN ANDALUCÍA Y LA ACCESIBILIDAD HOSPITALARIA

M.M. Rodríguez del Águila¹, F. Rivas-Ruiz^{2*}, E. Perea-Milla², M. Ruiz Ramos³, R. Miñarro⁴, M.L. Buzón⁵, J. Libroero⁶, por grupo VPM-IRYSS (G03/202)

¹Hospital Virgen Nieves Granada, ²Hospital Costa Sol Marbella, ³Registro Mortalidad Andalucía, ⁴Distrito Sanitario Córdoba, ⁵AETSA Sevilla, ⁶Instituto Aragonés Ciencias Salud.

Introducción/Objetivos: La necesidad de implantar un nuevo mapa de Centros Hospitalarios de Alta Resolución (CHAREs) en Andalucía llevó al estudio de posibles áreas con déficit de accesibilidad a cuidados especializados. El objetivo es analizar la asociación entre la accesibilidad espacial a los servicios hospitalarios en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de Andalucía en 1999-2003, los recursos existentes y la mortalidad por enfermedad isquémica, con ajuste por nivel socioeconómico.

Métodos: Estudio ecológico. A partir del registro de mortalidad de Andalucía se seleccionaron las defunciones por enfermedad isquémica (códigos I20-I25, CIE10) de los residentes en Andalucía en esos años. La información restante se obtuvo a partir de los datos poblacionales del INE y Consejería de Salud. Se calcularon tasas de mortalidad, crudas y estandarizadas por edad y género a nivel de ZBS con sus intervalos de confianza al 95%. Se calcularon las cronas de cada municipio a su hospital de referencia y se ponderó por su población para conocer la crona media de cada ZBS. Estas variables se relacionaron mediante un análisis multivariante de regresión lineal.

Resultados: Se analizaron 215 ZBS, obteniendo razones de mortalidad estandarizada (SMR) entre 32,8/10000 y 219,9/10000 hab. En el análisis de regresión lineal se encontraron como variables significativas para las SMR el tiempo de desplazamiento al hospital de referencia (crona), el índice sintético del nivel socioeconómico (% de trabajadores no cualificados, % de parados y % de personas sin estudios) y el % de población diseminada, explicando todas estas variables el 25% de variabilidad en las SMR. Se encontró como variable explicativa para los hombres la crona al hospital de referencia ($R^2 = 0,19$) mientras que para las mujeres se obtuvo la crona, el NSE y el % de población diseminada ($R^2 = 0,214$). Los ámbitos andaluces con mayor SMR global se situaban en las serranías de Córdoba, Granada, Huelva y Sevilla, mientras que la menor mortalidad se localizó en la provincia de Jaén y la campiña cordobesa.

Conclusiones: Se ha encontrado la distancia al hospital de referencia como variable explicativa para la mortalidad por enfermedades isquémicas en Andalucía. Los CHAREs que se están ubicando en diversas poblaciones andaluzas pueden ayudar a cubrir necesidades de poblaciones con difícil acceso a los recursos sanitarios hasta ahora existentes.

Financiación: Estudio enmarcado en el proyecto nº 04/157, financiado por la Consejería de Salud (Junta de Andalucía)

IMPLICACIONES DE LAS INFRAESTRUCTURAS VIARIAS EN LA MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁFICO EN ESPAÑA

F. Rivas-Ruiz, E. Perea-Milla López y A. Jiménez-Puente
Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga). Unidades de Evaluación y Evaluación. VPM-IRYSS (G03/202).

Antecedentes/objetivos: Anualmente 1,2 millones de muertes se atribuyen a accidentes de tráfico a escala mundial, reconociéndose como un grave problema de salud pública. En España es la principal causa específica de muerte en los varones menores de 44 años, y en mujeres menores de 34 años. Los factores que con mayor claridad se asocian con los accidentes de tráfico son el tipo de vehículo, condiciones climáticas y sobre todo las conductas de riesgo de los conductores, tales como ingesta de alcohol, consumo de drogas, exceso de velocidad y desuso de medidas de seguridad. El objetivo del estudio fue conocer la variabilidad provincial en la mortalidad por accidentes de tráfico en las carreteras españolas, valorando el papel de la tipología de las infraestructuras viarias.

Métodos: Estudio ecológico de base poblacional. A partir de la información ofrecida por la Dirección General de Tráfico se calculó la tasa media anual de muertes en carretera por accidente de tráfico para los años 2003-2004 a nivel provincial, ajustando por el número de de kilómetros recorrido-vehículo (F: Ministerio de Fomento). Se relacionó la tasa de mortalidad ajustada con el porcentaje de carreteras de gran capacidad (autopistas, autovías y carreteras de doble calzada), porcentaje de vehículos pesados, porcentaje de días cubiertos y número de vehículos matriculados en la provincia (fuentes: M. Fomento, Instituto Nacional de Meteorología e Inst. Nacional de Estadística) por medio de un análisis de regresión lineal múltiple -RL- (coeficientes de regresión -beta [b]- y sus correspondientes IC 95%). El nivel de significación se fijó en $p < 0,05$.

Resultados: La media nacional de fallecidos por accidentes de tráfico en carretera fue de 1,72 muertes por cada 100 millones de km. recorridos-vehículo, con un mínimo de 0,62 (Santa Cruz de Tenerife) y máximo de 2,95 (Huesca). En el análisis de RL entraron en el modelo el porcentaje de carreteras de gran capacidad ($b = -0,037$; IC = $-0,064/0,011$) y el porcentaje de vehículos pesados ($b = 0,040$; IC = $0,015/0,064$), explicando todas estas variables el 37.4% de la variabilidad en la mortalidad. Las CCAA con mayor mortalidad ajustada fueron Castilla-León, Extremadura y Aragón, frente a Canarias, País Vasco, Cantabria y Madrid con menores tasas.

Conclusiones: El ajuste de la mortalidad por accidentes de tráfico mediante el número de km. recorridos-vehículo permite conocer la variabilidad de esta causa de muerte en España, y su correlación con la disponibilidad de carreteras de gran capacidad. Inversiones en mejoras de las vías y un impulso en los transportes públicos son respuestas válidas a la reducción de la mortalidad, a sumar a las campañas de seguridad vial o de formación de conductores.

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN HOSPITALES, ESPAÑA 1997-2003

A. Jiménez-Puente, E. Perea-Milla López y F. Rivas-Ruiz*
Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga). Unidades de Evaluación e Investigación.

Antecedentes/objetivos: El lugar en que se produce la muerte de los pacientes está condicionado por múltiples circunstancias de naturaleza epidemiológica, cultural y asistencial que se reflejan en una amplia variabilidad geográfica. En Estados Unidos se ha descrito un descenso progresivo de las muertes en hospitales, mientras que no hemos podido localizar información sobre la evolución de dicho fenómeno en España. Nuestro estudio se propuso describir la tendencia del porcentaje de muertes en el medio hospitalario a partir de la información demográfica y asistencial disponible.

Métodos: Se obtuvo información de las muertes ocurridas en España entre 1997 y 2003 través del Movimiento Natural de la Población (MNP) elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y de las producidas en hospitales a través de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI) elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que incluye información de todos los hospitales públicos y privados, entre ella, las circunstancias del alta de los pacientes atendidos en urgencias y hospitalización. Se calculó el porcentaje de fallecimientos hospitalarios respecto al total nacional, excluyendo de éstos los correspondientes a españoles residentes fuera de España y se analizó, mediante la prueba de rachas, la tendencia de dicha serie temporal.

Resultados: El porcentaje de fallecimientos en hospitales fue aumentando año a año entre 1997 (50,3%) y 2003 (54,0%), si bien, dado lo corta de la serie temporal, el test de rachas no alcanzó la significación estadística ($p > 0,10$). Casi el 90% de los fallecimientos en hospitales ocurrieron en planta y, en torno al 11-12% en el área de urgencias.

Conclusiones: En España se viene produciendo un aumento del porcentaje de muertes en hospitales que se puede atribuir a una mejora de accesibilidad o bien a la progresiva medicalización de la sociedad. Dicha evolución tiene importantes implicaciones a efectos de organización de los recursos asistenciales, así como en la interpretación de las tasas de mortalidad hospitalaria.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ALCOHÓLICA Y NO ALCOHÓLICA DEL HÍGADO EN ESPAÑA (1986-2001)

M.A. Barés, R. Gispert, A.C. Freitas, A. Puigdefabregas y R. Tresserras

Servei d'informació i estudis. Departament de Salut. Generalitat Catalunya.

Antecedentes/objetivos: Dentro del grupo de cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, se diferencia la enfermedad alcohólica del hígado (EAH), considerada una causa de mortalidad evitable mediante políticas de prevención, y el grupo de enfermedad no alcohólica del hígado (ENAH). El objetivo es analizar la evolución y distribución geográfica de la mortalidad por EAH en España, durante el periodo 1986-2001.

Métodos: Se calcularon las tasas anuales estandarizadas por edad (Método Directo) para España y por sexos, entre 1986-2001 (población estándar España 1991) de la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y de la mortalidad por EAH y ENAH por separado. Para la mortalidad por EAH, se analizó el porcentaje de cambio anual (PCA) en hombres, mediante un modelo de regresión de Poisson y la distribución geográfica mediante el índice de Mortalidad Estandarizada (tasa media anual de mortalidad de España del periodo 1986-2001), por sexo y para las 19 comunidades autónomas.

Resultados: Durante el periodo 1986-2001 y entre las edades de 15-74 años, se produjeron un total de 87.953 muertes por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, de las cuales 12.825 corresponden a EAH y 75.128 a ENAH (que representan el 0,57 % y 3,37% de la mortalidad general dentro de este grupo de edad respectivamente). La evolución de la mortalidad de la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado disminuye a lo largo del periodo, en ambos sexos. Las tasas son más elevadas en hombres que en mujeres. Al analizar la mortalidad por EAH en hombres, se observa un incremento a lo largo del periodo. Las tasas de mortalidad específicas por edad aumentan significativamente entre 1986-2001, destacando sobretudo el grupo de 65-74 años. Se aprecia un descenso en ambos sexos de la mortalidad por ENAH. En la distribución geográfica de la EAH, se aprecia un patrón similar en ambos sexos. La zona noroeste y los dos archipiélagos, presentan una mortalidad significativamente superior a la del conjunto de España, mientras que Navarra, Aragón, Comunidad Valenciana, Madrid y Castilla-La Mancha, presentan una mortalidad inferior.

Conclusiones: A pesar de la disminución, en ambos sexos de la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, la mortalidad por EAH se ha incrementado en hombres durante el periodo estudiado (principalmente en el grupo de 65-74 años). Como contrapartida, la ENAH ha disminuido, de manera que habría que estudiar de forma más detallada la precisión de los diagnósticos. El patrón geográfico es similar en ambos sexos durante 1986-2001 y muestra diferencias importantes entre comunidades autónomas.

El presente trabajo ha contado con la financiación del ISCIII (RCESP C03/09)

PÓSTER SIN DEFENSA

Miércoles, 4 de octubre de 2006
18:00 a 19:30

Vigilancia epidemiológica

IMPACTO DE LA DECLARACIÓN NOMINAL DE VARICELA.

C. Fernández García, E. Ferrándiz Espí e I. Llácer Fortea

Centro de Salud Pública de Alzira. Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana.

Antecedentes/objetivos: La Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública se crea por Decreto 16/1997 de 28 de enero de la Generalitat Valenciana. Se desarrolla con órdenes posteriores, siendo la última de 28 de junio de 2004, por la que se modifica la lista de enfermedades sometidas a declaración obligatoria, incluyendo la varicela como enfermedad de declaración nominal, surtiendo efecto a partir de 1 de enero de 2005. La Orden de 14 de febrero de 2006, que modifica el calendario vacunal infantil en la Comunidad Valenciana, introduce la vacunación frente a varicela a la edad de 11 años. Desde el año 2004 se dispone de soporte informático para el análisis de la vigilancia epidemiológica. El objetivo es valorar la posible variación en declaración de pediatras del departamento y la descripción de la varicela durante el año 2005.

Métodos: Estudio descriptivo de declaraciones individuales de los años 2004 y 2005 de los 34 pediatras del Departamento 11, con 33 municipios agrupados en 11 zonas de salud, y una población de 251.885 habitantes. χ^2 para establecer diferencias. Descriptivo por sexo, edad, semana y zona de salud de las varicelas declaradas en 2005, tasas*10⁴ e índice epidémico.

Resultados: Año 2004: el porcentaje de declaración fue de 61'3%, para pediatría 48'5%. Se declaran 1007 casos de varicela con una tasa de 39'7*10⁴. En el año 2005, la cobertura fue de 77'2% y 57'6 para pediatría, 2336 casos de varicela, el 90% declarados por pediatras, y una tasa de 91'8*10⁴. Se aprecian diferencias significativas en la declaración de pediatras entre ambos años ($p < 0,001$), con aumento en las declaraciones en todas las zonas (z) salvo en la z5 (descenso de 16 puntos); las diferencias son significativas en Alberic (z1), Alzira (z2), Cullera (z10), L'Alcudia (z4). El incremento global de la tasa*10⁴ de varicela es de 52'2 casos. El índice epidémico es de 2'56, 50'4% son varones. La edad media fue de 7'8 años; el 87'3% se han declarado en menores de 11 años (58% son menores de 4 años). 16 casos estaban vacunados, once son menores de 6 años. Hay una distribución bimodal: febrero y mayo, con descenso en marzo-abril. Por zonas de salud, las tasas más elevadas se observan en Carcaixent (z8) con 213*10⁴ y con un aumento de 7'3% en declaración, y en la zona 4, con un valor de 160*10⁴ y 15 puntos de aumento en declaración; la más baja en z7 (Alginet) con 20*10⁴ y 7 puntos de aumento en declaración.

Conclusiones: De forma global, se ha incrementado de forma significativa la declaración individual en los pediatras del departamento en el año 2005, que puede explicar el incremento en las tasas de varicela. Esta diferencia se mantiene en 4 zonas, que a su vez aportan tasas superiores a 60 casos por 10⁴. La edad de los casos es, en más del 87%, inferior a la edad de vacunación.

SISTEMA DE ALERTAS DE SALUD PÚBLICA EN ASTURIAS, 2002-2005

I. Huerta González, B. Álvarez Fernández, Y. González García, N. Méndez Menéndez, P. Alonso Vigil y M. Margolles Martins
Sección de Vigilancia Epidemiológica, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias.

Antecedentes/objetivos: Las recientes crisis sanitarias, junto a la mayor demanda de seguridad sanitaria, han llevado al concepto de Alerta de Salud Pública (SP) como una situación que precisa una intervención activa de SP, más allá del ámbito tradicional de la vigilancia epidemiológica. Aunque sin base normativa, en Asturias existe un Sistema de Alertas de SP desde 2002. Se realiza un descriptivo de las Alertas de SP en Asturias entre 2002-2005.

Métodos: Se define Alerta de SP como un *fenómeno, potencial o constatado, de riesgo para la salud de la población, y/o con trascendencia social, frente al que es necesario desarrollar actuaciones de salud pública de forma urgente y eficaz, con el fin de evitar el riesgo, minimizar su impacto o gestionar las consecuencias*. Se incluyen: Brotes alimentarios (BAL), Otros brotes (OBR), Meningitis (MEN), Legionelosis (LEG), Enfermedades de vigilancia especial (EVE) y Situaciones de riesgo (RIE).

Resultados: En los 4 años ocurrieron 564 alertas (141 por año; tasa 13,1 por 10³), con 5451 enfermos (1363 por año; tasa 126,8 por 10³), 719 hospitalizados (180 por año; tasa 16,7 por 10³) y 35 fallecidos (9 por año; tasa 0,8 por 10³). Por tipos, 17,7% fueron BAL, 11,3% OBR, 23,8% MEN, 20,2% LEG, 10,8% EVE y 16,1% RIE. La mayoría de enfermos se dieron en BAL (27,6%) y OBR (62,2%). Por meses, predominaron entre jun-nov (61%), con más frecuencia de BAL en jun, ago y sep (58%), de OBR en feb, jul y nov (42%), de MEN en ene, may y dic (37%), de LEG en jul y sep a nov (74%), de EVE en mar y ago (33%) y de RIE en jun, jul y nov (43%). Se realizó investigación epidemiológica en 98,9% de las alertas, inspección de establecimiento en 21,3% (en BAL 81%), investigación ambiental en 5,9% (en LEG 16% y en OBR 14%), otra investigación en 12,9% (en RIE 39% y en OBR 20,3%) y toma de muestras en 89,4%, con una media de 4,2 muestras por alerta y 59% positivas. Se tomaron muestras de enfermos en 86% de alertas con 76% positivas, de sanos en 4,3% (OBR 14%) con 14% positivas, de manipuladores en 5,3% (BAL 29%) con 23% positivas, de alimentos en 7,3% (BAL 35%) con 32% positivas, de agua en 2,8% (OBR 12,5%) con 32% positivas, y ambientales en 1,4% (LEG 3,5%) con 45% positivas. El retraso mediano en la notificación fue de 6 días (4 días en BAL, 3,5 en OBR, 3 en MEN, 9 en LEG, 9 en EVE y 11 en RIE). La duración mediana de intervención fue de 14 días (34 días en BAL, 37 en OBR, 7 en MEN, 10 en LEG, 15,5 en EVE y 25,5 en RIE).

Conclusiones: Un Sistema de Alertas de SP permite caracterizar las situaciones que requieren intervenciones de salud pública, las modalidades de intervención, la rentabilidad de la toma de muestras y la carga de trabajo que conllevan.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS MENINGITIS BACTERIANAS EN BIZKAIA, 1996-2004

V. De Castro Laiz, E. Alonso Fustel, C. Castells Carrillo, M. Goiri Zabala, N. Muniozguren Agirre y E. Ortueta Errasti
Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia.

Antecedentes/objetivos: La meningitis bacteriana es una enfermedad infecciosa aguda que requiere hospitalización por lo que la frecuentación hospitalaria ofrece una buena aproximación a la incidencia real de dicha patología. Dado que solo la meningitis meningocócica esta sujeta a declaración obligatoria, el CMBD puede ser un buen instrumento para valorar la epidemiología de las meningitis de otra etiología.

Métodos: 1) Análisis descriptivo retrospectivo de las meningitis bacterianas hospitalarias. 2) Definición de caso: alta hospitalaria en la que figura como diagnóstico principal (motivo de ingreso) una meningitis bacteriana meningocócica (036.0), por listeria (0270) o por otras bacterias (CIE-9:320,0-320,9). 3) Periodo de estudio: 1996-2004. 4) Fuente de información: CMBD (Conjunto mínimo básico de datos) del Registro de Altas hospitalarias. 5) Población diana: pacientes ingresados cuyo territorio histórico de residencia es Bizkaia. 6) Los denominadores se obtienen del Padrón 1996 y del Censo 2001.

Resultados: Se registraron un total de 509 meningitis bacterianas. El número de hospitalizaciones varía entre 44 y 74 por año lo que supone una incidencia anual de entre 3,9 y 6,6 casos por 100.000 habitantes respectivamente. En EEUU se describe una incidencia de hasta 6 por 100.000. La letalidad de las meningitis bacterianas oscila entre 28,6%(2/7) de la M. Estafilocócica, 17,6% (6/34) de la M. Estreptocócica, 11,1%(10/90) de la M. Neumocócica, 5,7%(2/35) de la listeria y 4,7%(9/190) de la M meningocócica. En el 27% de las meningitis no se especifica el tipo de bacteria causante, lo que puede deberse a la ausencia de crecimiento bacteriano por tratamiento antibiótico, a que el alta se produce antes de la confirmación del laboratorio o a una codificación incorrecta. En los casos en los que se identifica la bacteria causante, en 51,2% el agente es una *N. meningitidis*, el 24,3% un *S. pneumoniae*, 9,4% *listeria*, 9,2% *estreptococo*, 4% *Hemophilus* y 0,3% *estafilococo*. Con respecto al género de los afectados el 52% son hombres, excepto en el caso de la listeria que 26 de 35 casos (74%) son hombres. La edad hay que considerarla al mismo tiempo que el germen causal; en los menores de un año y mayores de 64 años se produce el mayor número de meningitis por estreptococo, el meningococo afecta principalmente a los niños y a los jóvenes y el neumococo y la listeria afectan sobre todo a los adultos de más edad.

Conclusiones: Las meningitis bacterianas son un problema de salud pública importante por su incidencia y letalidad, y por la existencia de vacunas para su prevención (meningococo, neumococo, y haemophilus) y el CMBD del Registro de Altas Hospitalarias puede ser una herramienta válida para su estudio y vigilancia.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA HEPATITIS A, EN BIZKAIA. AÑO 2005

V. De Castro Laiz, S. San Jose Rodríguez, E. Alonso Fustel, C. Castells Carrillo, M. Goiri Zabala, N. Muniozguzen Agirre y E. Ortueta Errasti
Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia.

Antecedentes/objetivos: En 2005 hubo una elevada incidencia de hepatitis A en Bizkaia, se declararon 69 hepatitis A (6,1/100.000 habitantes). En 2006 la incidencia sigue siendo elevada. Desde 1997, en que comenzó a ser enfermedad de declaración individual, se observó otro pico semejante en 1998 con la misma incidencia (6,2/100000). La existencia de picos de mayor incidencia cada 4-5 años, se produce en enfermedades infecciosas no modificadas por pautas vacunales y se debe al acúmulo progresivo de susceptibles.

Métodos: 1) Definición de caso: hepatitis con sintomatología clínica, confirmada por laboratorio VHA IgM (+) durante 2005 en un paciente residente en Bizkaia. 2) Fuentes de información: EDO, SIM, CMBD. 3) Realización de encuesta epidemiológica. 4) Denominadores: Censo de 2001.

Resultados: Hubo 69 casos de hepatitis A durante 2005. Tanto el Índice Epidémico-1 (IE1) 4,6 como el IE-2 (4,3) ponen de manifiesto el aumento de incidencia del año. Los casos se declararon a lo largo del año con dos picos de incidencia en febrero y después del verano. Las edades de los afectados oscilaron entre 2 y 46 años y el 52 % eran hombres. Entre los casos declarados, 20 (29%) correspondían a la comunidad de etnia 'gitana'. La distribución por edad y sexo difiere entre ambas comunidades. Entre los 'no gitanos' el 57 % eran hombres, y solo el 27% tenían menos de 22 años. Entre los gitanos, había menos hombres (40%) y todos los afectados eran menores de 22 años. La mayoría de los casos se presentaron de forma aislada, excepto en un municipio de 20.000 habitantes donde se produjeron 10 casos en 4 meses entre 2005-2006 (tasa 50/100.000). Los factores de riesgo identificados fueron, aparte del contacto con otro caso (15), viajes a zona endémica (9) y antecedente de ingesta de marisco crudo o poco hecho (5). Hubo 15 (22%) ingresados por hepatitis A, con una estancia media de 6,5 días (rango 2-18). El 13% (2) tenían 1-15 años, el 33%(5) entre 16-30 y el 53%(8) entre 31-45 años. Todos los enfermos evolucionaron hacia la curación.

Conclusiones: Durante el año 2005 hubo un aumento real de incidencia de hepatitis A que continúa en 2006. Las medidas adoptadas en esta situación consistieron en intensificar la vigilancia a través de los laboratorios e intervenir ante cada caso administrando 'gammaglobulina y vacuna' a los contactos familiares. En el grupo de afectados de etnia gitana se amplió el uso de la vacuna para prevenir casos secundarios ya que la incidencia en esa comunidad es más elevada. Cuando los afectados eran niños, aunque hemos observado que la transmisión se ha producido habitualmente en el medio familiar o extraescolar, se extremaron las medidas higiénicas especialmente en los aseos del colegio.

PASO DE UNA ENFERMEDAD DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA NUMÉRICA A INDIVIDUAL: RESULTADOS DE VARICELA EN EL AÑO 2005

I. Huertas Zarco, M. Martín-Sierra, F. González Moran, H. Vanaclocha Luna, A. De La Encarnación Armengol y J. Berenguer Muñoz
Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico. Conselleria de Sanitat. Valencia.

Antecedentes/objetivos: La varicela es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) con datos a nivel provincial desde 1950, en la Comunidad Valenciana aparece como EDO numérica en el Decreto número 123/84 de 12 de noviembre sobre Vigilancia Epidemiológica y así permanece hasta la ORDEN del 28 de junio de 2004, de la Conselleria de Sanidad que modifica la lista EDO e incluye varicela como enfermedad individualizada con encuesta epidemiológica (1/01/05).

Objetivos: 1. Evaluar el funcionamiento del Sistema de Vigilancia de Varicela, durante 2005, en relación al quinquenio anterior (00-04). 2. Describir las características temporales, espaciales y personales a partir de los datos de 2005.

Métodos: En el primer objetivo se estudió la evolución de la declaración de varicelas durante 2005 como enfermedad numérica e individualizada, con respecto a la mediana y límites de confianza del quinquenio anterior en que la enfermedad era numérica, a nivel de Comunidad y desagregado por provincias y áreas de salud. Para el segundo objetivo se realizó estudio descriptivo de las variables recogidas en la encuesta epidemiológica de las varicelas declaradas en 2005.

Resultados: El número total de casos fue de 22.751, tasa de 508,87 casos por 10⁵ habitantes y la tasa mediana fue de 637 casos por 10⁵ habitantes (480,7-732,7). Por provincias la tasa más elevada se dio en Castellón 671 casos por 10⁵ habitantes, cifra similar a la mediana; seguida de Valencia tasa de 598 casos por 10⁵ habitantes, cifra dentro de los intervalos de confianza y Alicante con la tasa más baja 330,5 casos por 10⁵ habitantes, por debajo del límite inferior. A nivel de áreas de salud, las 3 de Castellón muestran cifras similares o superiores a la mediana, pero dentro de los límites; las 10 de Valencia, están dentro de los intervalos incluso alguna de ellas por encima del superior y de las 7 de Alicante 5 están por debajo del límite inferior. La distribución temporal muestra un componente estacional; por sexo no se observan diferencias; por edad el 90% de los casos son en menores de 15 años; un 2% de los casos se dan en vacunados y la procedencia de la declaración en el 96% de los casos es de Atención Primaria.

Conclusiones: La declaración se mantiene dentro del intervalo de confianza del quinquenio anterior, y al comparar con el total nacional nuestra tasa es 44,4% más elevada. El 90% de los casos se han producido en menores de 15 años, coincidiendo estos datos con los de otros estudios. Los datos individuales pueden ser válidos de cara a un análisis más pormenorizado de la enfermedad ante la introducción de esta vacunación en el Calendario Infantil.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE VARICELA REGISTRADOS EN CMBD EN ANDALUCÍA. 2001-2004

V. Gallardo, G. Andérica, E. Rodríguez, E. Durán, F.J. Guillén, V. Llamas y J.M. Mayoral
Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Participación. Junta de Andalucía.

Antecedentes/objetivos: En 2006 se ha incluido en calendario de vacunaciones a los 12 años la vacuna de varicela para niños que no hayan padecido la enfermedad ni estén vacunados previamente, con objeto de evitar la enfermedad en el adulto. El objetivo de este trabajo es conocer las características de los casos de varicela hospitalizados en Andalucía ya que representan la forma más grave de presentación de la enfermedad.

Métodos: Se ha utilizado la base de datos con las altas recogidas en el CMBD de Andalucía de los años 2001 a 2004 por los códigos: 052.0 (encefalitis posvaricela), 052.1 (Neumonitis por varicela), 052.7 (varicela con complicaciones especificadas), 052.8 (varicela con complicación no especificada), 052.9 (varicela sin mención de complicación), en el código principal (C1). Se estudian las variables edad, grupo de edad, sexo, complicaciones, estancia media y tipo de alta.

Resultados: El número de altas en los diferentes años ha sido 228, 271, 236 y 243. El mayor porcentaje corresponde a alta por varicela sin mención de complicación (66% en 2001 a 56% en 2004), seguido de neumonitis (17% en 2001 a 21% en 2004) y varicela con complicación (14% en 2001 a 21% en 2002), la encefalitis se presentó entre 3% en 2001 y 5% en 2003 y 2004. En relación a la edad, los menores de 1 año representan el % más elevado oscilando entre el 16% y 19%. Por grupos de edad, los menores de 5 años representan entre el 50-55% de las altas, el de 5-9 años entre el 15%-19% y el de 30-39 años entre el 12%-15% de las altas. En los menores de 5 años entre el 67%-77% de los casos corresponden a varicela sin mención de complicaciones. En el grupo de 30-39 años entre el 50% y 78% de los casos corresponden a neumonitis por varicela. Hay un ligero predominio del sexo masculino (51%-58%, según año). La estancia media más elevada correspondió a los casos por encefalitis posvaricela, 12 días, mientras que la menor correspondió a varicela sin complicaciones con 5 días. El alta por defunción se produjo en 6 casos (2 en 2001, 2 en 2002 y 2 en 2004), en todos la causa de alta fue neumonitis por varicela y las edades fueron: 9, 74, 29, 60, 40 y 71 años.

Conclusiones: El mayor porcentaje de altas por varicela se produce en menores de 10 años, fundamentalmente por varicela sin complicaciones, seguido del grupo de 30-39 años, en un alto porcentaje de casos por neumonitis por varicela. Las altas por defunción ocurrieron por neumonitis y el 83% de ellas en adultos.

ANÁLISIS DEL INDICADOR DE URGENCIAS EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE AGOSTO DE 2004 Y 2005 EN IBIZA

N. Arranz¹, A. Magistris², A. Galmes³, D. Herrera¹ y S. De Mateo¹

¹Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC). Centro Nacional de Epidemiología. ²Unitat d'Epidemiologia. Centre Insular d'Eivissa-Formentera. ³Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Salut i Consum. Illes Balears.

Antecedentes/objetivos: Durante el primer fin de semana del mes de agosto de 2005 se produce un aparente aumento de los episodios de urgencias debidos al consumo de sustancias psicoactivas en el hospital de Can Misses de Ibiza y más concretamente de ácido gamma-hidroxi-butírico (GHB), comúnmente llamado éxtasis líquido. Como consecuencia de ello se invita al PEAC para que realice una investigación con el objetivo de analizar la información de las admisiones de urgencias que reflejan consumo de drogas en Ibiza durante los meses de verano.

Métodos: El periodo de estudio comprende los meses de agosto de los años 2004 y 2005 en Ibiza. Se desarrolló un estudio descriptivo de los consumidores de sustancias psicoactivas que acuden al Servicio de Urgencias a partir de la revisión de las bases de datos hospitalarias. Para el análisis se define como indicador: el número anual de episodios de urgencia hospitalaria en personas de 15 a 54 años que han consumido sustancias psicoactivas de forma no médica, independientemente de que el consumo sea o no el motivo de la urgencia. Consideramos caso a cada uno de los episodios de urgencia hospitalaria descritos anteriormente. Se realizó un estudio comparativo con el fin de valorar el comportamiento en el periodo.

Resultados: En agosto de 2005 se producen un total de 149 casos, 49 casos menos que en agosto de 2004, sin embargo el número de intoxicaciones por GHB se incrementaron en un 52,4% de un año a otro (32 casos en 2005 y 21 en 2004). Las características sociodemográficas de los casos (edad, sexo, nacionalidad) son similares en ambos años. Las sustancias psicoactivas que se mencionan con una mayor frecuencia en las historias clínicas de urgencia son los estimulantes, seguidos del alcohol y los hipnóticos y sedantes. Durante el mes de agosto de 2005 se ha producido un aumento en el consumo de estimulantes (50,4% frente a 39,3% en 2004) e hipnóticos y sedantes (15,8% frente a 12,3% en 2004) y un descenso en el consumo de alcohol asociado a otras sustancias psicoactivas (15,8% frente a 23% en 2004).

Conclusiones: Se ha producido un descenso importante en los episodios de urgencia hospitalaria de consumidores de sustancias psicoactivas en el hospital de Can Misses (Ibiza) en el mes de agosto de 2005 con respecto a agosto de 2004, y un incremento en las intoxicaciones por GHB. Sería conveniente poder realizar un estudio en mayor profundidad.

EVOLUCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ANDALUCÍA.

C. Petit Gancedo, J.C. Carmona Lagares, G. Andérica Frías, J.C. Fernández Merino y J.M. Mayoral Cortés

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Antecedentes/objetivos: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son en los últimos años un importante problema de salud, dada su morbilidad y complicaciones, que precisan de una intervención precoz de cara a su diagnóstico y tratamiento. En el último decenio se asiste a un incremento de estas enfermedades en determinados grupos de población en el área europea, como consecuencia del gran movimiento de personas y el aumento de comportamientos de riesgo sexual. Asimismo, existe una gran variabilidad en los sistemas de registro en cada Estado, que dificulta la comparabilidad de la evolución de estas enfermedades entre los distintos países. El objetivo de este trabajo es describir la evolución y epidemiología de este grupo de enfermedades en los últimos años, integrándolo en la definición de los sistemas de registro en el ámbito de Andalucía.

Métodos: Análisis descriptivo de la incidencia de las ITS en Andalucía desde 1997 a 2005, a partir de tres de las fuentes de información de mayor relevancia en nuestro medio de estudio: Declaración de enfermedades en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVEA), Sistema de Declaración Microbiológica (SIMAN) y Conjunto Mínimo de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDA), con evaluación de categorías diagnósticas principales consideradas al alta (MDC) (en estos, en los tres últimos años). Asimismo, descripción de la configuración y características de dichos sistemas de información en relación a las ITS (variables de estudio, indicadores de evaluación, medidas de frecuencia y detección de exceso de casos).

Resultados: En términos absolutos se ha detectado un incremento global de las ITS en Andalucía superior al 50% en los últimos tres años, en especial a partir de 2004, mostrándose una distribución desigual entre las distintas provincias andaluzas, debido sobre todo a la distribución/ubicación de los centros de atención específicos. La mayor incidencia en general se detecta en hombres adultos jóvenes, sobre todo en la sífilis y la infección gonocócica.

Conclusiones: En el registro de la información se detecta una importante infradeclaración dado el peculiar carácter de este tipo de enfermedades y su diversa distribución sociocultural. Esto se percibe a raíz de las marcadas diferencias geográficas, y al carácter no poblacional de los registros. Ello conlleva gran dificultad en el análisis de las distintas fuentes de información. Se aprecia a las ITS como posibles indicadores de conductas sexuales de riesgo, sobre todo las asociadas a la transmisión de la infección por VIH. Se constata la no comparabilidad entre los datos procedentes de fuentes internacionales, nacionales y andaluzas.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA EN LA VIGILANCIA DE LA HEPATITIS A EN BADAJOZ

J. Sánchez Vega^{1,2}, J.A. López Gimón¹, J. Alejandro¹ y J.A. Gutiérrez Gallego²

¹Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Gerencia de Área de Badajoz. Servicio Extremo de Salud. ²Universidad de Extremadura. Centro Universitario de Mérida. Departamento de Expresión Gráfica.

Antecedentes/objetivos: La hepatitis A es una enfermedad vírica autolimitada, de transmisión feco-oral, por contacto con enfermos y por consumo de aguas o alimentos contaminados. Independientemente de la escasa trascendencia clínica y del origen, la aparición de un brote o el mantenimiento de una cierta endemia, es un indicador de malas condiciones higiénico-sanitarias, con déficit en las redes de suministro y aguas residuales. En España los brotes son esporádicos y la endemicidad es baja y Extremadura se ha mantenido en los últimos años alrededor de la media de las Comunidades Autónomas. La georreferenciación, que se obtiene hoy día mediante los Sistemas de Información Geográfica (SIG) permite distinguir los casos aislados de los posibles brotes o agregaciones temporales y/o espaciales.

Métodos: Período del estudio: Año 2005
Fuentes de información epidemiológica en el Área Sanitaria de Badajoz del Servicio Extremeño de Salud (SES): 1) Declaración individualizada de las EDO, 2) Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), 3) Sistema de Información Microbiológica (SIM) Confirmación diagnóstica por detección de IgM frente a Hepatitis A en suero en todos los casos.

Población de referencia: Datos de población por distritos del Censo de Población 2001 INE.

Resultados: De los 34 casos del 2005, 19 (55,9%) fueron declaraciones EDO, y por búsqueda activa en el CMBD 11 casos (32,4%). Durante el año 2005 el SIM no se declaró ningún caso, pero realizada una búsqueda en la base de datos del laboratorio se localizaron 4 casos (11,8%) no detectados. En cuanto a la distribución por edad, en el grupo de hasta los 14 años se produjeron 20 casos (58,8%), de los 15-44, 13 casos (38,2%) y en los mayores de 45, un caso (2,9%). La Tasa en Badajoz es de 25,5 casos por 100.000. Los 19 casos de la barriada de los Colorines suponen una tasa de 259,8. Los 5 casos de S. Roque, 74,9. En la representación temporal de los casos puede observarse como en la barriada de los Colorines se producen casos en los tres primeros trimestres del año, y como el brote de S. Roque se limita al 3º trimestre.

Conclusiones: Las EDO y el SIM han detectado solo un 55,9% de los casos y por tanto la búsqueda activa es necesaria. La tasa en Badajoz para el 2005 está muy por encima de la media nacional, pero nuestro SIG nos muestra que el problema real es de una magnitud 10 veces superior y está localizado en las zonas marginales, donde es necesaria una revisión de las infraestructuras de aguas de consumo y saneamiento.

ACCIDENTES EN LA INFANCIA. ESTUDIO DE LA RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN 2004-2005

M. Gil Costa¹, A.T. Vega Alonso¹, R. Álamo Sanz¹, Red de Médicos Centinelas de Castilla y León (RMCCyL)

¹Observatorio de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Valladolid. Castilla y León.

Antecedentes/objetivos: Es difícil conocer la incidencia de accidentes en la infancia si excluimos los accidentes de tráfico. La mayoría de las lesiones leves que se producen en el hogar o en el centro escolar son atendidas y tratadas por la familia o el personal educador; y aquellas que si necesitan asistencia médica y son recogidas en los registros sanitarios, solo aportan información de la localización y el tipo de lesión y raramente la causa que lo origina.

Métodos: Estudio observacional descriptivo realizado por la RMCCyL durante los años 2004-2005, en la población vigilada menor de 15 años (46.163 personas-año). Se definió accidente doméstico y peri doméstico como la patología de causa accidental de origen externo al individuo y que ocurre en el medio ambiente habitual. Se excluyeron los accidentes laborales, deportivos en la modalidad de deporte federado, los de tráfico y las lesiones de causa violenta o auto inflingidas.

Resultados: Se incluyeron 1.863 casos (59,3% varones y 40,7% mujeres) estimándose una incidencia anual acumulada de 4.036 casos por 100.000 menores (IC95%: 3.858-4.219) Por grupos de edad y para ambos sexos las tasas más elevadas se producen en los grupos de 1 a 4 años y de 10 a 14 años, 4.544 y 4.176 por 100.000 respectivamente. El 50% de los accidentes se producen en el hogar y el 23% en el centro escolar. Las caídas desde altura son la causa más frecuente en los menores de 1 año y las caídas en el mismo nivel en el grupo de 5 a 14 años. El tipo de lesión más frecuente es la agrupación contusiones/hematomas/magulladuras y abrasiones (45%). La parte del cuerpo más afectada son las extremidades superiores (36%) y la zona cabeza-cuello (34%). En el 72% de los casos la atención médica inmediata la prestó el médico de Atención Primaria, y el 24% fueron remitidos a un centro hospitalario.

Conclusiones: El riesgo de accidentabilidad es superior en niños que en niñas y el grupo de edad más afectado el de 1 a 4 años. El hogar y el colegio agrupan el mayor número de accidentes, siendo las caídas y los producidos por objetos cortantes las causas más frecuentes. La atención médica es prestada mayoritariamente por el médico de familia. Con el fin de caracterizar mejor este problema de salud y aplicar intervenciones de prevención y control parece necesario profundizar más en el análisis de las causas y circunstancias, que originan los accidentes. Los datos aportados por los médicos generales y pediatras de la RMCCyL una vez que sean analizados en profundidad servirán a este propósito.

AGREGADOS DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN A CORUÑA

M.R. Martínez-Risco Daviña, A. Armada Alvarez, C. Rey Alvarez, J. Suñentes Hernández y M. del Valle Arrojo

Antecedentes/objetivos: En la bibliografía encontramos distintas definiciones de cluster o agregado de Enfermedad Meningocócica (E.M.): 1) Public Health Laboratory Service (PHLS): Dos o más casos de E.M. en la misma institución dentro de un periodo de cuatro semanas, 2) Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RNVE): Dos o más casos de E.M. atribuibles al mismo serogrupo, relacionados en el tiempo y en el espacio, 3) Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia (DGSP): Aparición, en el plazo de un mes y producidos por meningococos del mismo serogrupo, de dos o más casos primarios relacionados entre sí por contactos personales o lugares comunes de exposición.

Entre el año 2002 y los primeros meses del 2006 se produjeron en la provincia de A Coruña varias agrupaciones de casos de E.M. Según la definición que se adopte, no todas se podrían considerar como agregados, aunque tampoco podemos considerarlos como casos aislados, especialmente en casos que producen gran alarma social (éxitus o casos en centros escolares)

Objetivo: Estudiar la idoneidad de las distintas definiciones de agregado de E.M.

Métodos: Estudio descriptivo. Variables: nº de casos, días transcurridos entre ellos, rango de edad, serogrupo, cumple o no los criterios de cada definición.

Resultados:

Agrupación	Casos	caso/días	Rango edad	Caso/serogrupo	Def. de PHLS	Def. de RNVE	Def. de DXSP
1	3	1 a 2/ 31 días 2 a 3/ 6 días	dic-39	1/C 2/C2a:P15 3/No identificado C:2a:P1.5	Casos 1 y 2:No 2 y 3: Si	Si	Casos 1 y 2: Si 2 y 3: Si? Si
2	2	25 días	14-46		Si	Si	
3	2	51	mar-13	C:2a:P1.5	No	Si	No
4	4	1 a 2: 58 días 2 a 3: 6 días 3 a 4: 8 días	06-oct	1/B 2/B:NT:P1.15 3/B:4:P1.15 4/B:4:P1.15	Casos 1 y 2: No 2, 3 y 4: Si	Si	Casos 1 y 2:No 2, 3 y 4:Si

*Cumple el criterio de tiempo pero no se identificó el serogrupo

Conclusiones: 1) La definición propuesta por la RNVE, con unos criterios menos restrictivos, es la única en la que se pueden incluir todas las asociaciones de casos estudiadas, 2) Las definiciones más restrictivas no contemplan como agregados asociaciones de casos en las que el tratamiento de los casos como casos aislados produce gran alarma social, 3) La alarma social debería tenerse en cuenta, como un criterio más, a la hora de abordar agrupaciones de casos. Desde este punto de vista, definiciones menos específicas como la de la RNVE pueden ser más útiles.

VIGILANCIA DEL CONSUMO DE QUINOLONAS EN GALICIA EN EL PERÍODO 2001-2005

I. Losada Castillo¹, A. Malvar Pintos¹, M. I. Santiago Pérez¹, C. Rey Barbosa², P. Chavarri Arzamendi² y X. Hervada Vidal¹

¹Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. ²Subdirección Xeral de Farmacia. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Objetivos: Conocer y cuantificar la prescripción de QUINOLONAS, grupo de ATC J01M, en Galicia en 2001-2005. Estudiar el consumo de quinolonas en relación a la provincia, la estacionalidad y el tipo de cartilla sanitaria.

Métodos: Estudio poblacional observacional retrospectivo de la dosis diaria definida por 1.000 habitantes y por días (DHD) del grupo de antibióticos J01M de la clasificación ATC/DDD, recomendada por la OMS. La DHD se calculó en la población gallega con cobertura sanitaria. Los datos procedieron del sistema informático de gestión de farmacia y de Asistencia Sanitaria. Variables: provincia, año, mes y tipo de cobertura sanitaria (activos y pensionistas). Los cálculos se hicieron con Stata v. 9.2.

Resultados: Las DHD del grupo J01M global de Galicia durante cada uno de los años del estudio fueron de 2,6 en el año 2001, 2,7 en 2002, 2,8 en 2003, 2,7 en 2004 y 2,9 DHD el 2005. El consumo se mantuvo constante aunque aumentó ligeramente en el último año. La provincia de Ourense fue la que presentó un consumo más elevado y con un incremento más marcado en el último año. Dentro de las fluorquinolonas, la más prescrita fue ciprofloxacino, 50%, aunque con descenso en los últimos años. Norfloxacino descendió desde 2003 y levofloxacino y moxifloxacino aumentaron su consumo. Estos fármacos están indicados en el tratamiento de neumonías, lo que puede explicar el pico de consumo de enero-febrero de 2005. En el consumo existió estacionalidad con prescripción más baja, 0,5-1 DHD, en mayo, junio, julio, agosto y septiembre. La DHD con cobertura pensionista, dosis diaria definida por 1.000 personas pensionistas fue: en el año 2001 5,92; en el 2002 de 6,16; en el 2003, 6,31; en el 2004, 6,11 y en el 2005, 6,59 DHD. La DHD con población activa, dosis diaria definida por 1.000 personas activas, fue: 1,05 en el 2001, 1,09 en el 2002, 1,13 en el 2003, 1,12 en el 2004 y 1,20 en el 2005.

Conclusiones: El consumo de quinolonas se mantuvo constante entre 2001 y 2004, aunque tuvo un ascenso en el 2005 a expensas de levofloxacino y moxifloxacino. Presentó estacionalidad. Los pensionistas presentaron un consumo mucho más elevado que los activos. Existió variabilidad según las provincias.

PÓSTER SIN DEFENSA

Miércoles, 4 de octubre de 2006
18:00 a 19:30

Salud ambiental**IMPLANTACIÓN DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA LA RED CENTINELA DE GRIPE EN ANDALUCÍA**

A. Candela*, G. Conejo**, J.C. Fernández-Merino**, V. Gallardo**, A. Llergo*, J.M. Mayoral**, E. Pérez-Morilla** y C. Petit**

*Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía. **Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/objetivos: En la temporada 1994-95 se crea la red de vigilancia Centinela de Gripe en Andalucía integrada por 20 médicos. Hasta la temporada 2004-2005 se notificaban el número de casos semanales por fax. En la temporada 2005-06 se amplía el número de médicos centinelas a 128, por lo que se hace necesario un sistema que automatice la notificación y la obtención de resultados.

Métodos: Se ha diseñado una aplicación informática. Esta aplicación es web y es accesible mediante la Intranet del Sistema Sanitario Público de Andalucía a los médicos centinela, el laboratorio de referencia y la Red de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Para la obtención de los datos demográficos de los casos está integrada con tarjeta sanitaria. Al no estar implantada la historia digital en todos los centros se ha tenido que habilitar un acceso especial a todos los médicos centinelas. De cada médico se ha obtenido el cupo de población atendido por edad y sexo para el cálculo de las tasas y la estimación de casos (con nivel de representatividad provincial). Se han diseñado los indicadores de resultados semanales.

Resultados: Se ha implantado la aplicación que facilita a los médicos centinelas la declaración de casos sospechosos de gripe. De igual forma permite al laboratorio la cumplimentación de los resultados de las muestras analizadas en los casos declarados con toma de muestra. La aplicación elabora automáticamente los indicadores de resultados y su extrapolación poblacional con un nivel de agregación provincial y de Andalucía. Se inició el funcionamiento de la aplicación en Octubre de 2005 sólo con los 20 centinelas y a partir de Enero, una vez comprobado su correcto funcionamiento se amplió hasta los 128 declarantes. Pudiéndose analizar su funcionamiento tanto para los 20 centinelas históricos como los 108 nuevos.

Conclusiones: Se ha facilitado el análisis de los datos de la temporada 2005-06, con la red centinela tradicional, mejorándose el análisis de datos demográficos y resultados de laboratorio. Una vez comprobado el correcto funcionamiento de la aplicación y la red de centinelas ampliada, el sistema está preparado para su funcionamiento correcto en la temporada 2006-07

REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL CONTENIDO DE MERCURIO EN ALIMENTOS DISPONIBLES EN ESPAÑA

M. Téllez-Plaza^{1,2,3}, B. Pérez², A. Navas³, V. Lope², D. Gómez-Barroso², S. Rodríguez², N. Aragonés², M. Pollán², G. López-Abente²

¹Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia). ²Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII (Madrid). ³Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (Baltimore).

Antecedentes/objetivos: El mercurio es un importante neurotóxico. Para la población general la dieta supone una de las principales fuentes de exposición. Los pescados proporcionan la mayor cantidad de mercurio, sin embargo la aportación de mercurio de otros alimentos también es de interés. En 2004 la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) evaluó la exposición a mercurio a través de la dieta de las poblaciones de los Estados Miembros. España declinó la participación. Nuestro objetivo fue revisar y resumir todos los trabajos publicados hasta el 2006 con concentraciones de mercurio en alimentos disponibles en España y comparar los resultados obtenidos con los presentados en el informe de la EFSA.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura en Medline, Toxline, Embase, Pascal Biomed, y bases del CSIC. La búsqueda se completó con el repaso manual de la bibliografía en los artículos encontrados, y con una solicitud de información a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y al Centro Nacional de Alimentación. Se excluyeron artículos que no presentaban datos originales, de diseño experimental, sin concentraciones de mercurio en alimentos, o de alimentos no disponibles en España. Los resultados obtenidos se compararon de forma gráfica con los resultados presentados por la EFSA.

Resultados: Se incluyeron 47 artículos: 20 analizaron muestras procedentes de comercios, 24 de otras fuentes, y 3 no mencionaron el origen de la muestra. El promedio de muestras por estudio fue 33,47 (rango 1 a 421 muestras). El 54,23% de los trabajos mostraron concentraciones de mercurio en productos marinos, el 16,94% en productos cárnicos, leche, huevos y derivados, el 20,33% en productos de origen vegetal, y el 8,5% en hongos o algas. Las concentraciones de mercurio fueron mayores en productos marinos (rango de 0,0132 a 2,8 µg/g peso fresco). Las concentraciones fueron mayores en los pescados de agua dulce (mediana 0,2035 µg/g), que en los de agua salada (mediana 0,1 µg/g). Vegetales y derivados mostraron las concentraciones más bajas (de 0,00181 a 0,00742 µg/g). Los huevos presentaron un rango de concentraciones mayor que los mostrados en el informe de la EFSA.

Conclusiones: Excepto en el caso de los huevos, el rango de concentraciones de nuestros resultados es similar al del resto de los Estados Miembros. Dada la falta de estudios sistemáticos de tamaño muestral suficiente encontrados, este trabajo pone de manifiesto la inadecuada información relativa a contenido de mercurio en productos alimentarios disponibles en España.

ALERTA QUÍMICA POR EXPOSICIÓN A CLORO GAS EN USUARIOS DE UNA PISCINA PÚBLICA MUNICIPAL

D. Almagro Nievas*, R. Acuña Castillo**, A. Hernández Jerez*** y A. Robles Montes****

Epidemiólogo y **Técnico de Salud Ambiental. Distrito Metropolitano de Granada. *Profesor titular de Toxicología. Facultad de Medicina de Granada. ****Enfermero. Centro de Salud de Albolote (Granada).*

Antecedentes/objetivos: La intoxicación ambiental por cloro gas es relativamente frecuente en piscinas pero está muy poco documentada. Los objetivos fueron: describir los factores ambientales que pudieron contribuir a la aparición de la alerta el día 21 de julio de 2005; analizar las manifestaciones clínicas de la exposición aguda a cloro gas en los usuarios de la piscina pública y su relación con factores dependientes del paciente y valorar la evolución clínica y funcional sobre el aparato respiratorio.

Métodos: La población de estudio fue todo usuario o trabajador de la piscina que el día de la alerta estaba presente en el recinto a partir de las 17:30 horas. Se definió como caso aquellos individuos que habían requerido asistencia médica en cualquier dispositivo sanitario por presentar alguno de los siguientes síntomas: náuseas, vómitos, tos, picor en garganta, dolor torácico, dificultad al respirar, cefalea, vértigos, hormigueo en extremidades, escozor en ojos, lagrimeo y/o ojo rojo. Las intervenciones fueron: inspecciones ambientales, encuesta epidemiológica con variables de persona (edad, género, altura, peso, patología previa), lugar donde se encontraba en el momento de la exposición (grupo de familia/amigos, ubicación en el recinto y distancia al foco de emisión, si se estaba bañándose o no), olor percibido y síntomas que presentaron y el seguimiento clínico y de la función pulmonar mediante espirometría al segundo y quinto mes del accidente. Estudio descriptivo y de casos-control.

Resultados: Los enfermos que cumplían con la definición de caso fueron 65 (el 70% de los niños y el 48.3% de los adolescentes/adultos presentes en la piscina) y los sanos 48. La inspección ocular constató que se produjo una mezcla accidental de ácido clorhídrico con hipoclorito sódico con emanación de cloro gas. La clínica predominante fue de carácter irritativo (tos, disnea y picor de garganta). El riesgo de enfermar en niños fue diez veces superior si tenía una patología respiratoria de base (ORc 10,81; IC95% 1,36-86,33) y cuatro veces mayor si estaba a una distancia inferior a 40 metros del lugar del accidente (ORc 4,5; IC95% 1,08-18,68). Hubo ocho niños ingresados. La evolución de los casos fue hacia la curación funcional y clínica de todos los casos excepto un caso que tenía antecedentes de asma.

Conclusiones: La exposición a cloro gas por manipulación y mezcla imprudente de sustancias químicas afectó más a niños que a adolescentes y adultos, produciendo síntomas irritativos respiratorios y evolución hacia la curación clínica con normalidad de las pruebas funcionales, menos un caso.

PÓSTER SIN DEFENSAMiércoles, 4 de octubre de 2006
18:00 a 19:30**Estilos de vida, Nutrición y alimentación y Tabaco****EFFECTOS DE LA CONTAMINACION ATMOSFERICA Y NIVELES DE POLEN SOBRE LAS URGENCIAS POR ASMA EN BARCELONA: UN DISEÑO DE CASOS-CRUZADOS**

A. Tobías*, M.J. Bleda**, J. Belmonte* y J. Sunyer***

Universitat Autònoma de Barcelona; **Centro Nacional de Epidemiología; *Institut Municipal d'Investigació Mèdica.*

Antecedentes/objetivos: Indicadores actuales de morbilidad por asma ponen de manifiesto su trascendencia en la salud pública. Existen amplias evidencias que muestran un aumento generalizado de la morbilidad por asma en la última década. Este continuado incremento y su variabilidad geográfica sugiere la existencia de un papel de factores ambientales. Estudios de series temporales han descrito asociaciones entre morbilidad por asma y contaminantes ambientales, aunque con limitaciones propias de estudios ecológicos, siendo escasos los estudios epidemiológicos a nivel individual. Nuestro objetivo es cuantificar los efectos a corto plazo de contaminantes atmosféricos y niveles de polen sobre las urgencias por asma en Barcelona a nivel individual utilizando un diseño de casos-cruzados.

Métodos: Se recogió información individual de todas las urgencias por asma para el período 1994-1997, del registro diseñado para la investigación de las epidemias de asma de Barcelona. Los contaminantes analizados fueron: promedio diario de humos negros, PM10 y promedio de 1h de NO₂ y de 8h de CO y O₃. Se recogieron los niveles medios diarios de diversos tipos polen con capacidad alergénica (cupresacea, gramínea, olivo, platano y urticacea). Se definió a los casos como la exposición del nivel de contaminación del día de ingreso del paciente y como controles, bidireccionales, los niveles de contaminación dos semanas antes y después del día del ingreso. Los datos se analizaron con modelos de regresión logística condicional, estratificando por grupos de edad.

Resultados: Para los menores de 14 años se observó un efecto estadísticamente significativo para los niveles de CO en el retardo de 3 días (OR para un incremento de 0,25 mg/m³ = 1,05; IC95%:[1,02-1,08]) y de gramíneas en el retardo de 2 días (OR para un incremento de 5 granos/m³ = 1,15 [1,10-1,59]), y marginalmente con el O₃ en el retardo de 3 días (OR para un incremento de 10 µg/m³ = 1,05 [0,99-1,10]). Mientras que para los mayores de 15 años únicamente se observa un efecto significativo de los niveles de cupresaceas en el retardo de 3 días (OR para un incremento de 5 granos/m³ = 1,005 [1,001-1,018]).

Conclusiones: Los resultados del presente estudio sugieren que los contaminantes atmosféricos y niveles de polen se asocian positivamente, y de forma significativa, con las urgencias hospitalarias por asma en Barcelona principalmente en los niños menores de 14 años, pero no en los adultos.

A. Tobías recibió la Ayuda 'Enrique Nájera' de la Sociedad Española de Epidemiología. M.J. Bleda recibió una beca de la Universidad Autónoma de Madrid para estudiantes de tercer ciclo.

PÍLDORA POSTCOITAL, UNA EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS EN LA PROVINCIA DE JAÉN

M.A. Bueno, M.I. Sillero, M.L. Gómez, J.A. López, A. Mercado, R. Montañés, M.A. de Haro, I. Ortega y L. Muñoz

Distrito Jaén Sur, Delegación Consejería de salud de Jaén, Distrito Jaén, Distrito Jaén nordeste.

Antecedentes/objetivos: La consejería de salud de la junta de Andalucía introdujo en 2001 la dispensación de la píldora postcoital (Levonorgestrel) como anticonceptivo de emergencia con un doble objetivo, evitar la utilización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) sobre todo en jóvenes, y proporcionarles una información adecuada que les permita acceder a unas prácticas sexuales sin riesgo. Presentamos la experiencia de su uso durante 5 años en la provincia de Jaén, realizando un estudio descriptivo del perfil de las demandantes de este servicio y su relación con el número de ives durante el período 2001 al 2005

Métodos: Estudio descriptivo de la población de Jaén que han demandado la píldora postcoital desde el año 2001 al 2005, recogiendo las siguientes variables: número de píldoras dispensadas por año y grupos de edad, causa más frecuente de dispensación, uso de método anticonceptivo previo. Fuente sistema de registro de anticoncepción postcoital hospitalarios y de atención primaria. Casos de IVE en la provincia de Jaén desde 1991 al 2003 recogiendo las variables casos de IVE por edad y tasas por edad. Fuente: Evolución incidencia IVE 1991-2003 Servicio de Información y evaluación de la Consejería de Salud

Resultados: El nº de píldoras prescritas en el período estudiado (2001-2005) han sido 16.947, aumentando su demanda cada año. La distribución por grupos de edad es la siguiente:

Menores de 19 años 5.720 (37,7%), de 19 a 24 años 4910 (28,9%), de 25 a 29 años 2359 (13,9%) de 30 años o más 2877 (16,9%), la causa más frecuente de demanda de la píldora fue la rotura de preservativo (75%), el 23,5% de las usuarias de este servicio han utilizado en otras ocasiones previas la anticoncepción de emergencia. Se produce una disminución de los casos de IVE en el año 2001 pasando de 588 casos en el 2000 a 566 en el 2001, el nº de IVE aumenta en años posteriores 653 (Año 2002), 700 año 2003 y 704 año 2004. Las tasas de IVE por grupos edad, bajan en el año 2001 en la mayoría de grupos etáreos, aumentando en años posteriores a cifras superiores a las previas a la introducción de la píldora postcoital.

Conclusiones: El uso de la píldora postcoital no ha disminuido las tasas, ni el nº de ives en ningún grupo de edad en la provincia de Jaén en el período estudiado. Las usuarias más demandantes de la contracepción de emergencia es el de mujeres < de 19 años. Es necesario potenciar los programas de planificación familiar y educación sexual a jóvenes señalando que la píldora postcoital es un método de contracepción de emergencia y no un método anticonceptivo de uso continuo que además no previene el riesgo de las enfermedades de transmisión sexual.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA DROGODEPENDENCIA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE DE CASTILLA Y LEÓN. 2004.S. Santos Sanz¹, S. Redondo Martín², F. Martín González² y J.J. Castrodeza Sanz¹¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. ²Comisionado Regional para la Droga, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/objetivos: La inmigración es un fenómeno de continuo incremento en España que origina la convivencia de diferentes culturas. Es importante comenzar a valorar el perfil de este colectivo que se atiende desde la red asistencial de drogodependencias, para poder anticipar futuras necesidades. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de población inmigrante en los pacientes atendidos en esta red y el perfil sociodemográfico de estos usuarios y sus patrones de consumo.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2004. Población de referencia: 4.749 drogodependientes atendidos en los Centros Ambulatorios de Drogodependientes (CADs) de Castilla y León; población muestral: 99 casos admitidos a tratamiento cuyo lugar de procedencia es diferente a España. Se describen las variables sociodemográficas: edad, sexo, procedencia, situación de legalidad, tiempo de residencia, así como las variables respecto al hábito de consumo: droga principal, vía de consumo, droga secundaria, vía de consumo, antigüedad de consumo y antecedentes de tratamiento. Para el análisis estadístico se utiliza el programa estadístico SPSS V13.0.

Resultados: El peso de la población inmigrante de este colectivo es de 2,13% destacando la provincia de Valladolid (34,7%), Burgos (10,5%) y Segovia (8,1%). El área de procedencia más frecuente es Portugal (24,5%), seguido de América Latina (20,9%) y Países del Este (13,6%). La edad media de estos consumidores es de 32 años (DS 8,731), preferentemente hombres (48,4%), en situación de legalidad (69,7%), consumidor de heroína (39,5%), alcohol (26,9%) o cocaína (16,1%) como droga principal y que utiliza la vía fumada (30,3%), inyectada (26,3%), oral (22,2%) o intranasal (18,2%) para su consumo. El 66,7% de los inmigrantes consumen además una droga secundaria, siendo las más frecuentes la cocaína (54,5%) y el cannabis (27,3%).

Conclusiones: La población inmigrante no tiene una importante presencia en los CAD de esta CCAA; Sin embargo y debido a los movimientos poblacionales que se están produciendo en los últimos años, es necesario realizar una vigilancia de este fenómeno de forma que se puedan realizar adaptaciones precisas para la correcta atención de este colectivo drogodependiente, que varía de forma importante en función de su zona de procedencia.

Financiación: Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga. Servicio de evaluación y Prevención del consumo de drogas.

PREVENCIÓN DE LA EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO EN NIÑOS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

M.S. Martínez Ferrer y O. Juárez Martínez

Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: La exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) es causa de diversos problemas de salud, para los cuales los niños son un grupo de población particularmente vulnerable. Con el propósito de diseñar una intervención educativa para prevenir la exposición al HAT entre los escolares, se realizó una revisión bibliográfica de los estudios existentes sobre el tema.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline y Psycinfo con las palabras clave: *environmental tobacco smoke, passive smoking, second-hand smoking, intervention, children, children's exposure*. Los criterios de inclusión fueron: intervenciones centradas en la prevención/reducción de la exposición al HAT, dirigidas a niños y jóvenes hasta 17 años, publicadas en castellano o inglés en revistas científicas entre 1995 – 2006, que evaluaran cambios en la exposición al HAT, ya fuera de manera autodeclarada, o a través de biomarcadores y/o medidas ambientales. Se evaluó la calidad de las intervenciones, la calidad de su evaluación, así como los resultados.

Resultados: Se encontraron 98 artículos en Medline y 57 en Psycinfo. De éstos, 17 cumplieron los criterios de inclusión y describían un total de 15 intervenciones. Sólo una intervención fue desarrollada por el profesorado en la escuela y obtuvo resultados poco concluyentes. En el resto de intervenciones, los mediadores fueron los padres/madres. 8 de éstas se desarrollaron en el domicilio 8, 4 en el ámbito sanitario y 2 en ambos entornos. Siete intervenciones se centraron en niños/as asmáticos. Las 7 mejores intervenciones se caracterizaron por tener una duración de 4 o más horas, implicar a los padres/madres y a profesionales sanitarios, basarse en un modelo teórico de cambio conductual de eficacia demostrada e incluir contenidos sobre tabaquismo activo y pasivo. Estos estudios muestran una evaluación de calidad alta y una intervención de calidad intermedia o elevada.

Conclusiones: Es recomendable que las intervenciones dirigidas a reducir la exposición al HAT introduzcan contenidos de tabaquismo activo y pasivo, duren un mínimo de 4 horas, y tengan un carácter integral (impliquen a los padres y madres de los niños participantes, profesionales sanitarios y profesorado si se desarrolla en la escuela). Es necesario que las intervenciones estén adecuadamente evaluadas e incluyan resultados de proceso que garanticen la correcta implementación de las intervenciones y unos resultados concluyentes.

Financiación: Fundació La Marató de TV3 (Nº. 040830)

EXPECTATIVAS SOBRE EL ALCOHOL Y PATRÓN DE CONSUMO INTENSIVO (BINGE DRINKING) EN JÓVENES UNIVERSITARIOSF. Caamaño^a, E. González^b, M. Corral^b, A. Crego^b, M. Parada^a, M.C. Fernández Eire^c, S. Rodríguez Holguín^b y F. Cadaveira^b^aÁrea de Saúde Pública. Universidade de Santiago de Compostela. ^bÁrea de Psicobiología. Universidade de Santiago de Compostela. ^cUnidad de Tratamiento del Alcoholismo. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Antecedentes: Diversos estudios han constatado la asociación entre expectativas sobre el alcohol y consumo. Dada la creciente expansión de un nuevo patrón de consumo intensivo en jóvenes, vinculado sobre todo al ocio, el estudio pretende valorar el efecto de las expectativas sobre el riesgo de consumo de alcohol en jóvenes universitarios y, específicamente, sobre el patrón de consumo intensivo.

Métodos: En el marco de un estudio de cohortes sobre consecuencias neurocognitivas del consumo de alcohol en jóvenes, se analiza transversalmente la muestra de 3200 alumnos de 1º curso de la Universidade de Santiago. Para la medida de las variables se utilizó la versión gallega del *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), complementado con distintas preguntas sobre actitudes, expectativas y prácticas en el consumo de alcohol y otras drogas. El cuestionario fue cumplimentado por los alumnos durante 15' al inicio de clase. **Variables independientes:** Se solicitó que se ordenasen un total de 14 expectativas distintas. Considerando el número de expectativas positivas y negativas marcadas entre las 5 primeras, se generó una puntuación con un rango de 0 a 14, (0 expectativas negativas y 14 expectativas positivas). Las puntuaciones fueron clasificadas en cuartiles para el cálculo de las medidas de riesgo. **Variables dependientes:** (1) Frecuencia con la que toma 6 ó más bebidas alcohólicas en una única ocasión (*nunca, menos de una vez al mes, 1 vez al mes, 1 vez a la semana, diariamente o casi*); (2) Puntuación total del AUDIT (consumo de riesgo: > 4 para mujeres; y > 5 para hombres). Ambas variables fueron dicotomizadas para su análisis mediante regresión logística.

Resultados: La participación fue del 99% sobre asistentes a clase y del 50,1% sobre matriculados. Las expectativas positivas constituyen un factor de riesgo tanto para la práctica de *binge drinking*, ORs: 2,87 (IC95%: 1,92 – 4,30); 5,29 (IC95%: 3,56 – 7,85); y 7,27 (IC95%: 4,81 – 10,98); como para el consumo de riesgo de alcohol, ORs: 2,94 (IC95%: 1,89 – 4,56); 5,63 (IC95%: 3,67 – 8,63); y 5,75 (IC95%: 3,70 – 8,92) para el segundo, tercer y cuarto cuartil respectivamente.

Conclusiones: Los resultados indican que las expectativas son una variable de riesgo para el consumo de alcohol. Los sujetos que tenían mayores expectativas de que el alcohol facilita las relaciones y aumenta la diversión informaron de un consumo de mayor cantidad de bebidas en una única sesión (más de 6), sugiriendo una tendencia hacia un patrón de consumo intensivo.

Financiación: Plan Nacional sobre Drogas 2005/PN014

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE ESPACIOS SIN HUMO EN EL ÁMBITO SANITARIO

C. Mosquera Tenreiro, L. Rodríguez-Vigil, C. García García, P. Morote Gómez y J. García Vázquez

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias, Sección de Promoción de la Salud, Asturias.

Antecedentes/objetivos: El programa Aire Saludable tenía como objetivo promover espacios sin humo en el ámbito sanitario, incluyendo las oficinas de farmacia. El objetivo de este estudio fue valorar el impacto del programa a través de actuaciones específicas y los procesos de participación desarrollados.

Métodos: Los centros sanitarios de la red pública en el 2000 eran 13 hospitales con 216 servicios, 65 centros de salud, 154 consultorios periféricos, 15 centros de salud mental, 30 unidades de dirección de Atención Primaria o Especializada, ocho Unidades de Salud Pública y 443 oficinas de farmacia. La población era de 1.075.329 habitantes. El programa se implantó de forma escalonada desde el 2000, reforzándose con actuaciones identificables y medibles: la Semana sin Humo del Tabaco entre 2000-02, la Distinción Punto Azul y la iniciativa Oficinas de Farmacia sin Humo entre 2003-05. El proceso buscaba la implicación de las direcciones y los servicios de Medicina Preventiva y Salud Laboral y la participación del personal a través de los "Comités de Aire Saludable". La distinción Punto Azul acreditaba a los centros como libres de humo (algunos con una zona para fumar adecuada); requería una discusión-negociación en los equipos y un compromiso escrito y suponía una dotación económica para actividades de formación. También se desarrollaron actuaciones de apoyo al abandono del tabaco para el personal.

Resultados: En el 2002, participaron en la Semana Sin Humo la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, 82 servicios hospitalarios (38%), 40 centros de salud (53%), 29 consultorios periféricos (17%), cuatro centros de salud mental (27%) y 13 unidades de dirección (43%). En el 2005, lograron la distinción Punto Azul 141 centros de atención primaria (43 centros de salud y 98 consultorios periféricos), cuatro hospitales, cuatro centros de salud mental, cuatro unidades de dirección y cinco unidades de salud pública. Estos centros atendían al 57% del total de la población asturiana. Un 31% (137/443) de las oficinas de farmacia eran espacios sin humo. Los recursos de deshabituación tabáquica fueron escasos y con poca demanda; a finales del 2005, con la entrada en vigor de la nueva ley, se contó con sustitutos de nicotina en estos centros de trabajo.

Conclusiones: El personal del sistema sanitario participó en estos procesos de cambio, más en atención primaria; el papel de la dirección no fue el deseado en la mayor parte de los casos y estuvo influido por el hábito tabáquico de las personas. La distinción Punto Azul supuso una motivación importante para los y las profesionales.

Financiación: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias.

AIRE FRESCO, UN PROGRAMA PARTICIPATIVO Y ENTRE IGUALES PARA REDUCIR EL TABACO EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

J. García Vázquez, M. García Ruiz*, S. Fernández Rodríguez, M. Garcimartín Carrera, L. Rodríguez-Vigil y C. Mosquera Tenreiro

*Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Sección de Promoción de la Salud, Asturias. *Consejo de la Juventud del Principado de Asturias.*

Antecedentes/objetivos: El consumo de tabaco en los centros de enseñanza secundaria de Asturias era elevado, según un estudio de 1999. En el 2000, se puso en marcha el programa Aire Fresco, para reducir o eliminar el tabaco del medio educativo. El objetivo de este estudio fue evaluar la participación, el proceso y las opiniones de alumnado y profesorado respecto al programa, entre los años 2000 y 2005, fecha en que concluyó.

Métodos: Este programa tenía una duración de un curso escolar e implicaba a profesorado y alumnado en el establecimiento de nuevas normas. Entre las actividades más novedosas, había un taller entre iguales para el alumnado y un taller para dejar de fumar para el personal en el centro de trabajo. 23 centros educativos de secundaria lo llevaron a cabo y junto con el alumnado y profesorado correspondientes constituyeron la población de estudio. Se recogieron datos de participación y realización de las actividades propuestas por el programa, así como de la opinión del alumnado y profesorado.

Resultados: La mayoría de los centros realizaron las actividades del proceso marcado por el programa: se informó sobre las ventajas de ser un centro sin humo (100%), se recogieron las propuestas del personal para limitar su consumo (83%), se recogieron las propuestas del alumnado (91%) y se establecieron nuevas normas respecto al uso del tabaco (70%). Las opiniones, tanto de alumnado como de profesorado, fueron positivas y valoraron el taller entre iguales, los materiales del mismo y la metodología. El taller para dejar de fumar se realizó en 18 centros y participaron 176 personas. Entre las que concluyeron este taller, el 20% permanecía sin fumar a los seis meses.

Conclusiones: Las principales dificultades de este programa tuvieron que ver con la implicación del equipo directivo y del profesorado y, en el caso del alumnado, la participación de los cursos superiores, debido a su excesiva carga de trabajo. No obstante, este programa fue una intervención útil, novedosa, realizable y satisfactoria para regular el consumo de tabaco en los centros de secundaria. La filosofía del programa, que buscaba la participación de la comunidad educativa y lo convertía, por tanto, en un proyecto educativo de centro, fue una de las claves para lograr estos resultados. Los relacionados con la consecución de espacios sin humo se recogen en un estudio complementario a éste. *Financiación: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias.*

PÓSTER SIN DEFENSA

Miércoles, 4 de octubre de 2006
18:00 a 19:30

Cáncer y Cribado**TENDENCIA DE LA SUPERVIVENCIA DE LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA EN NAVARRA ENTRE 1985 Y 1999.**

E. Ardanaz¹, C. Moreno-Iribas², C. Ezponda¹, M.E. Pérez de Rada¹ y N. Egües³

¹Registro de Cáncer de Navarra, ²Registro de Mortalidad de Navarra, ³Instituto de Salud Pública de Navarra.

Antecedentes/objetivos: El Registro de cáncer de Navarra, recoge los datos de todas las personas diagnosticadas de cáncer residentes en Navarra desde el año 1973. Durante el periodo 1985-99, el cáncer de mama en mujeres se ha situado en primer lugar tanto en la incidencia como en la mortalidad. A partir del año 1990 se puso en marcha en Navarra un programa de detección precoz de cáncer de mama dirigido a mujeres entre los 45 y 64 años de edad. El objetivo del presente estudio es conocer la supervivencia a los cinco años de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en Navarra.

Métodos: Las pacientes incluidas fueron todas las diagnosticadas de cáncer de mama entre los años 1985 a 1999. El periodo de seguimiento fue de 5 años. Se incluyeron los tumores verificados histológicamente y los no verificados y se excluyeron los conocidos solo por certificado de defunción y los descubiertos accidentalmente por necropsia. Entre los casos diagnosticados hasta 1994 el seguimiento fue pasivo a través del registro de mortalidad lo que puede haber provocado una sobreestimación de la supervivencia mientras que en el último periodo se realizó un seguimiento activo. Por lo tanto las diferencias entre el último periodo, 1995-1999, respecto a los previos pueden ser incluso mayores de las calculadas en este trabajo. Como medida de la supervivencia se calculó la tasa de supervivencia relativa por el método de Hakulinen definida como la ratio entre la observada y la esperada en el mismo grupo de edad y sexo de la población general. La mortalidad esperada se obtuvo de las tablas de vida de Navarra por edad, sexo y periodo.

Resultados: La supervivencia a los 5 años fue de 70,9 % (IC 95% 67,2-74,4) para las mujeres diagnosticadas durante 1985-89, de 82,5 % (IC 95% 79,8-85,1) para las diagnosticadas entre 1990-94 y de 86,3 % (IC 95% 83,6-88,8) para las diagnosticadas en el último periodo. Destaca por grupos de edad el aumento de la supervivencia a los 5 años entre las mujeres de 45 a 64 años que ha pasado del 70% en el periodo pre-screening (1985-89) al 90% en el último periodo estudiado. Entre los grupos sin screening, menores de 45 años y mayores de 75 años, la supervivencia ha aumentado un 13% y un 6% respectivamente.

Conclusiones: Los datos poblacionales de supervivencia entre las pacientes diagnosticadas de cáncer en Navarra revelan importantes incrementos de la supervivencia tanto en los grupos con screening como en los grupos sin screening que sugieren que el pronóstico ha mejorado entre 1985 y el año 1999.

MORTALIDAD ATRIBUIBLE A LA EXPOSICIÓN A RADÓN DOMICILIARIO EN GALICIAA. Ruano Raviña¹, M. Pérez Ríos¹, A. Montes Martínez^{1,3} y J.M. Barros-Dios^{1,2}¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Santiago de Compostela. ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Antecedentes/objetivos: El cáncer de pulmón es un serio problema sanitario, y el radón es la segunda causa después del tabaco. El objetivo de este trabajo es estimar la mortalidad atribuida a radón en Galicia, una zona de elevada exhalación de radón al interior de las casas, mediante un método híbrido de atribución.

Métodos: Los datos de prevalencia sobre la exposición al tabaco y al radón se obtuvieron de la misma zona a estudio, junto con los riesgos para cada una de seis posibles situaciones (respecto a la concentración de radón expuestos y no expuestos y respecto al tabaco: nunca fumadores, exfumadores y fumadores). Estos riesgos se obtuvieron de un estudio previo de casos y controles de base poblacional realizado entre 1992 y 1995. Se consideraron dos escenarios de atribución respecto a la concentración de radón, expuestos a más de 37 Bq/m³ y expuestos a más de 148 Bq/m³. La mortalidad por cáncer de pulmón en 2001 se obtuvo del Registro de Mortalidad de Galicia, de la Dirección Xeral de Saúde Pública.

Resultados: Un 19,4% de los domicilios de los controles estuvieron por encima de los 148 Bq/m³. La mortalidad atribuida exclusivamente a la exposición a radón osciló entre un 3 y un 5% para ambos escenarios de exposición a radón. La mortalidad atribuida a la exposición combinada a radón y tabaco (considerando fumadores y exfumadores) se situó en un 22% para una exposición a más de 148 Bq/m³. En este escenario hubo un total de 332 muertes en 2001 en las que el radón participó de algún modo, lo que significa casi una diaria.

Conclusiones: Tomando el nivel de acción de la Agencia de Protección Ambiental Norteamericana, se puede decir que el radón participa en alrededor del 25% de todas las muertes por cáncer de pulmón ocurridas en Galicia en el año 2001. Estos resultados destacan la importancia del radón como causa del cáncer de pulmón y su efecto en la carga de esta enfermedad cuando se combina con el hábito tabáquico. Deben estimarse medidas de protección de la población (prevención de la exposición y descenso de la misma) en Galicia. Este estudio ha sido financiado en parte por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III.

IMPACTO DE LA COMORBILIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE UN REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES (RHT)

L. Pareja, J. Gálvez, L. Esteban, R. Clèries, À. Melià, X. Sanz y J. Ribes Servei d'Epidemiologia i Registre del Càncer. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Antecedentes/objetivos: La comorbilidad puede afectar la supervivencia (S) de los pacientes oncológicos. También puede influir, además de los resultados de tratamientos tan agresivos como la quimioterapia o la cirugía, en la accesibilidad a éstos. Por tanto, la inclusión de la comorbilidad en los RHT puede determinar el impacto de la comorbilidad en la S, facilitar la comparación de resultados entre centros y ser una herramienta objetiva de la calidad asistencial del centro.

Objetivos: 1) Estimar la concordancia entre los índices de Charlson [Ch] y Elixhauser [Elx] en la medición de la comorbilidad según la edad, el sexo y la localización tumoral (cáncer global, pulmón, mama, colorrectal, hematológicos) 2) Determinar el impacto de la comorbilidad en la SO, la mortalidad en los primeros 30 días postingreso hospitalario y el número de reingresos.

Métodos: En el período 1/1/1995-31/12/2000 se registraron 21.203 pacientes (3.218 mama, 2.626 pulmón, 2.070 colorrectal, 1.966 hematológicos) residentes en Catalunya. El estado vital y la fecha de éxito se obtuvieron mediante record linkage (software DALINK) con el Registro de Mortalidad de Catalunya hasta el 31/12/2002. La S se calculó mediante el método de Kaplan-Meier. Los índices de Ch y Elx se obtuvieron automáticamente a partir de las altas hospitalarias codificadas en ICD9 mediante el software ASESTAT sin tener en cuenta la edad y se recodificaron según la presencia o ausencia de comorbilidad.

Resultados: De 21.203 pacientes, se detectó comorbilidad en 970 (5%) según el índice Ch y en 1.477 (7%) según Elx (Kappa = 72%). La menor concordancia entre ambos índices se observó en las mujeres < 65 a (K = 57%) y la mayor en los hombres > 65 (K = 79%). Según localización, la mayor concordancia se observó en el pulmón (K = 81%). Según sexo, las mayores diferencias en S se han constatado en pacientes sin comorbilidad (hombres: 46%, mujeres: 68%), mientras que la S fue similar en los que presentaban comorbilidad (hombres: 34%, mujeres: 39%). Los pacientes sin comorbilidad y < 65 a presentaron mayor S a los 3 a (63% Ch y Elx) y menor mortalidad a los 30 d (5% Ch y Elx) que los pacientes con comorbilidad independientemente de la edad (Ch: 35% y 19%; Elx: 41% y 15%). Ingresaron más los pacientes con comorbilidad (> 4 ingresos: 22% según Ch y 15% según Elx), aunque también se observaron más ingresos en los pacientes más jóvenes (< 65 a: 20%; > 65 a: 10%).

Conclusiones: 1) Ambos índices de comorbilidad clasifican y estiman la S de los pacientes de forma similar, siendo la concordancia mayor en hombres y en cánceres de pulmón. 2) La comorbilidad debería incluirse en los RHT para evaluar objetivamente la calidad asistencial del centro.

EVOLUCIÓN DE LA RADIOTERAPIA EN CATALUÑA DURANTE EL PERIODO 1996 – 2005L. Muñoz-Ortiz¹, J.A. Espinàs², M. Peris¹ y J.M. Borràs²¹Institut Català d'Oncologia; ²Pla Director d'Oncologia.

Antecedentes/objetivos: Evaluar la evolución temporal del tratamiento radioterapéutico durante los últimos diez años, así como las diferencias entre la radioterapia curativa (RC) y la radioterapia paliativa (RT).

Métodos: Se dispone de información de 71.632 pacientes con cáncer de traquea, bronquios y pulmón, cabeza y cuello, colorrectal, mama, útero y próstata, sometidos a radioterapia entre 1996 y 2005, procedente de las bases de datos de facturación de los tratamientos de radioterapia de 11 hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña. Se han calculado los porcentajes de pacientes sometidos a radioterapia para cada uno de los años de estudio. Se han calculado las odds ratio (OR) y los intervalos de confianza al 95% para las variables asociadas al tipo de radioterapia (RP vs RC) mediante regresión logística. Las variables independientes consideradas fueron: sexo, edad (15-45, 45-64, 65-74, > 74 años), lugar de residencia y de tratamiento (Barcelona, Girona, Lleida y Tarragona), diagnóstico principal (traquea, bronquios y pulmón, cabeza y cuello, colorrectal, mama, útero y próstata) utilización de técnicas especiales (no/si), aparatos utilizados (bomba de cobalto, aceleradores lineales y otros), cálculo dosimétrico (un punto, plano, punto fuera del eje, 3D), dosis total administrada (≤40 Gy, > 40 Gy), número de sesiones recibidas (≤24, > 24) y nivel de complejidad (0-I, II-III).

Resultados: El número de pacientes que han recibido radioterapia ha aumentado un 50% durante los últimos diez años, pero de este porcentaje un 35% ha sido solo en los últimos cuatro años. El uso de aparatos tecnológicamente menos complejos como la bomba de cobalto ha disminuido un 38% mientras que ha aumentado un 35% el uso de aparatos como los aceleradores lineales. En todo el período de estudio tanto la RC como la RP se han mantenido estables (RC = 79%, RP = 21%). Las principales variables asociadas a la RC han sido: la edad (45-64 años OR = 1,09 IC95% = 0,96-1,23, 65-74 años OR = 1,53 IC95% = 1,34-1,74, > 74 años OR = 1,84 IC95% = 1,60-2,11), el diagnóstico principal (cabeza y cuello OR = 2,21 IC95% = 1,93-2,53, colorrectal OR = 1,58 IC95% = 1,40-1,78, mama OR = 1,09 IC95% = 0,96-1,25, útero OR = 4,78 IC95% = 3,91-5,83, próstata OR = 0,55 IC95% = 0,49-0,62), el uso de aceleradores lineales (OR = 2,47 IC95% = 2,31-2,64), máxima complejidad (II-III OR = 4,05 IC95% = 3,73-4,40), dosis de más de 40 Gy (OR = 9,96 IC95% = 8,74-11,34) y recibir más de 24 sesiones (OR = 4,66 IC95% = 4,09-5,32).

Conclusiones: Se observa una clara evolución en el tratamiento radioterapéutico que se debe principalmente a una mayor inversión en tecnología. Esto ha hecho que el número de pacientes tratados en las zonas con un déficit más grande, como Girona y Tarragona, hayan aumentado en los últimos diez años.

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO DEL CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL DE SANT PAU. BARCELONA.I. Martínez-Pino¹, M.J. Quintana¹, I. Gich¹, N. Lluís¹ y X. Bonfill^{1,2}¹Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España. ²Centro Cochrane Iberoamericano. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Antecedentes: El cáncer de mama constituye la primera causa de muerte en las mujeres. La supervivencia, superior al 70%, ha aumentado gracias a los programas de detección precoz y a los avances diagnósticos y terapéuticos. En los últimos años, la utilización de los citostáticos en el tratamiento del cáncer de mama ha aumentado considerablemente. Sin embargo, no está disponible la información poblacional sobre las características de las pacientes tratadas con estos fármacos ni de los tratamientos quimioterápicos administrados.

Objetivos: Describir las características de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama por primera vez en el año 2004 (casos incidentes) en el Hospital de Sant Pau, que son tratadas con quimioterapia (QT), así como las características de ese tratamiento quimioterápico por familia, línea de tratamiento y coste.

Métodos: A partir de diferentes bases de datos (BBDD) hospitalarias (Anatomía Patológica, Hospitalización, Oncología Médica, Registro de mama y Comité de mama), se creó una BBDD con los casos incidentes en el 2004 de este tumor. Esta BBDD se cruzó con la información procedente del Servicio de Farmacia que recogía la quimioterapia administrada a partir del año 2004. Posteriormente se describieron las características de las pacientes y sus tumores, así como las de su tratamiento quimioterápico.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue de 54,96 años (DE12.586). La morfología más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante (81,5%), seguido del carcinoma lobulillar infiltrante (12,9%). La mayoría de las mujeres presentaban cánceres en estadios precoces (I o II el 69%). De las 291 mujeres estudiadas, 133 (45,7%) recibieron QT, y la mayoría de ellas (79,7%) recibieron una única línea de tratamiento en los dos años siguientes al diagnóstico. Los citostáticos empleados con mayor frecuencia fueron la ciclofosfamida (28,6%), el fluorouracilo (19,3%) y la epirubicina (17,5%). El coste medio por paciente fue de 6.041,99€ (DE6859,21), aunque osciló entre los 168,20€ el coste mínimo y los 53.277,7€ el máximo.

Conclusiones: La muestra estudiada fue bastante homogénea, en lo que se refiere a las características del tumor y del tratamiento, aunque se apreció una gran variabilidad en cuanto al coste. Menos de la mitad de las mujeres incluidas en el estudio recibieron quimioterapia, lo que hace interesante el estudio de las causas del no tratamiento. Se constató la dificultad de realizar un estudio de estas características sin la existencia de un registro de tumores.

Financiación: El presente estudio no contó con ninguna financiación.

CODIFICACIÓN AUTOMÁTICA EN UN REGISTRO DE CÁNCER POBLACIONAL

I. Valera, C. López-Rojo, MD. Chirlaque, M. Márquez-Cid, J. Tortosa, E. Párraga y C. Navarro

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad, Murcia.

Antecedentes/objetivos: La codificación automática de tumores en un registro poblacional es un proceso complejo que se realiza de forma lenta y paulatina debido, sobre todo, al compromiso con la calidad de la información. Comparación de los resultados obtenidos con la codificación automática y manual de casos incidentes de cáncer del periodo 2002-2003 en la Región de Murcia.

Métodos: Se han utilizado datos de fuentes de información del Registro de Cáncer de Murcia. De las altas hospitalarias se han obtenido los casos con código diagnóstico CIE9 140-208 y 230-239, y de anatomía patológica los informes codificados en SNOMED como neoplasias malignas. Definición de caso automático: 1º Tener al menos un informe de anatomía patológica. 2º Existencia de combinación morfológica y topográfica en las tablas de conversión de SNOMED a CIE9 y CIE10. 3º Si las topografías son concordantes a nivel de 3 dígitos y los códigos morfológicos pertenecen a uno de los grupos histológicos de la CIEO-2, se proponen como código morfológico y topográfico. 4º Se selecciona el código morfológico de mayor valor dentro de su grupo, excepto para tumores hematológicos. Las variables del estudio son localización y morfología en CIEO-2, fecha de incidencia, fuentes del caso y tipo de codificación. Los programas de conversión utilizados han sido del NorthIreland Cancer Registry y Convert-IARC. De los casos codificados de forma automática se ha realizado la codificación manual en una muestra aleatoria del 10%. Se obtienen las proporciones de coincidencia entre codificación manual y automática por localización tumoral y grupos histológicos.

Resultados: Se ha realizado la doble codificación en 171 casos. El porcentaje de coincidencia entre codificación manual y automática es del 83% para topografía y del 89% para morfología. Por localización, próstata, mama, piel, y pulmón son los que presentan mayor coincidencia ovario, vejiga y labio, cavidad oral y faringe los de menor. Las topografías discordantes se observan en localizaciones contiguas. La no concordancia de los códigos morfológicos automáticos se debe a que son menos específicos que los manuales. El porcentaje de casos en los que no coincide la localización, la morfología o ambos es del 20%, por tanto se codifican automáticamente de forma correcta 4 de cada 5 casos.

Conclusiones: Los primeros resultados obtenidos en un registro de cáncer poblacional que está implementado programas de codificación automática muestran que, pese a la complejidad de los algoritmos de decisión, se puede automatizar un considerable número de casos de determinadas localizaciones y que la calidad de la codificación a lo largo de todo el proceso asistencial es una condición necesaria para avanzar en el proceso de automatización.

Financiación: RCESP (C03/09)

RESULTADOS DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPOACUSIA NEONATAL (PDPHN) EN NAVARRA EN EL PERIODO 1999-2006

M. Ederria Sanz¹, N. Ascunce Elizaga¹, A. Barcos Urriaga¹, J. Zubizaray Ugarteche², N. Erdozain Egúaras¹, A. Lekunberri Labiano¹ y M. García Lopez¹

¹Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Neonatal. Instituto de Salud Pública de Navarra. Pamplona, Navarra. e-mail: mederrias@cfnavarra.es. ²Servicio Otorinolaringología. Hospital Virgen del Camino. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Antecedentes/objetivos: En 1999 se inició con carácter universal el Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Neonatal (PDPHN) en Navarra. El PDPHN está dirigido a todos los recién nacidos residentes en Navarra. Su finalidad es detectar todas las sorderas congénitas para el tercer mes de vida y tratarlas para el sexto, logrando el desarrollo integral del niño hipoacúsico y su integración en la sociedad normooyente. La prueba de screening utilizada son las Otoemisiones Acústicas (OEA) en tres fases, realizándose a la confirmación diagnóstica mediante Potenciales Evocados Auditivos (PEA). El objetivo de este estudio es aportar la experiencia de siete años de trabajo en este Programa.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo de los resultados del PDPHN en sus siete años de funcionamiento. Se ha estudiado a los niños nacidos entre mayo de 1999 y abril de 2006. Los casos con diagnóstico de déficit auditivo han sido enviados a estimulación auditiva y rehabilitación logopédica precoces. Como tratamiento paliativo se han adaptado audioprótesis y realizado implantes cocleares. Los indicadores que se han medido han sido los siguientes: 1) Indicadores de cobertura (del cribado y del diagnóstico). 2) Indicadores de proceso (de la prueba diagnóstica y del tratamiento). 3) Indicadores de resultados (tasas de detección de hipoacusia, valores predictivos de la prueba de cribado).

Resultados: Se realizó la prueba de screening a más de 38.000 recién nacidos, con una participación del 99,5%. Al 1,79% de ellos fué necesario realizar PEA de confirmación diagnóstica. Éstos detectaron la presencia de hipoacusia de cualquier grado en un 36%. La tasa de detección de todo tipo de hipoacusias ha sido de 5,92 por mil recién nacidos.

Conclusiones: Actualmente el Programa se encuentra consolidado en nuestra Comunidad. Los resultados obtenidos, tanto en porcentajes de "paso" de una OEA a otra como en hipoacusias detectadas, son concordantes con las encontradas en la literatura.

(¹) Datos provisionales.

SITUACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN EXTREMADURA. AÑO 2003

C. López, M.Y. Anes, J.M. Martínez, C. Rojas, M.M. Vecino, J.F. Sánchez, J.A. Gozález, J.M. Ramos y P. García

Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria, Consejería de Sanidad y Consumo, Junta de Extremadura.

Antecedentes/objetivos: El cáncer de mama es el cáncer más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres. Teniendo en cuenta el importante problema de salud pública que supone, y dada la alta morbilidad, mortalidad, años potenciales de vida perdidos y el número de ingresos hospitalarios que genera, el objetivo es conocer la situación del cáncer de mama en Extremadura y compararla con España.

Métodos: Estudio descriptivo de cáncer de mama en mujeres residentes en Extremadura durante el año 2003. Las fuentes de datos son el Sistema de Información de Cáncer de Base Poblacional (SICaP), del Registro de Mortalidad y del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta hospitalaria (CMBD), con diagnóstico "Tumor maligno de mama"; código de localización "C50" (mama) y de morfología "3" (neoplasia maligna) de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología 2ª edición (CIEO-II), código C50 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y código 174 de la CIE-9. La incidencia se estima a partir del 74,71% de la población de mujeres extremeñas. Los resultados se muestran por tasas expresadas por 100000 habitantes (cruda, ajustadas por población europea y específicas (TE) por grupos de edad quinquenal). Se calculan intervalos de confianza (IC) al 95% para las tasas crudas y la edad media.

Resultados: La tasa cruda (TC) de incidencia es 86'30 (IC 77'43-95,92) y la ajustada (TA) 72,93; la TC de altas es 93'90 (IC 85,86-102,49) y TA 83,93; y la TC de mortalidad es 26'29 (IC 22,25-31,17) y TA 18,86. La edad media de incidencia es 62'07 años (IC 60'74-63'40), la de alta 60'59 años (IC 59'41-61'27) y la de defunción 68'74 años (IC 66'20-71'27). La estancia media es 8'86 días.

Por grupo de edad, para incidencia las mayores tasas se producen en 70-74 años (TE 230'23), para altas en 55-59 (TE 266'81), y para mortalidad en > 85 (TE 167'40). En los tres grupos se observa un aumento en las tasas hasta el grupo 60-64 años, después hay un descenso en 65-69, para volver a aumentar en los siguientes grupos.

Conclusiones: Las tasas estandarizadas de incidencia, mortalidad y altas para Extremadura son menores que las estimadas para España en los periodos 1997-2000, 1996-2000 y 2000 respectivamente. El número de altas y exitis hospitalarios es mayor en los grupos entre 40 y 74 años. El 35% de las fallecidas por cáncer de mama entre 40 y 59 años lo hace en el hospital, mientras que para todos los grupos de edad sólo ocurre en un 16%.

Financiación: Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

¿ES EL PADRÓN DE HABITANTES LA MEJOR FUENTE DE INFORMACIÓN PARA EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA?

P. Barroso García, I. Ruiz Pérez, F. Puertas de Rojas y T. Parrón Carreño

Distrito Sanitario Levante Alto Almanzora (Almería), Escuela Andaluza de Salud Pública, Delegación Provincial de Salud de Almería.

Antecedentes/objetivos: En el Distrito Sanitario Levante Alto Almanzora de Almería se realizó un estudio de casos controles para conocer las causas de no participación de mujeres de 50 a 65 años en el Programa poblacional de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM). El objetivo planteado fue conocer las características de la población sustituida en dicho estudio

Métodos: Estudio descriptivo. La población de estudio fue las mujeres sustituidas de una muestra elegida mediante muestreo monoetápico por conglomerados, de mujeres que habían participado o no en el PDPCM en el distrito sanitario, entre octubre de 2002 y febrero de 2004. La aplicación informática del PDPCM se actualiza al inicio de cada edición con el padrón de habitantes. Variables: tipo de población, Zona Básica de Salud, motivo de la sustitución, si había participado o no en el programa. Se calcularon frecuencias y porcentajes. Se analizó si había diferencias entre las mujeres sustituidas según hubieran participado en el programa o no y según tipo de población, mediante un análisis bivariante (χ^2). Se calculó la odds ratio y su intervalo de confianza al 95%

Resultados: De una población de 9281 (13,2% de población extranjera), se eligió una muestra de 722 mujeres (11,5% de población extranjera). De esta muestra se sustituyeron 292 mujeres (40,4% del total), de ellas 67 eran extranjeras (22,9%), correspondiendo un 91% a mujeres inglesas. De las mujeres sustituidas el 60,3% no habían acudido al programa. La ZBS con mayor porcentaje de sustituidas fue Albox con un 54,2%. El 38% de las sustituciones fueron debidas a errores del padrón y en un 58,6% no se pudo conocer el motivo. Las mujeres extranjeras presentaron mayor riesgo de ser sustituidas (OR 7,7; IC 4,2-14,2) que las autóctonas. Las mujeres que no habían acudido al programa presentaron mayor riesgo de ser sustituidas que las que habían acudido (OR 2; IC 1,5-2,7)

Conclusiones: Se ha encontrado un riesgo mayor de ser sustituidas para mujeres extranjeras y aquellas que no habían acudido al programa. Aunque el padrón de habitantes se considera buena fuente de información para el programa, al ser poblacional, se considera necesario depurar los datos con otros sistemas de información, como la Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía o la Tesorería General de la Seguridad Social

Financiación: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 36/04

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN NAVARRA TRAS LA INTRODUCCIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ

A. Barcos¹, N. Ascunce¹, M. Ederra¹, E. Ardanaz², C. Moreno³, J. Cas-tilla⁴ y N. Egües⁴

¹Programa de Detección Precoz de cáncer de mama de Navarra. Instituto de Salud Pública de Navarra, Navarra. ²Registro de Cáncer de Navarra. ³Registro de Mortali-dad de Navarra. ⁴Instituto de Salud Pública de Navarra.

Antecedentes/objetivos: El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) en Navarra se inició en 1990. Está dirigido a todas las mujeres residentes en esta región con edad entre 45 y 69 años. El intervalo entre exploraciones con carácter general se establece en 2 años y a todas las mujeres que acuden se les realiza dos proyecciones mamográficas. En septiembre de 2004 comenzó la 8ª vuelta que finalizará en julio de 2006. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto en la mortalidad por cáncer de mama en la población Navarra de los primeros 14 años del PDPCM.

Métodos: Se ha estudiado la evolución global y por grupos de edad de las tasas de mortalidad observadas durante los años 1975-2004. Para identificar los puntos donde ha ocurrido un cambio estadísticamente significativo en la tendencia de las tasas de mortalidad se ha realizado un análisis de regresión de joinpoint. Se ha efectuado una comparación de la mortalidad observada en el trienio 2002-04 con la estimada para el mismo periodo mediante regresión de Poisson. Se ha comparado la tendencia de la mortali-dad observada en Navarra con la del conjunto de España utilizando los últimos datos nacionales publicados (1981-2002).

Resultados: La tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad es ascendente hasta el periodo 1993-95, a partir del cual se observa un descenso continuado hasta el últi-mo trienio estudiado 2002-04. El porcentaje de descenso varía según los periodos com-parados, 36% comparándolo con el trienio previo al inicio del Programa (1987-89) y 40% respecto al pico máximo de mortalidad (1993-95). En el grupo de edad de 50-69 años estos porcentajes son respectivamente 52 y 55%. El análisis de regresión de joinpoint revela un descenso estadísticamente significativo de la mortalidad global del 5,3% anual a partir del año 1994, siendo este descenso aún mayor, 9,0%, para el grupo de edad de 50-69 años. La tasa de mortalidad global observada en el periodo 2002-04 ha sido un 40,2% menor que la estimada por la extrapolación lineal de su tendencia durante el periodo 1975-90. En el grupo de edad de 50-69 años esta diferencia se incrementa (65,1%). La mortalidad por cáncer de mama ha presentado una tendencia creciente tanto en Es-paña como en Navarra hasta el periodo 1993-95. Después se inicia un descenso para-lelo hasta 1997 a partir del cual la pendiente se acentúa en Navarra.

Conclusiones: La evaluación del PDPCM revela importantes reducciones de la mor-talidad por cáncer de mama tanto global como en el grupo de edad más afectado por el Programa.

SUPERVIVENCIA DE LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS POR EL PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE MAMA (1993-2002)

M.T. Seoane Pillado, A. Malvar Pintos, M. Castro Bernárdez, R. Zu-bizarreta Alberdi y A.B. Fernández Llanes

Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia.

Antecedentes/objetivos: Al Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PD) le interesa conocer la supervivencia de las mujeres que son diagnosticadas por él y compararla con la de las mujeres que tienen un cáncer de intervalo (CI), y con la supervivencia de las mujeres de la misma población donde se desenvuelve el PD que son diagnosticadas al margen del mismo (MP). Interesa supervivencia como in-dicador relativo de efectividad dado los problemas: lead time (tiempo adelantamiento diagnóstico) y length time (tumores que por lenta evolución nunca serían detecta-dos sin cribado).

Métodos: Se incluyen todas las mujeres con cáncer de mama primario infiltrante diag-nosticadas por PD entre: 1993 a 2002 inclusive. A través del conjunto mínimo bási-co de datos se localizan y revisan las historias clínicas de mujeres de 50-64 años re-sidentes en Galicia que desde año 1996 al 2002 contaban con diagnóstico de cáncer de mama (CI y MP). El seguimiento concluye finales 2004. Comparación de tres po-blaciones de mujeres: utilización de datos desde año 1996. Obtención fallecimientos: cruce con Rexistro galego de mortalidade. Cálculo supervivencia relativa (SR) y observada (SO): proyecto WAERS (ICO); análisis de Kaplan-Meier: emplea supervi-vencia ajustada (SA), comparaciones con prueba de log-rank; análisis regresión de Cox: obtiene riesgos proporcionales de muerte por cáncer de mama. Intervalo de con-fianza 95%. Programas estadísticos: R 2.0.1, SPSS 12.0.

Resultados: El número de mujeres con cáncer de mama detectadas por PD es 1502, con CI es 321 y al MP es 1034. El número fallecimientos por cáncer de mama es 104 (PD), 40 (CI) y 164 (MP). La SR a los 5 años del diagnóstico de las mujeres diag-nosticadas por PD es 96% (IC: 94-97), con CI es 86% (IC: 82-91) y al MP es 85% (IC: 83-87). A los 9 años: PD 93% (IC: 90-95), CI 85% (IC: 79-91), MP 81% (IC: 77-84). SO a los 5/9 años seguimiento: PD 93/88%, CI 84/80%, MP 83/77%. Al incluir en el modelo de Cox las variables "edad al diagnóstico" y "diagnóstico (PD/CI o MP)", sólo permanece ésta última, indicando que las mujeres diagnosticadas al MP y CI tienen 3'1 (IC: 2,3-4,1) y 2,8 (IC: 1,9-4,1) veces más riesgo de fallecer por cáncer de mama que las mujeres diagnosticadas por PD a los 9 años seguimiento.

Conclusiones: Asumiendo que los datos son adecuados, y tendiendo en cuenta los posibles sesgos en términos de supervivencia, el PD parece tener un comportamiento efectivo, presentando las mujeres del programa una supervivencia superior a la de las mujeres diagnosticadas con CI y al MP.