

## COMUNICACIONES ORALES

Miércoles, 4 de octubre de 2006  
9:30 a 11:30

### VIH/SIDA

*Moderadora: José Antonio Oteo Revuelta*  
*Servicio Riojano de Salud*

#### FACTORES ASOCIADOS CON LA NO REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE MANTOUX EN UNA COHORTE DE INFECTADOS POR VIH NO SEGUIDOS PREVIAMENTE DE FORMA REGULAR

M.J. Bleda<sup>1\*</sup>, A. Díaz<sup>1</sup>, M. Aldamiz<sup>2</sup>, M. Camafort<sup>3</sup>, C. Cepeda<sup>4</sup>, A. Costa<sup>4</sup>, O. Ferrero<sup>5</sup>, P. Geijo<sup>6</sup>, J.A. Iribarren<sup>7</sup>, et al

<sup>1</sup>CNE/ISCIII, <sup>2</sup>H. Txagorritxu, <sup>3</sup>H. Mora d'Ebre, <sup>4</sup>H. Doce de Octubre, <sup>5</sup>H. Basurto, <sup>6</sup>H. Virgen de la Luz, <sup>7</sup>H. Donostia.

**Antecedentes/objetivos:** Desde marzo de 2000 hasta febrero de 2003 se realizó un estudio de cohorte prospectivo en 10 hospitales de 7 CCAA para estudiar aspectos operacionales relacionados con quimioprofilaxis anti-tuberculosa en infectados por VIH. En este trabajo, se describen factores asociados con la no realización del Mantoux sin causa aparente.

**Métodos:** Se identificaron todos los pacientes VIH(+) no seguidos regularmente que acudieron a una consulta específica de VIH. A partir de la historia clínica, se recogieron variables socio-demográficas, de factores de riesgo para VIH y variables clínicas, incluyendo el resultado de la prueba de Mantoux. El análisis estadístico consistió en un análisis univariante, bivariante y multivariante ajustando un modelo de regresión logística.

**Resultados:** Un total de 1.317 sujetos fueron incluidos en el periodo de estudio. El 74,9% fueron hombres, el 74% tenían edad < 40 años y solo el 41,2% trabajaba. Los usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) fueron el grupo de riesgo más numeroso (53,5%) seguidos de los heterosexuales (28,4%) y de los homobisexuales (15,3%). Del total de sujetos, 191(14,5%) recordaban un contacto previo con un caso de TB y 341(25,9%) presentaron evidencia de infección latente/activa por M. tuberculosis. A 197(15,0%) no se les realizó la prueba de la tuberculina sin una causa aparente, ya que no eran enfermos ni habían recibido quimioprofilaxis anti-TB anteriormente. Los factores relacionados con la no realización del Mantoux fueron: ser extranjero (OR = 2,0; 1,0-3,7), UDVP (OR = 2,3; 1,0-5,3), CD4 < 100 (OR = 2,4; 1,4-4,1), patología psiquiátrica (OR = 2,0; 1,1-3,7) y tomar otra medicación regularmente (OR = 1,5; 1,0-2,3). Los factores que se asociaron negativamente con Mantoux no realizado fueron: tener más de 35 años (OR = 0,5; 0,3-0,9), estar desempleado/no haber trabajado nunca (OR = 0,6; 0,3-0,9), haber tenido contacto con enfermo tuberculoso (OR = 0,2; 0,1-0,5).

**Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que la no realización del Mantoux en infectados por VIH podría estar relacionada con las expectativas del sanitario en relación a los resultados de la prueba y/o la probabilidad de que el paciente complete el tratamiento preventivo anti-tuberculoso.

Financiado por FIPSE, Exp: 3041/99

#### DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA EVOLUCIÓN DEL TIEMPO A SIDA Y MUERTE EN UNA COHORTE DE USUARIOS DE DROGAS PREVALENTES AL VIH. EFECTOS EN LA ERA CART

I. Hurtado<sup>1</sup>, I. Ferreros<sup>1</sup> y S. Pérez-Hoyos<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Unitat d'Epidemiologia i Estadística. Escola Valenciana d'Estudis en Salut (EVES). Valencia. <sup>2</sup>Dpto Enfém. Comunitaria, Med. Prev. y S. Pública e Historia de la Ciencia. Univ. Alicante.

**Antecedentes/objetivos:** Los efectos de la terapia antiretroviral combinada (CART) en la progresión de la infección por VIH pueden variar dependiendo de características sociodemográficas de los afectados. El objetivo es analizar la efectividad de CART en el tiempo a sida y a muerte en una cohorte de usuarios de drogas intravenosas (UDIs) prevalentes al VIH en función de diferentes variables sociodemográficas.

**Métodos:** Se dispone una cohorte de UDIs constituida por aquellos que tuvieron una determinación VIH positiva tras acudir a los Centros de Información y Prevención del sida (CIPS) de Valencia y Alicante, desde su apertura a finales de 1987 hasta junio de 1996 para los que se disponía de la fecha de seroconversión imputada. Se ha valorado el tiempo a sida y a muerte en función de las características sociodemográficas obtenidas en la primera visita (edad, sexo, nivel de estudios, tiempo de adicción). Se dividió el calendario en periodos según la disponibilidad de las terapias. El seguimiento hasta la actualidad se ha obtenido tanto de las visitas a los CIPS y a los hospitales como del cruce periódico con los Registros de sida y de mortalidad. Se han ajustado curvas de Kaplan-Meier y modelos de Cox con entrada retrasada utilizando el periodo de calendario como variable tiempo-dependiente.

**Resultados:** De los 1.876 sujetos prevalentes al VIH, el 75% eran hombres. El 73% tenían estudios básicos, y sólo el 10% eran universitarios. El 57% llevaban consumiendo entre 3 y 10 años en su primera visita al CIPS. Hasta el final del seguimiento se han observado un total de 762 sidas y 750 defunciones. Al analizar el tiempo a sida, además de una reducción del riesgo en los periodos post HAART, de las variables sociodemográficas sólo se observa un aumento del riesgo con la edad (HR = 1,07), no encontrando interacción con el periodo de calendario. El riesgo de muerte es menor en las mujeres (HR = 0,73), si bien no se observan variaciones en este riesgo al cambiar de periodo de calendario. El efecto del tiempo de adicción desaparece al controlar por edad. Tampoco se encuentran diferencias por nivel de estudios. Como ocurría con el tiempo a sida en la era CART también se observa una disminución significativa del riesgo de muerte (HR = 0,46)

**Conclusiones:** La efectividad de la terapia CART en la disminución del riesgo de muerte y de sida no parece verse afectada por variables socioeconómicas. Por otra parte no se observan diferencias de riesgo a los eventos analizados según el nivel de estudios. Las mujeres con VIH tienen un riesgo de morir menor que los hombres seropositivos.

Parcialmente financiado por FIS.

#### NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE SÍFILIS Y GONOCOCIA EN UNA RED DE CENTROS DE DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (2005)

A. Díaz<sup>1</sup>, R. Solano<sup>1</sup>, J. Balaguer<sup>2</sup>, J. Belda<sup>3</sup>, J. Boronat<sup>4</sup>, F.J. Bru<sup>5</sup>, M. Cámara<sup>6</sup>, X. Camino<sup>7</sup>, V. Esteban<sup>8</sup>, et al

<sup>1</sup>CNE; <sup>2</sup>Cartagena; <sup>3</sup>Alicante; <sup>4</sup>Tarragona; <sup>5</sup>Madrid; <sup>6</sup>Infecciosas. H. Basurto; <sup>7</sup>San Sebastián; <sup>8</sup>Microbiología. H. Basurto.

**Antecedentes/objetivos:** Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública tanto por su morbilidad como por su interrelación con el VIH. A pesar de ello, la información epidemiológica disponible en España sobre el tema es escasa. El objetivo es describir las características de nuevos diagnósticos de sífilis infecciosa y gonococia en una red de centros de ITS.

**Métodos:** Estudio descriptivo realizado en 14 centros de ITS de 7 Comunidades Autónomas (julio-diciembre 2005). Se obtuvieron distribuciones de frecuencias de las variables: sexo, edad, país de origen, nivel de estudios, diagnóstico, manifestaciones clínicas, estatus VIH, antecedentes de ITS y mecanismo de transmisión más probable. Para evaluar la asociación entre variables cualitativas o cuantitativas se utilizaron respectivamente las pruebas de chi-cuadrado y de U de Mann-Whitney.

**Resultados:** Se identificaron un total de 336 pacientes y 342 nuevos diagnósticos de ITS (149 de sífilis y 193 de gonococia). La mayoría de los enfermos eran hombres (90,2%), del grupo de edad 26-35 años (40,7%), españoles (69,3%), y con buen nivel de estudios (61,3% tenían estudios secundarios o superiores). El mecanismo de transmisión más probable fueron las relaciones homosexuales entre hombres (65,1%), seguidas de las heterosexuales (28,6%) y bisexuales (6,3%). En total, 41 pacientes (12,2%) eran VIH positivos, de los cuales 6 fueron diagnosticados concurrentemente del VIH y de la ITS; el 18,1% de los nuevos diagnósticos de sífilis y 7,8% de gonococia estaban coinfectados por el VIH. De los casos con información sobre existencia previa de ITS, el 42% presentaban este antecedente. Comparando por sexos, las mujeres eran más jóvenes que los hombres (29,2 años frente a 34,2, p < 0,05), tenían menor nivel de estudios (26,7% referían estudios secundarios o superiores frente al 65% de los hombres, p < 0,05) y mayor proporción de extranjeras (83,3% frente a 25,1%). El 70,4% de todos los diagnósticos se realizaron por manifestaciones clínicas y 19,6% por cribaje. De los 149 episodios de sífilis, 33,8% correspondieron a sífilis primaria y 42,6% a secundaria.

**Conclusiones:** Los nuevos casos de gonococia y sífilis identificados en los centros participantes son principalmente hombres adultos, españoles y con estudios secundarios o superiores. La prevalencia de infección por el VIH en estos casos es importante y la proporción con antecedentes de ITS elevada.

**INFECCIÓN POR EL VIH EN PERSONAS DE OTROS PAÍSES QUE RESIDEN EN ESPAÑA, 2000-2004**

J. Castilla, M.E. Lezaun, I. López, A. Izquierdo, J.M. Lorenzo, C. Moreno-Iribas, D. Nuñez, C. R'kaina Liesfi y D. Zulaica

*Instituto de Salud Pública de Navarra. Servicio de Epidemiología de La Rioja. Servicio de Epidemiología de Canarias. Ciudad Autónoma de Ceuta. Plan de Sida del País Vasco.*

**Antecedentes:** En España están aumentando los residentes extranjeros, tanto de países de baja renta como de otros países de Europa. Hemos comparado las tasas y tendencias de nuevos diagnósticos de VIH entre población nativa y los residentes extranjeros.

**Métodos:** Se han analizado los nuevos diagnósticos de VIH del periodo 2001-2004 en residentes en Canarias, Ceuta, La Rioja, Navarra y el País Vasco (total: 5 millones de habitantes, 7,4% extranjeros) en función del país de origen. Los datos de población en función del sexo, edad y país de origen se obtuvieron de los padrones anuales.

**Resultados:** La tasa media anual de diagnósticos de VIH fue de 56 por millón en población autóctona, de 178 en la de Europa occidental y 358 por millón en población de otros países de origen. Cuando se compararon las tasas de diagnósticos de VIH con las de la población autóctona, ajustando por edad y comunidad autónoma, se observaron tasas significativamente mayores ( $p < 0,05$ ) en hombres y mujeres subsaharianos por la categoría heterosexual (RR = 61 y RR = 142, respectivamente). Los latinoamericanos presentaron tasas más altas por transmisión homosexual en hombres (RR = 5,6), y por transmisión heterosexual en hombres (RR = 3,8) y en mujeres (RR = 6,9). Las mujeres del Europa del este tuvieron una mayor incidencia por transmisión heterosexual (RR = 3,1). En las personas de Europa occidental se observó un exceso de incidencia de diagnósticos de VIH atribuidas al uso de drogas inyectadas (RR = 7,4), a la categoría de transmisión heterosexual (RR = 2,4) y a la transmisión homosexual entre hombres (RR = 3,4). Los hombres del norte de África tuvieron mayor tasa que la población autóctona de infecciones por transmisión heterosexual (RR = 2,7). Las restantes combinaciones de país de origen y categoría de transmisión que no se mencionan no difirieron significativamente de las tasas de la población autóctona. Entre 2001 y 2004 la tasa de nuevos diagnósticos de VIH disminuyó en conjunto el 25%. En la población autóctona disminuyó el 38%, en las personas de Europa occidental el 35%, en latinoamericanos el 30%, en subsaharianos el 62% y en personas de otros países de procedencia el 27%.

**Conclusiones:** Las personas de determinados países de origen tienen tasas de diagnósticos de VIH más altas que la población autóctona. Los mecanismos de transmisión predominantes difieren en función de los países de procedencia. No obstante, las tasas de diagnósticos de VIH están disminuyendo tanto en la población autóctona como en los extranjeros residentes en España.

**DESIGUALDADES EN LA SUPERVIVENCIA DEL SIDA EN LA ÉPOCA DE LA TARGA**

P. García de Olalla, R. Clos y J.A. Caylá

*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes/objetivos:** La supervivencia del SIDA sufrió un cambio importante a partir de 1996 con la introducción de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA). El objetivo de este estudio es poner de manifiesto las diferencias en los factores predictores de la supervivencia del SIDA en la época de la TARGA.

**Métodos:** Estudio de supervivencia de los casos de SIDA incluidos en el registro de la ciudad de Barcelona entre 1997 y 2005. La población de estudio son los casos de SIDA mayores de 13 años y residentes en la ciudad. En el análisis bivariado se utiliza el estimador de Kaplan Meier y en el multivariado la regresión de Cox.

**Resultados:** Entre 1997 y 2005 se han diagnosticado 1.720 casos de SIDA. El 78% de los casos correspondía a hombres. La edad mediana al diagnóstico fue de 36 años para las mujeres (máximo 76 y mínimo 20) y de 38 años en el caso de los hombres (máximo de 83 y mínimo de 21) siendo la diferencia significativa. El 53% de las mujeres y el 39% de los hombres eran menores de 36 años. Según el lugar de residencia el 21% de las mujeres y el 19% hombres vivían en Ciutat Vella, el distrito con peores indicadores socio-sanitarios de la ciudad. En cuanto a la vía de transmisión el 49% de las mujeres y el 42% de los hombres eran usuarios de drogas por vía parenteral, y en el 41% de las mujeres y el 50% de los hombres la vía de transmisión fue la sexual. La supervivencia al año del diagnóstico fue 83% para las mujeres y del 78% para los hombres ( $p = 0,0266$ ). Después de ajustar por sexo, edad, nivel inmunitario y enfermedad al diagnóstico de SIDA se observan diferencias significativas en la supervivencia durante el periodo de estudio: Así, los usuarios de drogas por vía parenteral y aquellos que residían en Ciutat Vella comparados con el resto presentaban un riesgo de morir mayor (Relative Hazard [RH]: 2,34; intervalo de confianza del 95% [CI]: 1,94-2,83); (Ciutat Vella; RH: 1,38; CI: 1,14-1,67), respectivamente.

**Conclusiones:** Durante la época TARGA la supervivencia tiende a la estabilización, pero se pone de manifiesto aumentos en la mortalidad relacionados con la vía de transmisión y el lugar de residencia, probablemente asociados al acceso y a la adherencia al tratamiento. Se recomienda implementar las políticas de oferta sistemática de la prueba de detección del VIH y los programas que mejoren el acceso y la adherencia en las poblaciones más desfavorecidas.

**FACTORES ASOCIADOS A LA TUBERCULOSIS COMO ENFERMEDAD DEFINITORIA DE SIDA**

M. Díez, A. Díaz, M.J. Bleda y P. Sobrino

*Área de Epidemiología de VIH/sida. Centro Nacional de Epidemiología.*

**Antecedentes/objetivos:** A diferencia de otros países de Europa occidental, la tuberculosis (TB) todavía es la enfermedad que con mayor frecuencia conduce al diagnóstico de sida en España. En este estudio se analizan los factores asociados a la presencia de la TB pulmonar y extrapulmonar como enfermedad indicativa de sida.

**Métodos:** Estudio descriptivo a partir de los datos del Registro Nacional de Sida (periodo 1994-2005). Se obtuvieron distribuciones de frecuencias de sexo, edad, país de origen, año de diagnóstico de sida, grupo de riesgo, antecedentes de estancia en prisión y CCAA de residencia. La asociación entre variables cualitativas o cuantitativas se evaluó mediante las pruebas de chi-cuadrado y T de Student, respectivamente. Se realizó análisis bivariante y de regresión logística, calculando las OR e intervalo de confianza al 95% (IC95%).

**Resultados:** Se identificaron 45.705 casos. La edad media fue de 36 años (DE: 9,6) y el 79,1% fueron hombres, el 4,6% extranjeros y el 17,4% estaban o habían estado en prisión. El 60,8% eran o habían sido usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), el 12,7% tenían riesgo homosexual y el 19,6% riesgo heterosexual. De los 15.987 casos con TB como enfermedad indicativa de sida, en el 53,5% la localización fue pulmonar (con o sin afectación extrapulmonar) y en el 46,5% solo extrapulmonar. Durante el periodo, el número de casos de sida con TB descendió un 90,6%. Con respecto a los casos de sida con otras enfermedades, los casos con TB tuvieron un predominio masculino, menor edad y mayor proporción de extranjeros, de casos con antecedentes de prisión y de UDVP, aunque las magnitudes eran diferentes según la TB fuera pulmonar o extrapulmonar. Se ajustaron modelos de regresión logística separados según localización de la TB. Los factores asociados positivamente con TB pulmonar fueron: año de diagnóstico de sida (mayor riesgo de 1994 al 2001 frente al 2004), ser varón (OR: 1,3; 1,2-1,4), menor de 40 años (OR: 1,3; 1,2-1,4) y extranjero (1,6; 1,4-1,8); se detectó una interacción: aunque la estancia en prisión siempre aumentaba el riesgo de TB pulmonar, el efecto variaba según el grupo de riesgo. Respecto a la TB extrapulmonar, se encontró asociación positiva con las mismas variables pero de diferente magnitud; y solo en los años 1994-1996 la probabilidad de presentar TB fue mayor que en 2004.

**Conclusiones:** Aunque la incidencia de TB asociada a sida ha disminuido drásticamente en España, sigue siendo la enfermedad indicativa de sida más común. El efecto de la diseminación de la terapia antirretroviral de alta eficacia (TARGA) se apreció rápidamente en la TB extrapulmonar, y no tanto en la pulmonar. Aún utilizando TARGA, sigue siendo necesario realizar quimioprofilaxis anti-TB en infectados por VIH.

**REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN UNA COHORTE DE SEROCONVERTORES (GEMES) DESPUÉS DE LA INTRODUCCIÓN DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD**

GEMES. Grupo de Estudio Multicéntrico Español de Seroconvertidores al VIH

**Objetivo:** Estimar la incidencia de tuberculosis (TBC) y los factores de riesgo asociados en una cohorte de sujetos con fecha de infección por VIH conocida, antes y después de la introducción de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).

**Métodos:** GEMES (Grupo de Estudio Multicéntrico de Seroconvertidores) es un estudio de cohortes que incluye personas con fecha estimada de seroconversión al VIH. El periodo de estudio es desde 1982 y 2006. Para estos análisis, se censuraron los datos a diciembre del 2004. Se calcularon las tasas de incidencia de TBC para cada periodo. Se utilizó un modelo de regresión de Cox para modelizar la evolución de los Hazard Ratios (HR). El periodo calendario (1982-1997 versus 1998-2004) se modelizó como una variable tiempo-dependiente.

**Resultados:** De los 2245 seroconvertidores, 48% eran (o habían sido) usuarios de drogas por vía parenteral (UDIs), 28% hemofílicos (HF), 18% hombres homo/bisexuales (HBS) y 4% heterosexuales (HT). Un 26% de los UDIs y un 74% de los HT eran mujeres. La mediana de edad a la seroconversión fue de 26 años para los no-HF y de 15 para los HF. Se diagnosticaron 173 casos de TBC (96 casos de TBC pulmonar) durante 19 863 personas-año (pa) de seguimiento. Entre los casos de TBC, la mediana de tiempo desde la seroconversión al diagnóstico de TBC fue de 5,5 años, siendo más largo en HF (7,7 años) que en UDIs (5,2 años). Un 51,4% de los miembros de la cohorte estuvieron recibiendo en algún momento tratamiento antirretroviral (TAR). El 61% de los casos de TBC no estaba recibiendo TAR en el momento de su diagnóstico. Antes de 1997, las tasas de TBC fueron más elevadas en no-HF (18 por 1000 pa) que en HF (3 por 1000 pa). Después de 1997, se observa una reducción del 55% en la incidencia de TBC (HR 0,55 IC95%: 0,40-0,77) en los no-HF. No se observa ningún caso de TBC en HF después de 1997.

**Conclusiones:** La incidencia de TBC en personas VIH-positivas ha disminuido de manera muy llamativa en la era TARGA evidenciándose diferencias por categoría de transmisión. Los casos de TBC se producen en personas que no han recibido TAR siendo los UDIs los que siguen presentando las tasas más elevadas.

**TUBERCULOSIS CON COINFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO**

M. Moreno Gómez\*, J.A. Mirón Canelo\*, M. Alonso Sardón\* y M.C. Sáenz González\*

\*\*Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Salamanca

La precaria situación de la Tuberculosis (TB) en pleno siglo XXI se debe a numerosas circunstancias, entre las cuales la pandemia VIH-SIDA se considera una de las principales. El cumplimiento de la quimioterapia antituberculosa es una de las claves para la erradicación de la enfermedad, pero esta situación es problemática en el caso de determinados grupos sociales con dificultades para aceptar indicaciones médicas, modificar hábitos en el estilo de vida, seguir tratamientos farmacológicos, etc.

El **objetivo general** del estudio fue conocer las características epidemiológicas y clínicas, y valorar el cumplimiento y seguimiento terapéutico en TB de pacientes del Área de Salud de Salamanca con ambas patologías.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal, basado en el análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes hospitalizados VIH positivos, con diagnóstico de TB en el Área de Salud de Salamanca entre 1 de Enero de 2000 y 31 de Diciembre de 2004. De los pacientes en los que se detectó coinfección, 60 cumplieron los criterios de inclusión. El tratamiento estadístico de datos se realizó con el programa SPSS versión 11.0. Para el análisis, se siguieron las normas y definiciones recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unidad de Investigación Contra Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER).

**Resultados:** Las formas de presentación clínica de TB fueron: 38,3% pulmonares, 11,7% extrapulmonares, y 50% diseminadas. El 28,3% había sufrido un episodio previo de TB; el 21,7% no realizó tratamiento o lo abandonó. Sólo en el 20% de los casos, la historia refleja la condición de no haber sido Usuario de Drogas Vía Parenteral (UDVP); el 68,3% presentaba tres o más factores de riesgo. Hay constancia de Tratamiento Directamente Observado (TDO) en el 30% de los pacientes. Fueron **Resultados Satisfactorios (RS)** 18,3%, **Fallecimientos** 15%, **Trasladados** 5%, y **Resultados Potencialmente Insatisfactorios (RPI)** 60%; de éstos, en el 51,7% no se halló información suficiente en la historia clínica para conocer el resultado del tratamiento. Aparecen anotaciones de consulta médica referentes a TB en el 15% de los pacientes.

**Conclusiones:** La información recogida en las historias clínicas es insuficiente para valorar el proceso asistencial de la TB y para conocer el resultado del tratamiento, según la normativa propuesta por la OMS. Resulta imprescindible realizar un control activo de los denominados grupos de riesgo, con revisiones a lo largo del tratamiento, para asegurar el seguimiento del tratamiento.

**COMUNICACIONES ORALES**Miércoles, 4 de octubre de 2006  
9:30 a 13:30**Tabaco***Moderadora: Anna Schiaffino Rubinat  
Instituto Catalán de Oncología***PERSONAS DE PAÍS DE ORIGEN DIFERENTE A ESPAÑA EN LA COHORTE RIS DE ADULTOS CON INFECCIÓN POR VIH (CORIS). CARACTERÍSTICAS Y DISTRIBUCIÓN POR CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN**A.M. Caro<sup>1</sup>, J. del Amo<sup>2</sup>, J. Castilla<sup>3</sup> y la Cohorte RIS (CoRIS)<sup>1</sup>Instituto de Salud Carlos III, <sup>2</sup>Universidad Miguel Hernández, <sup>3</sup>Instituto de Salud Pública de Navarra.

**Antecedentes:** En España, como en el resto de Europa, las personas provenientes de otros países representan una proporción creciente de los afectados por el VIH/sida. Nuestro objetivo es describir sus características sociodemográficas y su distribución según la categoría de transmisión en personas adultas con infección por VIH que inician seguimiento clínico.

**Métodos:** CoRIS es una cohorte multicéntrica, abierta, prospectiva, de adultos con infección por VIH sin tratamiento previo, atendidos por primera vez en 18 hospitales de 8 CCAA a partir del 1 de enero de 2004. Analizamos las características epidemiológicas de la población al ingreso en la cohorte. La información sobre el lugar de origen es autorreferenciada e independiente de la nacionalidad y la situación legal de la persona, sin mención del tiempo de permanencia en España. Período de estudio: ene 2004 – nov 2005. Estimación de medias ( $\pm$ DE) y proporciones (IC 95%).

**Resultados:** Se analizaron 1.591 personas, 75,8% hombres, edad media al ingreso a la cohorte: 36,8  $\pm$  10,1 años, fecha de diagnóstico de VIH: 83,9% entre 2003 y 2005. Se dispone de información sobre el lugar de origen del 96,5% de los casos, por categorías de transmisión son: usuarios/as de drogas inyectadas (n = 318, 80% hombres): 91,2% España, 2,5% Europa del este y Rusia (EE), Europa occidental (E. Occ) y Latinoamérica y Caribe (LAC) respectivamente. Hombres homo/bisexuales (n = 559): 71,4% España, 23,1% LAC, 3,8% E. Occ. Hombres heterosexuales (n = 278): 70,9% España, 13,3% LAC, 10,1% África subsahariana (ASS). Mujeres heterosexuales (n = 274): 57,7% España, 20,8% LAC, 12,8% ASS. La edad media al diagnóstico de VIH es inferior en personas de LAC (31,9  $\pm$  8,2 años) y EE (32,2  $\pm$  7,4) que en españoles (36,7  $\pm$  11,0). La razón hombre/mujer es 6,0 (E. Occ), 3,8 (España), 2,8 (LAC), 1,4 (EE), 0,8 (Norte de África) y 0,7 (ASS). La proporción de personas que no supera los estudios primarios es mayor en norte de África (84,6%) y ASS (66,7%) que en España (53,2%), o LAC (46,9%), y siempre es mayor en las mujeres (76,9% en ASS).

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH y naïve de tratamiento, la mayoría de los casos son de transmisión sexual (homo y heterosexual). Una de cada cuatro personas proviene de fuera de España, especialmente de LAC. Esta proporción llega a casi una de cada dos en las mujeres heterosexuales, en quienes destaca también el origen subsahariano. Las personas de otras regiones se diagnostican más jóvenes, y en el caso de África tienen un nivel educativo inferior, especialmente las mujeres.

Financiación: ISCIII, FIS, Red de Investigación cooperativa C03/173

**EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN LA POBLACIÓN NO FUMADORA DE BARCELONA**A. Martín<sup>1</sup>, A. Schiaffino<sup>1</sup>, J. Twose<sup>1</sup>, J.A. Pascual<sup>2</sup>, M. Nebot<sup>3</sup>, E. Salto<sup>4</sup>, A. Moncada<sup>5</sup>, M. Fu<sup>1</sup> y E. Fernández<sup>1</sup><sup>1</sup>Institut Català d'Oncologia; <sup>2</sup>Institut Municipal Investigació Mèdica; <sup>3</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona; <sup>4</sup>Generalitat de Catalunya; <sup>5</sup>Ajuntament de Terrassa.

**Objetivo:** Conocer la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) de la población no fumadora de la ciudad de Barcelona.

**Métodos:** Muestra representativa de 1.245 personas de la población de Barcelona entrevistadas los años 2004 y 2005. Se administró un cuestionario *ad hoc* y el 95% facilitó muestra de saliva. Se determinó la concentración de cotinina en saliva mediante cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas. Para el presente análisis se incluyó a los no fumadores. Se han calculado los porcentajes de percepción de exposición en el hogar, el trabajo, los transportes y el tiempo libre. La variable dependiente fue la concentración de cotinina en saliva categorizada en < 1, 1-2 y > 2 ng/ml. Las variables independientes fueron el sexo, la edad (16-24, 25-44, 45-64, > 64), el nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, universitarios), la clase social según la ocupación (I-II, III, IV-V), la percepción del estado de salud (óptima/subóptima), y la percepción de la exposición al HAT (sí/no) en los diferentes ambientes. Se han calculado las *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95% de las variables asociadas con la concentración de cotinina en saliva mediante regresión logística polinómica.

**Resultados:** El 70,6% (n = 823) de los entrevistados declararon ser no fumadores. De ellos, 751 tenían información completa del cuestionario y de la concentración de cotinina en saliva (mediana 1,3 ng/ml; rango intercuartílico 0,3-2,7). El 36,9% de los no fumadores presentaron una concentración de cotinina en saliva por debajo del límite de cuantificación (< 1 ng/ml), el 30,1% entre 1-2 ng/ml y el 33,0% mayor de 2 ng/ml. Un 22,1% percibieron estar expuestos al HAT en el hogar, un 38,2% en el trabajo, un 59,6% en el tiempo libre y un 39,7% en el transporte. El 60,3% de los sujetos que percibían estar expuestos al HAT en algún ambiente presentaron niveles de cotinina cuantificables, y de los que no percibían ninguna exposición este porcentaje fue del 63,9%. Percibir estar expuesto al HAT en el hogar se asoció a concentraciones de cotinina entre 1-2 ng/ml (OR = 3,1; IC95% 1,6-5,9) y > 2 ng/ml (OR = 3,9; IC95% 1,9-7,5). Los hombres presentaron mayores concentraciones de cotinina (OR = 1,9; IC95% 1,1-3,2).

**Conclusión:** Las concentraciones de cotinina en saliva encontradas revelan que más de la mitad de los sujetos no perciben su exposición real al HAT. Los niveles de cotinina en saliva se relacionan con una percepción de exposición al HAT en el hogar. Estudio parcialmente financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (PI020981).



**EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO EN LOS HOSPITALES DE CATALUÑA (2005)**M. Fu<sup>1</sup>, E. Fernández<sup>1</sup>, M.J. López<sup>2</sup>, C. Martínez<sup>1</sup>, E. Saltó<sup>3</sup>, M. García<sup>1</sup>, E. Méndez<sup>1</sup>, F. Centrich<sup>2</sup> y M. Nebot<sup>2</sup><sup>1</sup>Institut Català d'Oncologia; <sup>2</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona; <sup>3</sup>Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.**Objetivo:** Cuantificar la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) en los centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) de Cataluña antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005.**Método:** Se midió la nicotina en fase vapor como marcador de HAT en 44 hospitales de la XHUP entre septiembre y diciembre de 2005 mediante monitores pasivos que contenían un filtro de 37mm de diámetro tratado con bisulfato sódico. Se instalaron 5 ó 7 monitores según el tamaño del hospital (< 300 o ≥ 300 camas), que permanecieron durante 7 días en vestíbulos de entrada, salas de espera de urgencias, plantas de medicina interna y de cirugía, cafeterías, escaleras de emergencia y vestuarios de áreas quirúrgicas. Las muestras se analizaron mediante cromatografía de gases (GC/MS) en el Laboratorio de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Se registró la presencia de signos indirectos de consumo de tabaco en todos los sitios de muestreo. Se compararon las medianas de la concentración de nicotina (test no paramétrico de medianas) según el tamaño del hospital, el lugar muestreado y los signos indirectos de consumo.**Resultados:** Se instalaron 213 monitores, de los que se perdieron 15. Se detectó nicotina en 190 muestras (96,2%) (límite de detección 0,01 µg/ml). La mediana de la concentración de nicotina de todas las muestras fue 0,23 µg/m<sup>3</sup>, con un rango intercuartil (RI) de 0,13-0,63 µg/m<sup>3</sup>. No se encontraron diferencias significativas según el tamaño del hospital. La mediana de nicotina por lugar muestreado fue: vestíbulo 0,20 (RI 0,14-0,41); sala de espera de urgencias 0,26 (RI 0,17-0,52); planta de medicina interna 0,18 (RI 0,10-0,34); escalera de emergencia 0,31 (RI 0,13-0,89); planta de cirugía 0,14 (RI 0,10-0,42); vestuario de área quirúrgica 0,19 (0,08-1,77); cafetería con prohibición total de fumar: 0,46 (RI 0,19-0,68); cafetería donde se permite fumar 3,61 (RI 0,82-11,48; p < 0,05 vs cafetería con prohibición); cafetería con zonas delimitadas (zona de no fumadores) 3,59 (RI 2,35-5,84; p < 0,05 vs cafetería con prohibición). La mediana de la concentración de nicotina donde no se observaron signos de consumo fue 0,22 (RI 0,12-0,43), y en los sitios donde sí se observaron fue de 1,08 (RI 0,63-6,70; p < 0,05).**Conclusión:** Antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005, en todos los hospitales se detecta nicotina en el ambiente, aunque las concentraciones son muy bajas en la mayoría de los casos. Las cafeterías en que se permitía fumar total o parcialmente, las escaleras de emergencia y las salas de espera de urgencias presentan las concentraciones más elevadas de HAT.

Financiación: Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

**CONCORDANCIA ENTRE DOS TESTS EMPLEADOS PARA MEDIR LA DEPENDENCIA NICOTÍNICA**M. Pérez Ríos<sup>1,2</sup>, M. I. Santiago Pérez<sup>1</sup>, A. Malvar Pintos<sup>1</sup> y B. Alonso de la Iglesia<sup>1</sup><sup>1</sup>Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia. <sup>2</sup>Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública. Universidade de Santiago de Compostela.**Antecedentes y objetivos:** Para la valoración de la dependencia nicotínica es indiscutible la importancia del test de Fagerström (FTND). Además de esta escala disponemos de otra derivada del mismo test, el Heavy Smoke Index (HSI), más corta y por ello más adecuada para incluir en estudios poblacionales sobre tabaco. El objetivo de esta comunicación es comprobar en qué grado concuerdan el FTND y el HSI en una población con baja dependencia nicotínica como es la gallega.**Métodos:** Aplicación del FTND y del HSI a la misma población de fumadores diarios. El FTND está formado por 6 preguntas cuya puntuación sitúa la dependencia física del fumador entre 0 y 10 puntos. Dos de las preguntas tienen un rango de puntuación de 0 a 3 y, por tanto, constituyen los ítems más importantes para reflejar la dependencia. La combinación de los dos ítems se denomina HSI. A partir del FTND y del HSI se clasifica la dependencia en: nula, leve o moderada y alta. Se aplicaron los tests a los datos procedentes de una encuesta sobre consumo de tabaco que se realizó en 2005 entre la población gallega de 16 a 74 años. Los 6.492 encuestados fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple, y entrevistados mayoritariamente por teléfono (90%). La muestra se diseñó para garantizar la representatividad en función del sexo y el grupo de edad: 16-24, 25-44 y 45-74 años. En este caso se utilizó la información aportada por 1.655 fumadores diarios (941 hombres y 714 mujeres). Las proporciones se ponderaron de acuerdo al diseño muestral, y se presentan con intervalos de confianza del 95%. La concordancia entre el FTND y el HSI se estimó con el coeficiente Kappa de Cohen para dos observadores y 3 categorías.**Resultados:** Ambas escalas muestran baja dependencia nicotínica en los fumadores diarios gallegos. Así, aplicando el FTND el 22,1% (19,8-24,4) de los fumadores diarios no tienen dependencia y el 6,5% (5,1-7,9) presentan dependencia alta. Los resultados obtenidos aplicando el HSI muestran que el 31,0% (28,5-33,4) no son dependientes y que el 6,4% (5,0-7,9) presentan alta dependencia. La concordancia entre ambos test es sólida y firme (Kappa = 0,71, p < 0,005), según la interpretación propuesta por Landis y Koch (1977), al igual que diferenciando por sexos (hombres: Kappa = 0,69; p < 0,005 y mujeres kappa = 0,73; p < 0,005).**Conclusiones:** En una población donde la dependencia nicotínica es baja el FTND y el HSI presentan un buen grado de concordancia. Por lo tanto, para conocer la dependencia física en la población gallega se puede emplear cualquiera de los dos tests.**EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO EN LUGARES DE TRABAJO DE OCHO COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA**

F. Sánchez-Martínez, M.J. López, M. Nebot, C. Ariza y Grupo de Evaluación de la Ley 28/2005

**Antecedentes/objetivos:** El tabaquismo pasivo en España representa un problema de salud pública de gran importancia. El objetivo de este estudio es describir los niveles de exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) en lugares de trabajo de 8 Comunidades Autónomas antes de la implantación de la ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo.**Métodos:** Se midió la nicotina en fase vapor mediante monitores pasivos que contenían un filtro de 37 mm tratado con bisulfato sódico. El tiempo de exposición de los filtros fue de una semana, excepto en las discotecas que fue de 4 horas. Entre los meses de octubre y diciembre de 2005 se tomaron 436 muestras en la Administración Pública, empresas privadas, restaurantes y discotecas de 8 Comunidades Autónomas: Baleares, Cantabria, Cataluña, C. Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja y Madrid. Las muestras fueron analizadas en el Laboratorio de la Agencia de Salud Pública de Barcelona mediante cromatografía de gases (GC/MS), con un límite de detección de 0,01 µg/ml. Paralelamente se recogieron variables de tipo observacional relativas a la permisibilidad de fumar y a los signos de consumo de tabaco.**Resultados:** En el 90,2% de los lugares muestreados se detectó presencia de nicotina, de los que el 26,8% presentaban concentraciones superiores a 2,3 µg/m<sup>3</sup>, concentración relacionada con un exceso de riesgo de mortalidad por cáncer de pulmón de 3/10.000. La mediana de concentraciones detectadas fue de 0,2 µg/m<sup>3</sup> para la Administración Pública, 0,39 µg/m<sup>3</sup> para las empresas privadas, 3,47 µg/m<sup>3</sup> para los restaurantes y 32,81 µg/m<sup>3</sup> para las discotecas. En todas las Comunidades Autónomas el porcentaje de muestras con presencia de nicotina superó el 74%, destacando La Rioja y Comunidad de Madrid con presencia de nicotina en el 100% de los lugares muestreados. Existe una relación entre la concentración de nicotina encontrada y la presencia de signos de consumo de tabaco observados.**Conclusiones:** Los datos muestran que, pese a la ligera variabilidad entre Comunidades, las principales diferencias en la exposición se relacionan con el tipo de sector laboral. Los trabajadores de la Administración Pública son los que están expuestos a los niveles de HAT más bajos, seguidos de las empresas privadas, restaurantes y discotecas. El sector de la hostelería y en concreto las discotecas presentan concentraciones de nicotina relacionadas con elevados riesgos para la salud de los trabajadores expuestos. Grupo de Evaluación de la ley 28/2005: M. Nebot, M.J. Lopez, C.Ariza, E. Fernández, A. Schiaffino, F. Centrich, E. Saltó, M. Fu, M.Pérez, B. Alonso, A. López, P. Pont, F. Carrion, S. Alvarez, M.E. López, J.A. Riesco, I. Marta, C. Estrada, A. Esteban, E. Pérez, M.A. Hessel, M.E. del Castillo, J.A. Ayensa, E. Tejera, J. Twose, J.A.Pascual, A. Valverde.**EVALUACIÓN DE UNA EXPERIENCIA DE PROMOCIÓN DE ESPACIOS SIN HUMO EN EL ÁMBITO EDUCATIVO**

E. Arbesú Fernández, J. García Vázquez, L. Rodríguez-Vigil, C. García García, B. Eyaralar Riera y C. Mosquera Tenreiro

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

**Antecedentes/objetivos:** Un estudio observacional realizado en Asturias en 1999 mostró un elevado consumo de tabaco en los centros de educación secundaria. Para reducir este consumo se diseñó el programa Aire Fresco, con un enfoque participativo y en el contexto de Escuelas Promotoras de Salud. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de este programa en el consumo visible de tabaco en los centros participantes.**Métodos:** Los 18 centros públicos con Aire Fresco se compararon con igual número de centros que no habían realizado el programa, seleccionados como controles por estar en el mismo área sanitaria. En una visita a cada centro, por observación directa, se recogió información sobre consumo de tabaco (personas fumando o presencia de colillas), existencia de ceniceros y de carteles señalizadores de "espacio libre de humo" o "prohibido fumar". Las zonas observadas fueron: vestíbulo, consellería, dependencias administrativas, sala/s de profesorado, pasillos/escaleras, aseos, dos aulas, patio y cafetería, es decir, zonas compartidas por profesorado, personal no docente y alumnado. La unidad de análisis fue la zona observada y se consideró que había consumo de tabaco cuando en la misma había persona/s fumando y/o colilla/s.**Resultados:** El consumo observado fue inferior en los centros con programa (27,9% vs 45,6%) y en los dos grupos fue menor al observado en 1999 (54,1%). El consumo en los centros con programa se limitaba, prácticamente, a las cafeterías y los exteriores; en los centros control se consumía en cualquiera de las zonas observadas, era muy frecuente en los exteriores y los aseos, y excepcional en las aulas; esta situación era similar a la de 1999, aunque entonces existía un mayor nivel de consumo. Tanto en los centros programa como control había carteles en cualquiera de las zonas observadas -excepto en el patio-, aunque su presencia en los centros Aire Fresco era mayor que en los control (50,8% vs 25,4%). En 1999, estos carteles eran poco habituales (14%). La presencia de ceniceros era escasa en los grupos comparados (19% y 23% de las zonas) y menor que en 1999 (44%).**Conclusiones:** Los resultados ponen de manifiesto la utilidad del programa Aire Fresco en la regulación del consumo de tabaco en los centros participantes. La estrategia de debatir y consensuar normas de limitación del consumo, con la participación de alumnado y personal, parece haber sido efectiva. Desde el año 1999, la situación ha mejorado en su conjunto, también en los centros controles.

Financiación: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

**CONSUMO DE TABACO EN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

N. Mata, I. Galán I, A. Guirao, H. Ortiz, A. Rincón, L. Diez, D. González, E. Gil y B. Zorrilla

Sección de Enfermedades no transmisibles. Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

**Antecedentes/objetivos:** El consumo de cigarrillos es la principal causa prevenible o evitable de pérdida de salud, invalidez y de muerte prematura en los países desarrollados. El colectivo sanitario, debido a su rol modélico tiene un papel fundamental en la prevención y tratamiento del tabaquismo, aunque paradójicamente ha sido un colectivo con una alta proporción de fumadores.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de consumo de tabaco en los profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid, así como las características del consejo sanitario y las opiniones y actitudes de este colectivo acerca del tabaco.

**Métodos:** La muestra final fue de: 645 médicos y 644 enfermeros de centros sanitarios de atención primaria y especializada y de titularidad pública y privada, 202 odontólogos y 204 farmacéuticos de oficinas de farmacia. La información se recogió a través de 4 encuestas con un bloque de información relativa al consumo de tabaco, consejo sanitario y manejo clínico, exposición al humo de tabaco en el entorno laboral y actitudes y opiniones. Las encuestas de médicos y enfermeros se realizaron mediante entrevista personal "cara a cara" y la de odontólogos y farmacéuticos por vía telefónica, durante los meses de octubre-diciembre de 2005.

**Resultados:** Los datos de prevalencia de consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios, refleja que el colectivo que menos fuma es el de los odontólogos, con una frecuencia de fumadores diarios y ocasionales del 15,5%, seguido de los médicos (16,1%), farmacéuticos (18,6%) y personal de enfermería (27,2%). El consumo de tabaco en los profesionales sanitarios es ligeramente superior en las mujeres. La mayoría de los médicos (83%), odontólogos (79%) y enfermeros (71%) aconsejan a más del 70% de sus pacientes fumadores a que abandonen dicho hábito. Los profesionales sanitarios que creen que su papel en el tratamiento del tabaquismo es "bastante o muy importante" son los farmacéuticos (65%) y los médicos (63%); los que perciben que podrían tener un mayor papel que el que tienen en la actualidad son los farmacéuticos (62%) y los odontólogos (51%).

**Conclusiones:** La prevalencia de consumo de tabaco de odontólogos, médicos y farmacéuticos es considerablemente inferior a la prevalencia en población general, mientras que en profesionales de enfermería es similar. La mayoría de los profesionales sanitarios aconseja a sus pacientes fumadores que abandonen dicho hábito. Existe un alto grado de motivación y sensibilización por parte de los profesionales sanitarios acerca del manejo y tratamiento del tabaquismo.

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA 'HOSPITAL SIN HUMO' TRAS 4 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO EN EL HOSPITAL DEL MAR**

M. Guxens, F. Macià y M. Casamitjana

Unitat de Prevenció i Registre de Càncer, Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica. Hospital del Mar-IMAS, Barcelona; UD Medicina Preventiva i Salut Pública UPF-IMAS-ASPB

**Antecedentes/objetivos:** En el año 2000 se creó la Red Catalana de Hospitales Llibres de Humo, integrante de la Red Europea. Los hospitales miembros adoptan el modelo íntegro de 'Hospital sin Humo', delimitan espacios para fumadores, editan material de señalización y de información y promocionan la cesación tabáquica entre los trabajadores. El objetivo de este estudio es evaluar el Programa 'Hospital sin Humo' tras 4 años de funcionamiento en el Hospital del Mar de Barcelona.

**Métodos:** Se realizó una encuesta antes de implementar el Programa, a finales del 2000 y otra tras 4 años de programa, a finales del 2004. Mediante un muestreo aleatorio estratificado según sexo, edad y categoría laboral con reposición, se seleccionaron 314 trabajadores de los 1165 trabajadores del Hospital del año 2000 y 278 de los 1110 del 2004. Se recogieron datos sobre el consumo de tabaco en general, el consumo en el lugar de trabajo, así como opiniones sobre el hábito y el Programa. Se testaron las diferencias mediante el ji-cuadrado.

**Resultados:** El porcentaje de fumadores fue del 30,0% en el año 2000 y del 34,8% en el 2004, aumento no estadísticamente significativo. Los no fumadores afirmaron pasar menos tiempo en ambientes cargados de humo en el 2004 que en el 2000 (40,6% vs 29,1%) ( $p = 0,016$ ). El porcentaje de consumo de tabaco en los despachos y en la cafetería disminuyó entre ambos años (30,1% vs 13,7% y 47,3% vs 25,3% respectivamente) ( $p < 0,01$ ) así como en el office de enfermería (23,7% vs 13,7%), las salas de relax de enfermería (34,4% vs 23,2%) y las salas de reuniones (9,7% vs 3,2%) ( $p < 0,09$ ). En ambos años, los no fumadores creían que era más necesario implementar un programa como el 'Hospital sin Humo' ( $p < 0,001$ ). Los no fumadores estaban más de acuerdo en que debería estar completamente prohibido fumar en lugares públicos (92,1% vs 67,4%), en hospitales y en centros sanitarios (84,8% vs 56,8%) así como en la cafetería del Hospital (57,9% vs 14,7%) ( $p < 0,001$ ). En cambio, los fumadores estaban más de acuerdo en reservar zonas para fumadores dentro del hospital y prohibir fumar en el resto de zonas (89,5% vs 75,3%) y en que la señalización del Programa 'Hospital sin Humo' era adecuada y suficiente (45,3% vs 37,1%) ( $p < 0,05$ ). Tanto fumadores como no fumadores declaraban que el Programa de Deshabitación Tabáquica para trabajadores era poco conocido.

**Conclusiones:** El programa 'Hospital sin Humo' ha sido una manera efectiva de reducir tanto el consumo de tabaco en varias zonas del Hospital como el consumo a nivel individual durante las horas de trabajo. No obstante, sería preciso un mayor esfuerzo para ayudar a los trabajadores a dejar el hábito.

**MEDICIÓN DE LA EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO EN LOCALES DE HOSTELERÍA DE 8 CIUDADES EUROPEAS**

M.J. López<sup>1</sup>, M. Nebot<sup>1</sup>, E. Fernández<sup>2</sup>, E. Serrahima<sup>3</sup>, F. Centrich<sup>3</sup>, ETS WorkGroup

<sup>1</sup>Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció. Agència de Salut Pública de Barcelona. <sup>2</sup>Institut Català d'Oncologia. <sup>3</sup>Laboratori de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Antecedentes/objetivos:** Los trabajadores de la hostelería están expuestos a niveles de humo ambiental de tabaco (HAT) que pueden suponer un importante riesgo para su salud. El objetivo de este estudio es medir los niveles de exposición al HAT en una muestra de locales de hostelería de 8 ciudades europeas.

**Métodos:** Se midió la nicotina en fase vapor mediante monitores pasivos que contenían un filtro tratado con bisulfato sódico. El tiempo de exposición de los monitores fue de una semana, excepto en bares nocturnos donde se tomaron muestras personales durante un mínimo de 4 horas. Se tomaron un total de 525 muestras en locales de la hostelería de Austria, Grecia, Francia, Irlanda, Italia, Polonia, República Eslovaca y España. Los locales incluidos en el estudio fueron restaurantes y cafeterías, restaurantes de comida rápida y bares nocturnos. Todas las muestras fueron analizadas mediante cromatografía de gases (GC/MS).

**Resultados:** El 98% de las muestras tomadas revelan presencia de HAT. La concentración mediana de nicotina en los restaurantes y cafeterías es de 1,90 µg/m<sup>3</sup>, en los restaurantes de comida rápida es de 0,30 µg/m<sup>3</sup> y en bares nocturnos de 34,72 µg/m<sup>3</sup>, con concentraciones que alcanzan los 311,67 µg/m<sup>3</sup>. España es el país con la mediana de concentración más elevada en bares nocturnos y en restaurantes de comida rápida. Por el contrario, Irlanda, donde las muestras se tomaron tras la implantación de la ley de tabaquismo que prohibía fumar en estos locales, es el país que muestra las concentraciones de nicotina más bajas. Entre las muestras tomadas en lugares donde no se permite fumar respecto a los que se permite fumar, la mediana de concentración disminuye en más de un 90% en restaurantes y cafeterías, en un 84% en bares nocturnos y en un 66% en restaurantes de comida rápida. En más del 91% de las muestras de bares nocturnos, del 45% de las de restaurantes y cafeterías, y del 25% de restaurantes de comida rápida las concentraciones son superiores a 2,3 µg/m<sup>3</sup> de nicotina, concentración asociada a un exceso de riesgo de mortalidad por cáncer de pulmón de 3 entre 10.000.

**Conclusiones:** Los resultados encontrados revelan que los trabajadores de hostelería de las ciudades europeas en las que no existen normativas sobre tabaquismo están expuestos a niveles de HAT muy elevados, con concentraciones especialmente elevadas en el caso de los bares nocturnos. Estos datos confirman la necesidad de medidas de regulación y control del tabaquismo en el sector de la hostelería.

Financiación: Comisión Europea (nº proyecto: 20033071)

**AIRE FRESCO, UN PROGRAMA DE ESPACIOS SIN HUMO EN EL ÁMBITO EDUCATIVO: EFECTO EN EL CONSUMO Y ACTITUDES**

J. García Vázquez, G. Álvarez Iglesias, E. Arbesú Fernández, L. Rodríguez-Vigil, S. Rodríguez Fernández y C. Mosquera Tenreiro

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

**Antecedentes/objetivos:** El consumo de tabaco en los centros de enseñanza secundaria de Asturias era elevado en 1999. En 2000, se puso en marcha un programa para reducir o eliminar el tabaco del medio educativo, con la participación activa de alumnado y profesorado en el establecimiento de nuevas normas en el centro. Esta iniciativa terminó en el 2005, con la nueva ley del tabaco. El objetivo de este estudio fue conocer el efecto del programa Aire Fresco (AF) en el hábito tabáquico, actitudes y conductas de alumnado y profesorado.

**Métodos:** La población de este estudio fue el alumnado y profesorado de 18 centros públicos de secundaria que realizaron el programa y de otros 18 centros públicos que no lo hicieron (grupo control). Se seleccionó al azar al 20% del alumnado de 3º ESO y de 2º de Bachillerato, y al 50% del profesorado. Mediante cuestionario, se recogió edad, sexo, hábito de consumo, número de cigarrillos diarios, consumo en el recinto escolar, opinión sobre la prohibición de fumar en el centro recogida por la futura ley, consumo delante del alumnado e intentos previos de dejar de fumar.

**Resultados:** En el profesorado, el consumo diario fue similar en el grupo AF y en el control, en torno al 18%. La proporción de grandes fumadores (más de 20 cigarrillos/día) fue mayor en el control. El consumo en el centro fue similar, al igual que fumar delante del alumnado. En 2º de Bachillerato, el consumo diario también fue similar (20% en el control, 22% en AF), pero el porcentaje de fumadores de más de 10 cigarrillos/día fue mayor en el control (37% vs. 19%). En 3º ESO, el consumo diario fue superior en los chicos del control (17% vs. 8%) y en las chicas de AF (19% vs. 15%). Tanto chicos como chicas fumaban más en el centro en el grupo control (45%) que en el AF (31%). Respecto a la opinión sobre la nueva ley, no hubo diferencias entre el profesorado ni entre el alumnado y la mayoría era favorable a la misma.

**Conclusiones:** El programa tuvo un efecto positivo en la reducción de la cantidad diaria de cigarrillos consumida tanto en el alumnado como en el profesorado y también en el hecho de fumar en el centro por el alumnado de 3º de ESO. Sin embargo, no se encontró efecto en la prevalencia del hábito tabáquico. Respecto a la situación de 1999, tanto el grupo AF como el control mejoraron. Financiación: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias.

## COMUNICACIONES ORALES

Miércoles, 4 de octubre de 2006  
9:30 a 13:30

### Mortalidad

*Modera: Enrique Ramalle Gómara*  
*Dirección General de Salud Pública. La Rioja*

#### DETERIORO COGNITIVO Y SUPERVIVENCIA A LOS 5 AÑOS EN UNA COHORTE DE ANCIANOS

M.J. Gilde Gómez-Barragán<sup>1</sup>, E. Ramalle-Gómara<sup>2</sup>, N. Izco<sup>2</sup>, C. Quiñones<sup>2</sup>, J. Ollolqui<sup>1</sup>, F. Fernández<sup>1</sup> y A. Trueba<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. La Rioja. <sup>2</sup>Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. La Rioja.

**Antecedentes y objetivos:** En las últimas décadas ha crecido el interés por conocer el papel que tienen distintos factores sociosanitarios como predictores de la mortalidad en los ancianos. Para la identificación de estos factores han resultado muy útiles las encuestas multidimensionales poblacionales. Diversos estudios longitudinales realizados con este fin señalan la influencia que tiene el deterioro cognitivo en la mortalidad a corto y medio plazo. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre el deterioro cognitivo y la mortalidad en una cohorte de 65 años o más, no institucionalizada, residente en La Rioja, observada durante el periodo de 1995 a 2000.

**Métodos:** Análisis de la supervivencia en una cohorte cerrada de 65 años y más. Entre mayo y julio de 1995 se realizó una entrevista en el domicilio a una muestra de 1.034 ancianos (444 varones y 590 mujeres) representativa de los ancianos riojanos. Se utilizó un cuestionario multidimensional con información sobre características sociodemográficas, salud física, situación funcional, utilización de servicios, convivencia y apoyo social. Se midió la función cognitiva con el test de Pfeiffer (SPMSQ). A los 5 años se obtuvo información sobre la situación vital de las personas entrevistadas en el Registro de Mortalidad de La Rioja. Para el cálculo del riesgo de morir por cualquier causa (y sus intervalos de confianza del 95%, IC 95), se utilizó el modelo de riesgos proporcionales de Cox. La variable explicativa fue el deterioro cognitivo (DC) en tres categorías: 1) sin DC, 2) DC leve y 3) DC moderado o grave. Se ajustó por sexo, edad, salud percibida, capacidad funcional y comorbilidad.

**Resultados:** Se obtuvo información de 1025 ancianos. El número de defunciones durante el periodo de estudio fue de 196 (19,1%; 16,2% mujeres, 23,0% varones). El deterioro cognitivo aumentó el riesgo de muerte. Comparado con las personas sin deterioro cognitivo, los que presentaban DC leve tuvieron un hazard ratio (HR) de 1,47 (IC 95: 1,02 a 2,13) y las personas con DC grave o moderado tuvieron un HR de 1,91 (IC 95: 1,09 a 3,34). En ambos casos el HR estaba ajustado por sexo, edad, salud percibida, capacidad funcional y comorbilidad.

**Conclusiones:** Este estudio apoya la relación entre el deterioro cognitivo y la mortalidad en los ancianos, incluso cuando el deterioro es leve. La utilización de un cuestionario sencillo para la valoración cognitiva de los ancianos puede ser una herramienta útil para identificar ancianos de riesgo y favorecer un aumento de la supervivencia. *Financiado parcialmente con ayuda de la Consejería de Salud de La Rioja y de la Fundación CajaMadrid.*

#### INDICADORES DE EXPECTATIVAS DE VIDA EN BUENA SALUD EN LA CIUDAD DE MADRID

J.M. Díaz Olalla, M. Esteban Peña, M.T. Pérez Álvarez, A. Rivero García, J. Gutiérrez Fernández y J. Galván Romo

*Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.*

**Antecedentes/objetivos:** Los importantes incrementos en la supervivencia registrados en los últimos decenios han provocado un aumento significativo del número de personas mayores, el predominio de enfermedades crónicas y la incapacidad y, paralelamente, se observa una mayor insensibilidad de los indicadores clásicos basados en la mortalidad para evidenciar cambios en el estado de salud de la población. Se requiere explorar nuevas herramientas metodológicas capaces de recoger adecuadamente estos cambios. En el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid se estudian un conjunto de indicadores de expectativa de vida en salud, con el objeto de conocer la situación de los mismos, por grupos de edad y sexo, en relación a la Esperanza Media de Vida al Nacer y a diferentes edades.

**Métodos:** A partir de las tablas de vida abreviadas para la ciudad para el año 2004 elaboradas con datos del Movimiento Natural de la Población y del Padrón Continuo de Habitantes, y utilizando el método Sullivan para ajustar en cada generación de supervivientes algunos datos obtenidos en la Encuesta de Salud de la Ciudad (prevalencia de diferentes condiciones de autopercepción del estado de salud, de morbilidad crónica y de discapacidad) obtenemos los indicadores de Esperanza de Vida en Buena Salud percibida (EVBS o HALE), Esperanza de Vida sin Discapacidad (EVSD o DALY) y Esperanza de Vida Libre de Morbilidad Crónica (EVLMO). La Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid es una herramienta para generar información no disponible sobre la salud y sus condicionantes de los ciudadanos madrileños, a partir del interrogatorio de 8.504 personas seleccionadas mediante muestreo bietápico tras estratificar por edad y sexo y que representan al conjunto de la población.

**Resultados:** Aunque la Esperanza de Vida al Nacer en la Ciudad de Madrid en el año 2004 es de 77,68 años en los hombres y 84,91 años en las mujeres, la EVBS es similar en ambos (algo más de 63 años), por lo que en la actualidad, en el momento del nacimiento se puede calcular que los hombres madrileños vivirán un 18,51% de su vida con mala salud, mientras que las mujeres se encontrarán en esa precaria situación más de una cuarta parte de su existencia. La EVLMC al nacer es de 43,9 años para hombres y 40,6 años para las mujeres, mientras que la EVLD entre los que alcanzan la edad de 20 a 24 años es de 38,3 años para ellos frente a 39,6 años para ellas.

**Conclusiones:** Adquiere gran interés para la investigación epidemiológica del Estado de Salud de una población el cálculo de expectativas de vida en buena salud. En este sentido la posibilidad de integrar datos de diferente naturaleza y origen se plantea como una aportación al método del máximo interés. No obstante, la comparación con indicadores calculados para otras zonas es difícil por existir aún importantes discrepancias metodológicas en la bibliografía. Como es conocido estos indicadores definen una importante desventaja de género.

#### MORTALIDAD POR SUICIDIO. ESPAÑA Y CASTILLA-LA MANCHA, 1980-2004

J. Castell, G. Gutiérrez Ávila, A. Santos Azorín, S. García Hernández y S. Humanes

*Servicio de Epidemiología, DGSP, Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.*

**Antecedentes/objetivos:** El estudio y vigilancia de la mortalidad por suicidio, se ha convertido en los últimos años en un tema de creciente interés para la salud pública, quizás debido a que sirva como termómetro de la salud social del país. El objetivo del estudio fue: Describir la evolución y el comportamiento de la mortalidad por suicidio durante el periodo 1980-2004 según las siguientes variables: a) Lugar (España y Castilla-La Mancha), b) Edad, c) Sexo

**Métodos:** El número de habitantes por grupos quinquenales de edad se obtuvo por interpolación geométrica tomando como momentos pivoteales los Censos de Población de 1981, 1991 y 2001 (INE). El número de defunciones por grupos quinquenales de edad y sexo se obtuvo a partir de la Página web del INE para España y del registro de mortalidad de Castilla-La Mancha. Se calcularon las tasas específicas de mortalidad por suicidio por edad y sexo para cada uno de los años incluidos en el periodo de estudio, referidos a España y a Castilla-La Mancha.

**Resultados:** Las tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en España han aumentado drásticamente, tanto en varones (incremento del 44,09%), como en mujeres (incremento del 47,54%); sin embargo en Castilla La Mancha se observa un aumento importante; pero ligeramente más moderado que en España en varones (incremento del 37,5%) y un incremento algo menor de las tasas en mujeres (incremento del 29,30%). En el periodo 1980-2004, se han registrado un total de 1.357.205 años potenciales de vida perdidos en España (APVP), de ellos 1.062.053 correspondientes a varones y 295.153 a mujeres; mientras que en Castilla La Mancha en el mismo periodo se han producido 50.853 APVP para ambos sexos con 41.988 en varones y 8.865 en mujeres.

**Conclusiones:** En el periodo estudiado el aumento en las tasas ajustadas de suicidio ha sido espectacular en el conjunto de España, tanto para varones como para mujeres; mientras que en Castilla La Mancha se da un fenómeno de menor magnitud; pero muy preocupante. Es necesario llevar a cabo estudios epidemiológicos adicionales para determinar los modelos causales de este comportamiento del suicidio en nuestro país.



**COMPARACIÓN DE LA CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN ASIGNADA POR EL SISTEMA EUROPEO IRIS Y EL SISTEMA ESPAÑOL**

A. Puigdefàbregas Serra<sup>2</sup>, J. Carrillo Prieto<sup>1</sup>, F. García García<sup>2</sup>, C. García Sencherms<sup>3</sup>, R. López Zazo<sup>4</sup>, G. Pavillon<sup>5</sup> y L.A. Johansson<sup>5</sup>, y Grupo de trabajo para la codificación automática de causas de muerte.

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Estadística, y Registros de Mortalidad de: <sup>2</sup>Cataluña, <sup>3</sup>C. Valenciana, <sup>4</sup>C. Madrid, <sup>5</sup>Proyecto IRIS.

**Antecedentes/objetivos:** En España se han desarrollado hasta la actualidad 3 sistemas de codificación automática de las causas de muerte, en Cataluña (96-98), en la CA de Madrid (91-actual) y CA Valenciana (99-actual). Ante la necesidad de unificar criterios para la causa básica de defunción (CB), EUROSTAT recomienda la utilización de codificadores basados en el sistema americano ACME a partir de las defunciones de 2005. Con el objetivo de buscar un sistema de codificación automática válido para todos los registros de mortalidad de España, se inicia la valoración de IRIS, programa en fase de desarrollo. Se presenta el resultado de la comparación de la codificación de la CB de España con el sistema IRIS.

**Métodos:** Muestra de 15.282 Boletines Estadísticos de Defunción (BED) de las CCAA de Madrid (45,5%) y Valencia (54,5%), con códigos de causas múltiples (CM) y CB de cada BED. Criterios de selección de la muestra a partir de la lista reducida de causas de muerte del INE: CB frecuentes, especial dificultad según codificación manual o automática, exclusión de BED con una sola causa informada o con secuencia de CM repetida, y selección de BED con mayor nº de CM informadas. La CB de IRIS se ha comparado con CB *gold estándar* a partir de: CB coincidentes entre IRIS y muestra inicial (11.263), CB manual establecida con la colaboración de 7 registros de mortalidad y revisada por 2 expertos (3.107).

**Resultados:** IRIS codifica el 94% de los BED (912 reject), con 84,2% de coincidencia a 4 dígitos, 89,0% a 3 dígitos y 92,6% si consideramos el capítulo de la CIE-10. El 82% de las discrepancias en 4º dígito se concentran en la diabetes y la EPOC. Los capítulos de la CIE-10 con mayor coincidencia son los tumores y las enfermedades circulatorias; los de mayor discrepancia las enfermedades respiratorias, endocrinas y mentales. Se ha observado el 58% de coincidencia entre los registros de mortalidad participantes en estos casos complejos.

**Conclusiones:** Buena valoración de IRIS en cuanto a eficiencia y calidad de los resultados obtenidos. Necesidad de homogeneizar con IRIS criterios de aplicación de reglas de selección de CB y de asignación de 4º dígito en códigos concretos.

Grupo de trabajo: Álvarez R, Domènech J, García M, Gispert R, Melchor I, Molina P, Moreno JA, Ortiz MT, Zurriaga O.

Colaboradores: Audicana C, Bermejo E, Cerdeira S, Cirera L, Constenla D, Criado JJ, Donate I, Floristán Y, Gibert A, Lizarraga T, de Lucas A, Madrigal E, Martínez C, Moreno C, Redondo M, Rodríguez J, Zaragoza S.  
*Financiación parcial del ISCIII (RCESP C03/09)*

**IMPACTO DE LA MORTALIDAD EVITABLE EN LOS CAMBIOS DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO EN ESPAÑA ENTRE 1987-2001**

R. Gispert, I. Serra\*, M.A. Barés, A. Puigdefàbregas y M.M. Torné  
*Servei d'Informació i Estudis, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. <sup>1</sup>Institut Municipal d'Investigació Mèdica.*

**Antecedentes/objetivos:** La esperanza de vida (EV) en España ha aumentado en este siglo, pero su evolución no ha sido homogénea por eso es de interés conocer el papel que han tenido las causas de muerte y los grupos de edad en esta evolución. Se analiza el efecto de la mortalidad evitable en los cambios de la EV entre 1987 y 2001.

**Métodos:** Los datos proceden de las estadísticas de mortalidad y de población del INE, agrupados en tres períodos: 1987-91, 1992-96; 1997-2001. Se usa la Mortalidad Evitable (ME) según la lista de causas consensuada en España que incluye causas evitables sanitariamente (ISAS) y causas evitables por políticas transversales con impacto en salud (IPSI). Se utiliza el método de Arriaga (software de distribución libre de la Universidad de Santiago) que descompone de manera aditiva las diferencias de EV al nacer entre dos períodos según causas y edad y según tres efectos: directo (ganancias de un grupo de edad a consecuencia del propio grupo), indirecto (ganancias de un grupo de edad a consecuencia de otros grupos) interacción (de los dos efectos).

**Resultados:** Los mayores aumentos de la EV fueron de 1,1 años las mujeres entre los dos primeros períodos y de 1,6 años los hombres entre los dos segundos. La contribución más importante por efectos es la debida al efecto indirecto, aunque en los mayores (principalmente las mujeres) se aprecia el efecto directo. En números absolutos, las causas que más contribuyen al aumento de la EV son las no evitables, pero en términos relativos, las causas evitables tienen un efecto mayor, principalmente entre los dos últimos períodos (el 24% de las defunciones en hombres y el 11,9% en las mujeres, ocasionan el 48,7% i el 58,9 % de las ganancias respectivamente). La mortalidad por causas IPSI presenta valores negativos en el primer cambio de períodos pero es causa de las mayores ganancias de años de vida en los hombres en el segundo. Casi una tercera partes de las ganancias en EV se deben a la reducción de la mortalidad evitable por intervenciones médicas ISAS, principalmente en los menores de un año y en los grupos de población de edad mediana.

**Conclusiones:** La reducción de la mortalidad evitable ha contribuido de forma importante al aumento de la EV en España en el período estudiado. Las causas ISAS han supuesto ganancias de EV de manera estable, mientras que las causas IPSI han significado en la primera parte del período pérdidas en la expectativa de vida, pero en la segunda parte han supuesto importantes ganancias en los hombres.

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

**EVOLUCIÓN TEMPORAL Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MORTALIDAD EVITABLE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. PERÍODO 1990-2004**

I. Melchor<sup>1,2</sup>, A. Nolasco<sup>2</sup>, J.L. Píera<sup>2</sup>, C. García-Sencherms<sup>1</sup>, P. Peireyra-Zamora<sup>2</sup>, J.A. Pina<sup>2</sup>, J. Moncho<sup>2</sup>, P. Martínez<sup>1</sup> y F. Villagrasa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Registro de Mortalidad CV (RMCV). *Conselleria Sanitat. <sup>2</sup>USI - Universidad de Alicante.*

**Objetivos:** Es de gran interés el desarrollo de indicadores que midan la calidad y efectividad de los servicios sanitarios. Siguiendo los criterios de Holland (1988), en este trabajo se analiza la evolución temporal y la distribución geográfica de la mortalidad evitable (ME) en la Comunidad Valenciana (CV).

**Métodos:** Las defunciones proceden del RMCV. Se incluyen todas las defunciones de residentes en la CV. La causa básica de defunción se ha codificado en CIE-9 para el período 1990-98 y en CIE-10 en el 1999-04. Las causas seleccionadas se han agrupado en tratables y prevenibles. En el análisis de la mortalidad evitable global y por grupos, algunas causas se solapan, por lo que las defunciones implicadas únicamente se han considerado una vez. Las poblaciones utilizadas desagregadas por sexo y grupos de edad proceden del Censo de Población y Vivienda de 1991 (INE), del Padrón Municipal de Habitantes de 1996 y de los Padrones Poblacionales Continuos de 1998- 2003 (IVE). Se ha estudiado la CV, los 22 departamentos de salud y Valencia ciudad para los períodos 1990-94, 1995-99 y 2000-04. Se ha calculado la RME, tomando como referencia la CV, la Tasa Ajustada por Edad método directo (TAE) (población estándar del año 1991 de cada ámbito geográfico) y la RCM (período de referencia 1990-94)

**Resultados:** El total de defunciones evitables en la CV es 38.061 (7,1% del total). De estas, 31.376 (82,4%) son prevenibles y 6.685 (17,6%) tratables. Para el global de la ME en la CV los hombres presentan una RCM<sub>95-99</sub> = 86,1 con IC<sub>95%</sub> = 84,4-87,8 y RCM<sub>00-04</sub> = 69,9 con IC<sub>95%</sub> = 68,5-71,4 y las mujeres RCM<sub>95-99</sub> = 87,8 con IC<sub>95%</sub> = 84,7-91,0 y RCM<sub>00-04</sub> = 75,9 con IC<sub>95%</sub> = 73,1-78,7. Estos descensos también se aprecian en el resto de los ámbitos geográficos analizados. En la CV, la mayoría de las 18 causas seleccionadas presentan descensos estadísticamente significativos excepto, el Cáncer de pulmón en mujeres con una RCM<sub>95-99</sub> = 130,3 IC<sub>95%</sub> = 114,2-146,4 y RCM<sub>00-04</sub> = 194,5 IC<sub>95%</sub> = 175,8-213,3. Valencia, presenta una sobremortalidad en los 3 períodos en ambos sexos para el total de la ME, y el grupo de prevenibles, y una sobremortalidad en hombres para los dos primeros períodos en el grupo de tratables. En el período 2000-04 los hombres presentan sobremortalidad prevenible en el departamento 12 y las mujeres en el 13, 16 y 22, efecto que también ocurre con la ME global.

**Conclusiones:** Como la mortalidad global, la ME está descendiendo en la CV. El descenso en ME es superior en hombres. La mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres aumenta considerablemente.

*Financiación: Sub. Conselleria de Sanitat-GV (2005)*

**MORTALIDAD EN EL PRIMER AÑO DE VIDA POR PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL EN ESPAÑA**

E. Ramalle-Gómara<sup>1</sup>, C. Quiñones<sup>1</sup>, M. Perucha<sup>1</sup>, M.A. González<sup>1</sup>, M.E. Lezaun<sup>1</sup>, M. Posada<sup>2</sup>. Red Epidemiológica de Investigación en Enfermedades Raras (RePIER)

<sup>1</sup>Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. La Rioja. <sup>2</sup>Instituto de Investigación en Enfermedades Raras-ISCIII. Madrid.

**Antecedentes/objetivos:** La Red Epidemiológica de Investigación en Enfermedades Raras (RePIER) ha analizado la mortalidad a largo plazo por parálisis cerebral infantil (PCI). La PCI puede definirse como 'el conjunto de manifestaciones motoras de una lesión cerebral ocurrida durante el período madurativo del sistema nervioso central (SNC) que interfiere en su completo desarrollo'. Es la principal causa de discapacidad física en la infancia. La frecuencia de PCI varía en relación a la edad de gestación, pero en general afecta al 2 y 2,5 % de los RN vivos.

El objetivo del estudio es analizar las tendencias en la mortalidad por PCI en niños menores de un año en España en el período 1981 a 2004.

**Métodos:** Los datos de mortalidad proceden del Instituto Nacional de Estadística. Se ha seleccionado el código 343 (343,0 a 343,9) de la CIE-9 para el período 1981 a 1998 y el código G80 (G80,0 a G80,9) de la CIE-10 desde 1999 en adelante. Se han calculado tasas brutas expresadas por millón. Se ha repetido el análisis según sexo. La evolución de la tendencia se ha hecho mediante regresión joinpoint.

**Resultados:** En el período 1981 a 2004 fallecieron en España 150 niños menores de un año en cuyo certificado de defunción constaba PCI (98 niñas y 52 niños). La tasa en el año 1981 fue de 0,22 casos por millón en varones y de 0,29 en mujeres. En el año 2004 las tasas fueron: 0,09 en varones y 0,23 en mujeres. En el período estudiado se ha producido un descenso estadísticamente significativo de la tendencia en la mortalidad con un promedio anual de cambio (PAC) de 4% en niños y de 3,5 en niñas, sin diferencias en función del sexo.

**Conclusiones:** La mortalidad por PCI ha descendido en el período estudiado a un ritmo promedio de casi el 4% anual. Esta disminución responde probablemente al descenso en la incidencia de la PCI<sup>1</sup>, ya que la prevalencia de esta enfermedad se ha mantenido prácticamente constante<sup>2</sup>. También podría deberse a una mejora diagnóstica, de forma que niños que antes eran diagnosticados como PCI ahora lo son por otras causas. La frecuencia con que el certificado de defunción recoge como causa básica de defunción la PCI en los afectados por esta enfermedad es baja (22%), por lo que la mortalidad real es presumiblemente mayor<sup>3</sup>.

1. Meberg A, Broch H. A changing pattern of cerebral palsy. Declining trend for incidence of cerebral palsy in the 20-year period 1970-89. *J Perinat Med* 1995; 23(5):395-402.
2. Winter S, Autry A, Boyle C, Yeargin-Allsopp M. Trends in the prevalence of cerebral palsy in a population-based study. *Pediatrics* 2002; 110(6):1220-1225.
3. Evans PM, Alberman E. Certified cause of death in children and young adults with cerebral palsy. *Arch Dis Child* 1991; 66(3):325-329.

*Financiado parcialmente con ayuda de la Fundación Rioja Salud.*

**MORTALIDAD POR DEMENCIA Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA RIOJA. PERIODO 1980-2004**N. Izco Goñi<sup>1</sup>, E. Ramalle-Gómara<sup>1</sup> y M.J. Gil de Gómez<sup>2</sup><sup>1</sup>Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. La Rioja. <sup>2</sup>Unidad Docente de Medicina de Familia. La Rioja.

**Antecedentes/objetivos:** Entre las causas de muerte que más han aumentado en España entre 1980 y 2002 se encuentran la enfermedad de Alzheimer (EA) y la demencia. El objetivo de este estudio es conocer la evolución de la mortalidad que produce la demencia en general y de forma específica la enfermedad de Alzheimer, en La Rioja entre los años 1980 y 2004.

**Métodos:** Los datos para este estudio proceden del Instituto Nacional de Estadística (INE) para los años 1980-1990; a partir de 1991 y hasta 2004, los datos se han obtenido del Registro de Mortalidad de La Rioja. La codificación de las defunciones hasta 1998 se hizo con la CIE 9 y los códigos incluidos son: 290, 294,9, 298,9 y 331.0. Desde 1999 las muertes se codifican con la CIE 10 y los códigos son: F00-F09 y G30. Para el cálculo de las tasas se utilizaron como denominadores los censos de 1981 y 1991, los padrones de 1886 y 1996 y a partir de este año el padrón anual. Las tasas estandarizadas se han obtenido por el método directo y se ha empleado como población estándar la europea de 1970 propuesta por la OMS. Para analizar las tendencias de las tasas ajustadas de mortalidad en el periodo estudiado se ha realizado un modelo de regresión *joinpoint*.

**Resultados:** Durante el periodo estudiado, 1980-2004, se produjeron en La Rioja 348 defunciones por demencia no Alzheimer en hombres, con una tasa bruta de mortalidad de 1,57 por 100.000 habitantes en 1980 y de 17,10 en 2004. En las mujeres ocurrieron 583 muertes y la tasa bruta pasa de 3,14 por 100.000 habitantes en 1980 a 30,91 en 2004. El total de muertes por EA en hombres fue de 378 y en mujeres 694; en 1980 no se produjo ninguna muerte por esta causa en La Rioja y en 2004 la tasa bruta en hombres fue de 41,63 por 100.000 y en mujeres de 80,94. En el caso de la demencia no Alzheimer se ha producido un cambio estadísticamente significativo de la tendencia en la serie estudiada. En los hombres este cambio de tendencia se produjo en el año 1994. Hasta ese año, las tasas aumentaron en un porcentaje anual de cambio (PAC) de 16% ( $p < 0,05$ ); a partir de 1994, las tasas descienden, con un PAC de 3,0% (no significativo). En las mujeres, el año de cambio fue 1995, hasta ese año las tasas aumentaron, con un PAC de 12% ( $p < 0,05$ ) y después el PAC disminuyó un 4% (no significativo). La tendencia de la EA ha sido creciente en todo el periodo, no identificándose ningún año en el que cambie. En los hombres el PAC en el periodo fue de 11% ( $p < 0,05$ ) y en las mujeres de 15% ( $p < 0,05$ )

**Conclusiones:** En el periodo estudiado se observa un incremento muy importante en la mortalidad por EA, mientras que las muertes producidas por la demencia aumentan hasta los años 1994-95 y después se estabilizan o descienden.

**COMUNICACIONES ORALES**Miércoles, 4 de octubre de 2006  
9:30 a 13:30**Salud reproductiva***Modera: Marisa Rebagliato Ruso*  
*Universidad Miguel Hernández. Elche***HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) NEONATAL E INGESTA POBLACIONAL DE YODO EN CASTELLÓN Y VALENCIA**

C. Barona-Vilar, R. Más-Pons y A. Fullana-Montoro

*Servei de Salut Infantil i de la Dona. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.*

**Antecedentes/objetivos:** La OMS señala que un porcentaje superior al 3% de muestras del cribado neonatal de hipotiroidismo congénito con concentración de TSH  $> 5$  mU/l, sugiere un déficit poblacional de la ingesta de yodo. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de déficit de yodo entre las madres y recién nacidos de Castellón y Valencia, y evaluar la utilidad del programa de cribado de hipotiroidismo congénito para monitorizarlo.

**Métodos:** Estudio transversal a partir del registro del Programa de Cribado de Hipotiroidismo Congénito de la Comunidad Valenciana. Se estudiaron 25.077 neonatos en 2004 y 32.607 en 2005, cuya prueba se analizó en el Laboratorio de Metabolopatías del Hospital La Fe de Valencia. Allí envían las muestras tomadas antes del alta, todas las maternidades públicas (13) y privadas (4) de Castellón y Valencia. La determinación de TSH en sangre entera seca en papel de filtro se realizó por inmunofluorescencia a tiempo retardado. Mediante encuesta telefónica se recabó información de las 17 maternidades sobre la utilización de antisépticos yodados. Se han comparado las medias y medianas de los valores de TSH teniendo en cuenta el momento de la toma de muestra (antes o después de 2 días de vida) así como la utilización de antisépticos yodados, mediante el t-test y prueba de U Mann-Whitney. Se ha calculado la proporción de muestras de TSH  $> 5$  mU/l en cada una de estas situaciones, comparándolas mediante un test de  $\chi^2$

**Resultados:** Del conjunto de muestras analizadas en 2004 y 2005, 32.318 (56,7%) se obtuvieron en los 2 primeros días de vida y 24.674 (43,3%) posteriormente. Los valores de TSH en muestras de menos de 2 días fueron superiores, en media (2,70 mIU/L frente a 1,78 mIU/L;  $P < 0,001$ ). Considerando únicamente las muestras obtenidas tras 2 días de vida, el uso de antisépticos yodados entrañó valores de TSH superiores, en media (1,77 mIU/L frente a 1,58 mIU/L;  $P < 0,001$ ). La prevalencia de neonatos con TSH  $> 5$  mIU/L de maternidades que no utilizaron antisépticos yodados y muestra obtenida después de 2 días de vida, fue del 2,1%, (IC95%: 1,6%-2,3%), no existiendo diferencias significativas entre los valores de 2004 (2,2%; IC95%: 1,8%-2,6%) y 2005 (2%; IC95%: 1,6%-2,3%). En todas estas maternidades descendió o se mantuvo la prevalencia en 2005, aunque sin significación estadística.

**Conclusiones:** Según el criterio de la OMS, Castellón y Valencia no presentan déficit poblacional de yodo. El cribado neonatal de TSH es una buena herramienta para monitorizar la prevalencia de déficit de yodo, pero es necesario adecuar el momento de la extracción y eliminar la utilización perinatal de antisépticos yodados.



**TSH NEONATAL Y DEFICIENCIA DE YODO EN GALICIA. PERÍODO 2003-05.**

M.I. Santiago Pérez<sup>1</sup>, A. Malvar Pintos<sup>1</sup>, J. Trillo Enríquez<sup>2</sup>, J.R. Alonso Fernández<sup>3</sup>, R. Vizoso Villares<sup>1</sup> y R. Zubizarreta Alberdi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia. <sup>2</sup>Subdirección Xeral de Información e Servizos Tecnolóxicos. Xunta de Galicia. <sup>3</sup>Laboratorio de Metabolopatías. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

**Antecedentes/objetivos:** La Dirección Xeral de Saúde Pública (DXSP) de Galicia gestiona el programa gallego para la detección precoz de enfermedades endocrinas y metabólicas en período neonatal desde 1992, con tasas de participación entorno al 99% en los últimos años. Esta elevada cobertura permite utilizar la concentración de tirotrópina (TSH) neonatal como un buen indicador del estado nutricional de yodo de la población, según los criterios de la OMS. El objetivo de este trabajo fue identificar comarcas de Galicia con déficit de yodo utilizando los datos del programa.

**Métodos:** Se analizaron los resultados de TSH en la primera muestra de sangre de los nacidos en Galicia durante el período 2003-05, descartando las muestras no válidas. Para identificar una población con déficit de yodo se siguieron los criterios de la OMS (TSH > 5 µU/ml en más del 3% de los neonatos), lo que llevó a definir como caso toda muestra con TSH > 5 µU/ml. Mediante un modelo de regresión de Poisson se calculó la razón de tasas de incidencia (RI) de cada comarca, tomando como referencia una comarca con 3% de casos, y ajustando por el día de toma de la muestra (antes del 3º día, entre el 3º día y el 5º, después del 5º día), y el peso al nacer (< 2,5 Kg., ≥2,5 y < 4 Kg., ≥4 Kg.). Así, una RI > 1 y significativa (se presenta con un intervalo de confianza del 95%) identifica una comarca con déficit de yodo.

**Resultados:** Se incluyeron en el análisis 51.586 muestras de niños nacidos en Galicia en el trienio estudiado, tras descartar 829 no válidas (1,4%). El 88,3% de los niños tuvieron un peso normal (entre 2,5 y 4 Kg.) y al 78,6% se le extrajo la muestra entre el 3º y el 5º día. La tasa de incidencia de Galicia fue del 2,6%, y superó el 3% en 16 comarcas; al ajustar mediante regresión de Poisson resultaron 18 comarcas con RI > 1, que fue significativa en 4 casos: Eume (2,1; 1,1-4,1), Ortegal (2,0; 0,9-4,7) y Ferrol (1,8; 1,1-3,2) en la provincia de A Coruña y Terra de Lemos (2,0; 1,0-3,9) en la de Lugo.

**Conclusiones:** Se identificaron 4 comarcas con déficit de yodo grado I (leve), aunque se recomienda confirmar estos resultados con un indicador del nivel de yodo urinario en escolares. Actualmente, la DXSP y las sociedades científicas están elaborando un documento de consenso para potenciar el consumo de sal yodada y pescado marino en la población general y la suplementación con yoduro potásico a las mujeres gestantes y en período de lactancia.

**LA EPIDEMIA DE LA TERAPIA HORMONAL "SUSTITUTIVA"**

C. Mosquera Tenreiro

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

**Antecedentes/objetivos:** La llamada "terapia hormonal sustitutiva" (THS) viene siendo objeto de controversia en la última década. En Asturias en 2002 se estimó que un 15% de las mujeres asturianas entre 45-54 años estarían expuestas a ella. En 2002 y 2003 se conocieron los resultados de dos ensayos clínicos concluyentes y en enero de 2004 la Agencia Española del Medicamento (AEM) emitió recomendaciones en relación con su uso y los efectos indeseables. El objetivo de este estudio fue conocer la evolución en el uso de la THS en Asturias. Se estimó la yatrogenia atribuible a esta terapia.

**Métodos:** En febrero de 2004, se remitieron las recomendaciones de la AEM a profesionales de atención primaria y de ginecología de Asturias, de forma nominal; la hoja informativa dirigida a las mujeres también se difundió a través de las 158 asociaciones de mujeres registradas y a través del programa de promoción de la salud Tiempo Propio en el que participan unas 800 mujeres de 50 y más años anualmente. Se hizo una comunicación intensiva a través de radio, prensa y televisión desde la Consejería de Salud. Estas acciones se repitieron en marzo de 2005. En el Contrato-Programa de primaria y especializada se incorporó un objetivo de utilización de la THS de un 5%. Los datos son ventas anuales de THS entre 1996 y 2005, que se convirtieron en mujeres-año. Se estudió la evolución de las mujeres expuestas entre 45-54 años.

**Resultados:** En el año 2001 hubo un incremento progresivo de las ventas de THS (152.785 unidades y 11.753 mujeres-año expuestas); a partir de ahí, las ventas descendieron hasta ser un 56% más bajas en 2005 respecto al 2001 (66.994 unidades y 3.106 mujeres-año). El mayor descenso fue el del año 2004 (42% respecto al año anterior) y 2005 (40%). El porcentaje de mujeres usuarias pasó de un 15% en 2001 a un 4% en 2005, alcanzándose el objetivo establecido en el contrato programa. La yatrogenia en el período estudiado, en base a los riesgos publicados por la AEM, con estimaciones conservadoras, habría provocado 267 cánceres de mama, 53 casos de tromboembolismo pulmonar y 36 casos de accidentes cerebro-vasculares.

**Conclusiones:** Esta epidemia es una llamada de atención a las autoridades sanitarias y a la comunidad científica, sobre todo en un momento de tendencia creciente a la medicalización de la vida de las personas también con actuaciones "preventivas". La potenciación de una investigación científica y de una formación continuada del personal sanitario independiente de la industria farmacéutica, es esencial. Además, la información adecuada de la población, huyendo del paternalismo, es una obligación ineludible de la autoridad sanitaria y las acciones de promoción de la salud son posibles alternativas más saludables.

Financiación: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Asturias.

**INGESTA DIETÉTICA EN EL PRIMER TRIMESTRE EN MUJERES EMBARAZADAS DE UN AREA MEDITERRANEA**

R. Ramón<sup>1</sup>, J. Vioque<sup>1</sup>, A. Castelló<sup>1</sup>, M. Rebagliato<sup>1</sup>, S. Llop<sup>2</sup>, M. García<sup>1</sup>, M. Murcia<sup>1</sup>, F. Bolúmar<sup>1</sup> y F. Ballester<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Miguel Hernández. Departamento de Salud Pública. <sup>2</sup>Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

**Antecedentes/objetivos:** El estudio de los factores nutricionales durante el embarazo abre un campo potencial de prevención prenatal mediante el consejo dietético a la embarazada. La dieta durante el embarazo ha sido insuficientemente estudiada, en particular la ingesta de nutrientes como los ácidos grasos esenciales y los antioxidantes con efectos potenciales sobre la salud materno-fetal e infantil. (1) Describir la ingesta de nutrientes durante el primer trimestre de gestación. (2) Estimar la prevalencia de ingesta inadecuada (PII) para cada nutriente. (3) Evaluar la asociación de factores socio-demográficos con la ingesta de nutrientes seleccionados.

**Métodos:** El estudio INMA es un diseño prospectivo de cohorte para evaluar los efectos en la Infancia del Medio Ambiente, incluida la dieta. La población de estudio se seleccionó entre mujeres que acudían a cribado poblacional de anomalías congénitas del Hospital la Fe de Valencia en el primer trimestre de gestación, entre febrero de 2004 y junio de 2005. Se obtuvo información completa mediante entrevista personal para 823 mujeres sobre variables socio-demográficas y sobre dieta mediante cuestionario de frecuencia alimentaria previamente validado. Se estimó la ingesta media diaria de nutrientes y la proporción de mujeres con ingestas inferiores a las recomendadas (PII). Se compararon ingestas medias por categorías de variables socio-demográficas (t-Student, ANOVA).

**Resultados:** La ingesta media diaria estimada fue de 2387,24 kilocalorías, 103,93 g de proteínas, 272,48 g de carbohidratos y 101,37 g de grasa total. Considerando sólo la ingesta dietética, la PII fue del 91,7% para folatos (ingesta recomendada IR, 520 µg), 50,5% para yodo (IR, 160 µg) y 58, 13,6 y 8% respectivamente para vitamina E, C y A (IR, 12mg, 70mg, 550 µg). El 60% de mujeres consumían por debajo de los 300 mg de AG-omega3, ingesta sugerida en embarazo. Un 43% de mujeres fumaron durante el primer trimestre y consumían más calorías y grasas que las no fumadoras, pero menos fibra, folatos y alfa y beta carotenos (p < 0,05). Las mujeres de mayor edad consumían más proteínas, fibra, AG-omega3 y vitaminas A y E, y menos grasas saturadas y ácidos grasos trans (p < 0,05).

**Conclusiones:** Frente a una aparente ingesta adecuada de macronutrientes en el primer trimestre de gestación, se constata una proporción elevada de ingesta inadecuada basada sólo en la dieta para varios nutrientes esenciales cuyos efectos necesitan ser evaluados en el tiempo. Factores como el consumo de tabaco o la edad parecen estar asociados a la ingesta de varios nutrientes en las embarazadas.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (G03/176 y FIS-FEDER 04/1112)

**DESIGUALDADES SOCIOECONOMICAS EN LA PLANIFICACIÓN Y EL DESENLACE DEL EMBARAZO EN LA CIUDAD DE BARCELONA**

L. Font, G. Pérez, J. Salvador y C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Antecedentes/objetivos:** La planificación del embarazo aporta beneficios claros tanto para las mujeres como para los recién nacidos. En la ciudad de Barcelona la proporción de embarazos no planificados es alta y la tasa de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) va en aumento. El objetivo de este estudio es analizar las desigualdades por posición socioeconómica (PSE) en la planificación y desenlace de los embarazos de la ciudad.

**Métodos:** El estudio es transversal de base individual. La población de estudio son los embarazos de mujeres residentes en la ciudad de Barcelona entre 1994 y 2003. Las fuentes de información han sido el Registro de IVE y los controles del Registro de Defectos Congénitos de la ciudad de Barcelona. La muestra se ha formado con el 2% de las IVE y el 2% de los nacimientos (n = 3.023). La PSE se ha medido según el nivel de estudios de las mujeres. Las variables dependientes analizadas son la planificación del embarazo, el desenlace (IVE o nacimiento), el tiempo de gestación hasta la IVE y la presencia de IVE anteriores. Las variables independientes son el nivel de estudios, la edad, la convivencia en pareja y la paridad. Para obtener el grado de asociación entre las variables se han calculado Odds Ratio (OR) a través de modelos de regresión logística.

**Resultados:** El 41,8% de los embarazos del período no se habían planificado y el 25,6% acabó en IVE. Las mujeres con estudios secundarios y sobre todo las que no tienen estudios primarios tienen más embarazos no planificados que las universitarias. (OR = 1,71; IC95%: 1,40-2,08 y OR = 7,22, IC95%: 4,82-10,81 respectivamente). Las mujeres con menos estudios son las que realizan más IVE tanto en el global de los embarazos como sólo en los que no son planificados (OR = 7,87; IC95%: 5,26-1,79 y OR = 3,23; IC95%: 1,98-5,28). Estas mujeres también realizan más IVE tardías (OR = 2,70; IC95%: 2,40-3,03 de IVE con más de 12 semanas) y acumulan más IVE a lo largo de la vida (OR = 1,96; IC95%: 1,72-2,24 de tener 2 o más IVE anteriores a la actual). Por otra parte, la relación entre la PSE y el desenlace del embarazo varía según la convivencia en pareja y la edad. **Conclusiones:** Algunos aspectos esenciales de la salud reproductiva de la población de gestantes de la ciudad de Barcelona presentan importantes desigualdades entre grupos con diferente PSE. Todas las variables analizadas, tanto las relativas a la planificación como al desenlace del embarazo, muestran peores resultados en el grupo de gestantes de PSE más desfavorecida.

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERSONALES QUE INFLUYEN EN LA LACTANCIA MATERNA**M.C. Gonzalez-Galarzo<sup>1,2</sup>, V. Escrivà-Agüir<sup>2,3</sup> y C. Barona-Vilar<sup>3</sup><sup>1</sup>Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. <sup>2</sup>Conselleria de Sanitat. <sup>3</sup>Red temática de investigación de salud y género. <sup>4</sup>Servei de Salut Infantil i de la Dona. *Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.***Antecedentes/objetivos:** Identificar los factores sociodemográficos y personales que influyen en dar lactancia materna (LM) al tercer mes postparto y en su duración.**Métodos:** Estudio de cohortes realizado sobre una muestra aleatoria de 505 mujeres y sus parejas, captadas en Centros de Atención Primaria (provincia de Valencia), durante el inicio del tercer trimestre de gestación y seguidas al tercer mes del parto. La recogida de información fue realizada por medio de un cuestionario, autocumplimentado de forma individual por las madres y sus parejas. Las variables respuesta son LM al tercer mes de vida del bebé (categórica) y su duración en días si ha dado LM más de dos días. Las variables explicativas son: a) factores sociodemográficos: edad, clase social ocupacional y país de origen (medidas en el tercer trimestre de embarazo) y trabajo productivo (medida a los tres meses del parto); b) factores personales: paridad, antecedentes de depresión y deseo paterno favorable a la LM (medida al tercer trimestre del embarazo) y depresión postparto, apoyo social afectivo, apoyo social confidencial (medidas al tercer mes postparto). Se han calculado las OR ajustadas y sus intervalos de confianza al 95%, por medio de una regresión logística (variable respuesta categórica). Para el tiempo de LM se ha realizado el test de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis, según fuera oportuno.**Resultados:** La prevalencia de LM es del 81,2% y la duración media de 80,53 días. Entre las variables sociodemográficas se encuentra que la clase social ocupacional no manual y ser de origen extranjero, aumenta la probabilidad de dar LM (OR: 1,77; IC95% = 1,01-3,12) y (OR: 3,05; IC95% = 0,87-10,69) respectivamente. Respecto a las variables personales, el deseo favorable del padre a la LM, aumenta la probabilidad de dar LM (OR: 50,70; IC95% = 14,46-177,66), y los antecedentes de depresión de la madre disminuyen dicha probabilidad (OR: 0,26; IC95% = 0,08-0,79). En cuanto a la duración de la lactancia, las mujeres de mayor edad y las de origen extranjero, tienen una mayor duración en la LM. No se encuentra una asociación estadísticamente significativa con el resto de variables explicativas.**Conclusiones:** La baja clase social y los antecedentes de depresión limitan la LM y el país de origen extranjero (mayoritariamente de América Latina) la favorece. *Trabajo parcialmente financiado por dos ayudas de investigación de la Conselleria de Sanitat-Generalitat Valenciana (PI-031/2004 y PI-59/2005) y dos del Instituto Carlos III (red de género y salud:G03/042 y FIS: PI050443).***ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL SEGUIMIENTO DE LA DISPENSACIÓN DE LA PÍLDORA POSTCOITAL**

A. Bonet, E. Martínez, I. Molina, C. Muxí y G. Mercadal

*Institut Català de la Salut.***Antecedentes/objetivos:** En Octubre de 2004 se implanta en todo el territorio catalán el programa de dispensación gratuita de la píldora postcoital. El objetivo fue conocer las características de la paciente demandante de anticoncepción de emergencia (AE) con levonorgestrel de nuestra zona.**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo (octubre 2004-abril 2006) a partir de las dispensaciones realizadas por los 8 centros de salud y 1 ASSIR. Cada dispensación requiere la cumplimentación de una etiqueta de datos. Información obtenida de la devolución de las etiquetas y del acceso a la historia clínica informatizada. Variables registradas en una base de datos: fecha dispensación, día semana, edad, código de identificación personal, centro dispensador, centro asignado a la paciente, primera dispensación o repetición, semanas transcurridas desde anterior dispensación, motivo solicitud.**Resultados:** Devolución del 79% de etiquetas de las píldoras dispensadas. Registro de 1288 dispensaciones con una edad media de 22,9 años (IC95%:22,34; 22,56), siendo la franja de edad de mayor frecuentación de uso (35,1%) la de 16-19 años. Máxima dispensación: lunes 22,7%, domingo 18,7% y sábado 16,5%. En el 58,4% de las dispensaciones era la primera solicitud, 41,6 % habían venido en otras ocasiones. En las repetidoras, el 2,6 % de los casos había repetido dentro del primer mes. Motivo de solicitud: 60,37% refirió rotura del preservativo, 27,78% relación desprotegida, 7,41% retención preservativo, 1,48% incidentes método natural, 1,48% olvido toma anticoncepción oral, 0,74 % expulsión anillo vaginal, 0,74% otros. El 47% de las mujeres que referían rotura del preservativo y el 48% de las que referían relación sexual desprotegida, tenían entre 15-20 años. El 16,7% de las pacientes se desplazó y solicitó la píldora postcoital en un centro diferente al asignado.**Conclusiones:** Joven franja de edad de máxima frecuentación de uso. Predominio del motivo de acceso a la AE la rotura del preservativo (60,36%) y relación desprotegida (27,8%). Elevada dispensación por repetición y remarcables las que se han producido en un plazo de tiempo inferior al mes. Mayor dispensación lunes y fin de semana.**PERCEPCIONES SOBRE SALUD REPRODUCTIVA DE MUJERES PAKISTANÍES INMIGRADAS**

V. Vadillo y E. Díez

*Agència de Salut Pública de Barcelona.***Antecedentes/objetivos:** La población femenina pakistaní ha aumentado de forma muy relevante en 2005 en Barcelona. El patrón reproductivo de su país de origen difiere substancialmente del local. Con el fin de acercar a esta comunidad al uso de la contracepción se estudian las percepciones, actitudes, creencias y valores de estas mujeres en relación a la maternidad, los embarazos adolescentes y el aborto.**Métodos:** Investigación cualitativa de grupos focales. Se llevó a cabo una entrevista en profundidad a una informante clave para preparar el guión. Muestreo de conveniencia mediante marketing directo y contacto con entidades cívicas. Se hicieron dos grupos focales, con soporte de traducción y 90 minutos de duración. Participaron 5 y 9 mujeres respectivamente. Una moderadora guió la conversación para obtener la información deseada. Las conversaciones fueron grabadas y transcritas. El texto se analizó con el programa ATLAS.TI para extraer categorías. Se llevó a cabo una triangulación del análisis.**Resultados:** La maternidad es extraordinariamente importante para cualquier mujer casada, ya que permite crear y mantener una familia y asegura el cuidado de los padres en la vejez. En el matrimonio y en la maternidad tienen gran influencia los padres y suegros. Existe marcadas diferencias de género. En su cultura los embarazos prematrimoniales apenas existen. No hay relaciones de noviazgo porque los matrimonios se pactan desde muy jóvenes por las familias. El primer hijo se tiene al casarse, entre los 16 y 25 años; no obstante, la opinión respecto a los embarazos adolescentes es negativa debido a la falta de madurez. Existen diferencias entre zonas rurales y ciudad y según el nivel económico: en pueblos y con menor poder adquisitivo se tienen más hijos y a edades más tempranas. No perciben diferencias entre la familias que viven en Pakistán y las que emigran, a excepción de la mayor libertad en la vida de la mujer en el país de acogida. La religión musulmana influye de modo importante en sus estilos de vida. La opción del aborto no es aceptable para esta comunidad, ya que se considera un crimen. Las mujeres casadas muestran importantes carencias en conocimientos sobre sexualidad y contracepción, y demandan información al respecto.**Conclusiones:** En su país de origen las mujeres están destinadas a la maternidad y al cuidado de la familia. Los factores determinantes son culturales, religiosos y económicos. Existe una clara demanda por la mayor parte de las mujeres casadas de recibir formación en salud sexual.

## COMUNICACIONES ORALES

Miércoles, 4 de octubre de 2006  
9:30 a 13:30

### Brotos epidémicos

*Modera: José M<sup>a</sup> Mayoral Cortés*  
*Consejería de Salud de la Junta de Andalucía*

#### INTERVENCIÓN EN UN CLUSTER DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

J. Laguna, P. Carrasco e I. Marín

**Antecedentes/objetivos:** Entre Mayo de 2004 y Abril de 2005, se registraron 4 casos de Enfermedad Meningocócica en un núcleo de población de 3.500 personas. Dos casos fueron confirmados por aislamiento de *N. Meningitidis*, ambas del Grupo B. Fallecieron 3 de los 4 casos. En los 3 primeros casos se realizó intervención según el protocolo de la Consejería de Salud. La comunicación describe las medidas especiales adoptadas a partir del cuarto caso, que incluyen la realización de un estudio poblacional de portadores faríngeos de *N. Meningitidis*.

**Métodos:** Para lograr el diagnóstico y tratamiento precoz de las sospechas de casos se elaboraron y difundieron protocolos de manejo de Síndrome Febril y de actuación urgente ante sospecha de E. Meningocócica en Atención Primaria y Especializada, reforzándose el botiquín de los Centros de Salud para poder hacer tratamiento precoz según protocolo. Se elaboró un folleto informativo para la población y se realizaron numerosas reuniones con la misma. Para el estudio de portadores se eligió una muestra aleatoria de la población, formada por 1.195 personas, distribuida en 5 grupos de edad, con una precisión prevista del 3% y un nivel de confianza del 95%. La muestra de exudado faríngeo se realizó en el Consultorio de la localidad y el cultivo se realizó en el Hospital Comarcal. Los aislamientos realizados se remitieron al laboratorio de Referencia del CNM para la identificación de su fenotipo (serotipo/serosubtipo) y su genotipo.

**Resultados:** Acudieron a la toma de la muestra un total de 767 personas, el 64,18 % de las citadas. Se realizó una segunda citación, con escasa respuesta. En el Hospital se aisló meningococo en el exudado de 83 personas, el 10,82 % de las estudiadas. De ellas 43 eran del Grupo B, lo que supone una prevalencia de portadores del Grupo B del 5,6 % (intervalo de confianza al 95 % entre 4,16 y 7,03). El grupo de edad de 15-29 años tenía la máxima prevalencia de meningococo Grupo B, con un 9,5 %. Solo uno de los 83 portadores tenía una cepa similar a la cepa del único paciente del cluster que había sido enviada y secuenciada previamente en el CNM.

**Conclusiones:** Las medidas de control adoptadas tuvieron un impacto positivo en cuanto a tranquilizar a la población. El estudio de portadores mostró una prevalencia general, y específica por grupos de edad, similar a la de otros estudios. La baja frecuencia encontrada de la posible cepa epidémica (la única cepa secuenciada de los 4 casos de la agrupación en estudio) hace difícil sacar conclusiones en relación con el brote, aunque la fundamental es que dicha cepa no presenta un alto nivel de circulación en la población en estudio. Ante la ausencia de casos nuevos desde Abril de 2005, y ante la baja frecuencia en la población de la única cepa que se ha podido identificar como posible cepa epidémica, no se encontró justificado realizar ninguna otra actuación ulterior.

#### BROTE SE SARAPIÓN EN NIÑOS. LA RIOJA 2005-06

A. Blanco, C. Quiñones, E. Lezaun, M. Perucha, E. Ramalle-Gómarra, M. González, C. Cuesta y M. Blasco<sup>1</sup>

*Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. Dirección General de Salud Pública del Gobierno de La Rioja. <sup>1</sup>Laboratorio de Virología. Fundación Rioja Salud.*

**Antecedentes/objetivos:** El sarampión ha dejado de ser una enfermedad endémica en La Rioja, pero existe el riesgo de aparición de casos de enfermedad vinculados a casos importados. El objetivo de este estudio es describir un brote de sarampión en La Rioja que comenzó en diciembre de 2005 y que afectó fundamentalmente a lactantes menores de 15 meses y por tanto no vacunados con triple vírica.

**Métodos:** Los casos fueron clasificados siguiendo el Plan de Eliminación del Sarampión en España. El diagnóstico se basó en la detección de IgM y en la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). La identificación del genotipo se realizó mediante PCR.

**Resultados:** En el periodo comprendido entre el 14 de diciembre de 2005 y el 2 de marzo de 2006 se investigaron 30 casos sospechosos de sarampión, de los que se confirmaron 18 (17 casos por laboratorio y uno por vínculo epidemiológico). Catorce casos fueron genotipados como D6. El caso primario se identificó en un médico de 32 años que había estado trabajando durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad. El 72% de los casos se presentaron en niños menores de 15 meses de edad y por tanto no vacunados. Catorce casos acudían a guardería. Todos los casos presentaron exantema máculopapular y fiebre alta. Ningún caso requirió ingreso hospitalario. No hubo fallecidos. Se recomendó la vacunación contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) en los contactos de los casos en familiares y en personal sanitario. Se vacunó a los niños entre 6 y 14 meses de las guarderías implicadas y se adelantó la segunda dosis de SRP a los menores de tres años de estos centros. En todos los niños de 9 a 14 meses de La Rioja se recomendó adelantar la primera dosis de vacuna SRP.

**Conclusiones:** Este brote muestra la necesidad de mantener un sistema de vigilancia epidemiológica que permita detectar de forma rápida la circulación del virus en la población, identificar de manera precoz brotes epidémicos y adoptar de inmediato medidas de control, ya que la vacunación no está recomendada de forma rutinaria en menores de 12 meses. Los resultados apoyan la recomendación de que, durante un brote epidémico de sarampión, los niños de 6 o más meses de edad, sin vacunación previa frente a SRP, deben recibir una primera dosis tan pronto como sea posible, y los que tengan una primera dosis, deben recibir una segunda lo más rápido posible. No se han producido casos entre niños vacunados con dos dosis de SRP, lo cual pone de manifiesto la necesidad de mantener las coberturas de vacunación con dos dosis por encima del 95%. La identificación genotípica D6 coincide con un genotipo que ha circulado recientemente en Ucrania.

#### BROTE DE BOTULISMO: SIN CONSERVANTES, SIN COLORANTES PERO CON TOXINA BOTULÍNICA

M.J. Torrado Fábregas, E.J. Espiña Casals, B. Nores Blanco, A. Feijoo-Montenegro y A. Pousa Ortega

*Delegación Provincial de Sanidade de Pontevedra. Dirección Xeral de saúde Pública (Xunta de Galicia).*

**Antecedentes/objetivos:** Entre el 5 y el 13 de septiembre de 2005 se notifican en Galicia 2 casos de botulismo. Se sospecha de cecina como alimento implicado, aunque su análisis resultó negativo para toxina botulínica. Con la aparición del segundo caso se confirma la cecina, porque es lo único que los une. Se emitió una alerta alimentaria y se procuró identificar otros casos y establecer los factores que habían contribuido al brote.

**Métodos:** Se considera caso aquel que, al menos, tuviese 2 de estos síntomas: visión borrosa, disfagia, sequedad de boca y además, tuviese antecedentes de consumo de cecina. Se encuesta sobre nombre del establecimiento de compra, fecha de la misma y fecha de consumo. Se recogieron muestras de cecina en otros establecimientos y en el domicilio de un nuevo paciente. Se realizó una evaluación cualitativa sobre los posibles factores contribuyentes a la contaminación, supervivencia y multiplicación.

**Resultados:** Después de la alerta se identificaron 4 casos más. El período establecido en la alerta fue desde el 20 de agosto (fecha de puesta a la venta) hasta el 13 de septiembre (fecha de notificación del 2º caso). El lote del producto era el mismo en los diferentes establecimientos de compra, se retiró del mercado y fue destruido. Se detectó toxina botulínica en una muestra domiciliar de uno de los casos y en la mercancía intervenida, en la que, además, se determinó presencia de *Clostridium butyricum* que forma toxina botulínica semejante al tipo E del *Cl. botulinum*. La cecina se troceaba en el establecimiento de origen y se envasaba al vacío, lo que beneficia la germinación de las esporas por la anaerobiosis. En el etiquetado figuraba que no contenía nitritos, u otro aditivo que impida el crecimiento microbiano. Los nitritos se muestran eficaces especialmente contra el género *Clostridium* y es posible que, además, se hubiese roto la cadena de frío lo que favoreció la formación de toxina botulínica. No se pudo investigar el origen de la contaminación pues el productor era de otra Comunidad.

**Conclusiones:** La tendencia actual a eliminar de los alimentos procesados algunos aditivos, especialmente los conservantes, que inhiben crecimiento bacteriano y formación de toxinas puede conllevar riesgos para la salud de los consumidores que habrá que ponderar respecto al riesgo de su uso. Es necesario conocer la biología de los microorganismos en el marco de la tecnología, ya que el envasado al vacío puede generar condiciones idóneas para la germinación de las esporas, especialmente si carece de conservantes.



**BROTE DE SARAMPIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2006. MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS**

L. García-Comas, I. Rodero, M. Ordobás, A. Gutiérrez, C. García-Fernández y los demás miembros de la Red de Vigilancia

*Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes:** El día 3 de febrero de 2006 la Red de Vigilancia Epidemiológica detectó 2 casos de sarampión vinculados epidemiológicamente. Se trataba de 2 primos, con origen y residencia en Reino Unido, que no estaban vacunados frente a sarampión. El primer caso había debutado el 9 de enero. Hasta el 26 de mayo se han detectado un total de 161 casos, de los que se han confirmado el 90,1%.

**Objetivo:** Describir las características epidemiológicas del brote y las medidas llevadas a cabo para el control del mismo.

**Métodos:** La estrategia de vigilancia y control del sarampión está recogida en el Plan de Eliminación del Sarampión de la CM. Las variables analizadas son edad, sexo, fecha de inicio del exantema, gravedad, estado vacunal, grado de certeza diagnóstica, genotipo del virus y medidas adoptadas.

**Resultados:** Se observa una primera agregación temporal de 9 casos entre el 26 de enero y el 3 de febrero y una aparición continuada de casos a partir del 11 de febrero. El 51,9% son hombres. El rango de edad es de 2 meses a 37 años. El 28,6% tiene entre 2 y 15 meses y el 42,2% entre 21 y 32 años. En los primeros 4 meses del brote se observa un predominio de casos en población mayor de 20 años y a partir de entonces en el grupo de 0 a 15 meses. El 37,3% ha requerido ingreso hospitalario. Se han producido complicaciones en 16 casos y ningún fallecimiento. El genotipo del virus detectado en las 34 muestras con cultivo positivo es B3, todos con secuencia genómica idéntica. El primer caso procede de Doncaster (Reino Unido), municipio donde estaba teniendo lugar un brote por un virus del mismo genotipo. El 9,9% tenían antecedentes de vacunación documentados. Se han detectado 21 casos no vacunados y que deberían estarlo, de los que 11 son de procedencia extranjera, 4 de etnia gitana y 5 de origen español que acuden al mismo colegio. Entre las medidas de control adoptadas, cabe destacar la difusión de información sobre el brote a los centros notificadores, la modificación de la definición de contacto susceptible en función de las características del brote y el adelantamiento de la edad de la primera dosis a los 6 meses de edad.

**Conclusiones:** La importación del virus del sarampión ha ocasionado la circulación del virus en nuestra Comunidad. La enfermedad ha afectado principalmente a población joven con baja cobertura vacunal, debido a que alcanzaron la edad de vacunación cuando ésta era baja, así como a los niños menores de 15 meses. Los resultados microbiológicos indican que los casos se derivan de una fuente de infección común importada. Hasta el momento, las medidas de control adoptadas en el entorno de los casos no han logrado interrumpir la transmisión del virus.

**EXPERIENCIAS EN EL ESTUDIO DE BROTES EN EL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA DE CAMPO**

C. Sánchez-Barco, I. Martín-Muñoz y D Herrera-Guibert

*<sup>1</sup>Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III, Madrid.*

**Antecedentes y objetivos:** La base de los programas de formación y entrenamiento en epidemiología de campo, son las posibilidades de intervención que estos tengan en las acciones de salud. Desde 1994, existe el Programa de Epidemiología Aplicada de Campo PEAC, en el Centro Nacional de Epidemiología, como un programa con estas características, encaminado a la formación de recursos humanos en vigilancia para el estado español, desarrollado con la colaboración y el apoyo de las comunidades autónomas. El presente trabajo realiza una valoración de los principales resultados de intervención del programa desde su inicio en junio de 1994 hasta diciembre de 2005, insistiendo en aquellas referidas al estudio de brotes.

**Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo de la información de la base de datos del PEAC a partir de identificar y caracterizar los brotes estudiados, por tipo de brote, ámbito, mecanismo de transmisión, periodo de estudio.

**Resultados:** Desde 1994, se han estudiado 140 brotes de ellos: un 13,6% en 1996, y un 11,4% en el 2005. La media de brotes estudiados por año ha sido de 10 brotes. Por su etiología, el 57% son de origen alimentarios (29% por Salmonella, 19% por Norovirus y 18% por Brucelosis); un 22% son innumprevenibles (22% por rubéola y 22% parotiditis y 19% de Meningitis) y un 17% son respiratorios (52,4% tuberculosis y 33,3% legionella). Por comunidades autónomas, en Madrid se han estudiado el 22%, en Andalucía un 14% y en Extremadura un 12%. Con respecto al ámbito el 36% son de ámbito comunitarios y el 10% en residencias de ancianos. Un 20% de los brotes estudiados se han publicado. Como resultado de estos estudios se han inmovilizado productos de consumo por valor de más 300 millones de Euros, se han inmovilizado vacunas y se ha aplicado medidas de control y seguimiento ante diversas situaciones de salud.

**Conclusiones:** Se aprecia un importante número de estudios e investigaciones de brotes alimentarios con un predominio en el ámbito comunitario en la comunidad de Madrid. El comportamiento de brotes por años ha sido similar y es destacable el impacto de las actuaciones que se han realizado como resultado del estudio. Es evidente la necesidad de aumentar el número de publicaciones científicas.

**BROTE EPIDÉMICO POR VIRUS DE LA PAROTIDITIS GENOTIPO G1**

F.J. Roig Sena<sup>1</sup>, E. Giner Ferrando<sup>1</sup>, E. Domenech Alonso<sup>1</sup>, C. Monedero Mateo<sup>1</sup>, A. Salazar Cifre<sup>1</sup>, S. Guiral Rodrigo<sup>2</sup>, R. Carbó Giner<sup>2</sup>, MA. Bracho Lapiedra<sup>3</sup> y F. González Candelas<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Secció d'Epidemiologia CSP València. <sup>2</sup>Secció de Brots i Situacions Epidemiològiques. Servei de Vigilància i Control Epidemiològic, Conselleria de Sanitat. <sup>3</sup>Genètica Evolutiva. Institut Cavanilles de Biodiversitat i Biologia Evolutiva. Universitat de València*

**Antecedentes/objetivos:** Durante 2004 y 2005, en los Departamentos 4, 5 y 6 de la Comunidad Valenciana, se notificaron al sistema EDO 25 y 16 casos de Parotiditis (índice endemo-epidémico: 1'03 y 0'92). En el primer cuatrimestre de 2006 se notifican 55 casos, 22 agrupados en un brote epidémico que afectó fundamentalmente a jóvenes de 16 años. Dado que nuestra población de 15 a 19 años fue vacunada masivamente en 1999, con una cobertura superior al 95%, se plantea como objetivo determinar la existencia de un fallo vacunal y/o la introducción de una variante del virus no cubierta por la vacunación.

**Métodos:** Se realiza un estudio caso-control. Caso: clínica compatible y laboratorio positivo (Igm anti-virus parotiditis y/o PCR positiva) o clínica compatible y contacto directo de un caso con laboratorio positivo. Control: compañero de aula de un caso.

Variables recogidas: género, edad, estado vacunal, lote y fecha vacunación, IgM, IgG y PCR.

Estadísticos: medidas tendencia central y dispersión adecuadas a cada variable, tasa de ataque y razón de la misma.

**Resultados:** Se recuperan 22 casos relacionados epidemiológicamente (colegio 1: 13; colegio 2: 3; Colegio 3: 1; colegio 4: 2; contacto no escolar: 3). Media de edad: 17,2 ± 2,22 años (63,6% con 16 años). Índice de masculinidad: 1,44. 15 casos documentan vacunación completa, 5 incompleta, 1 no vacunado y 1 no aportó documento vacunal. 14 casos presentan PCR positiva al virus de la parotiditis genotipo G1 y 5 IgM positiva. El estudio caso-control se realizó en el colegio 1, obteniéndose 151 contactos. La tasa de ataque en vacunados fue de 11,82%, no se observa ningún caso en no vacunados. 53,8% de los casos fue vacunado el 08/11/99. Comparando vacunados 8/11/99 versus resto población en riesgo la tasa de ataque fue 19,44% frente a 6,19%, siendo la razón de tasas de ataque 3,14 veces mayor (IC-95% 2,05-4,83) que para el conjunto de la población en riesgo.

**Conclusiones:** El hallazgo del virus de la parotiditis G1 indica la introducción de una variante poco frecuente en nuestra población. No obstante las oportunidades para la diseminación del virus parecen estar más relacionadas con algún fallo en el proceso de vacunación. Así, la desproporción observada en los alumnos vacunados el 8/11/99 sólo puede atribuirse a fallos de la cadena del frío o del acto vacunal. La no diseminación en otros centros escolares en los que se administró el mismo lote aporta un criterio de coherencia, respecto de la capacidad de protección de la vacuna

**BROTE DE SARAMPIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2006. COLECTIVOS IMPLICADOS EN LA TRANSMISIÓN**

I. Rodero, L. García-Comas, M. Ordobás, A. Gutiérrez, C. García y demás miembros de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid

*Instituto de Salud Pública. Servicio de Epidemiología. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/objetivos:** El día 3 de febrero de 2006 la Red de Vigilancia Epidemiológica detectó 2 casos de sarampión vinculados epidemiológicamente, con origen y residencia en Reino Unido y no vacunados frente a sarampión. Hasta el 26 de mayo se han detectado 161 casos. El objetivo es describir los colectivos implicados en la transmisión del virus del sarampión en la Comunidad de Madrid durante 2006 y las medidas de control aplicadas.

**Métodos:** La estrategia de vigilancia y control del sarampión está recogida en el Plan de Eliminación del Sarampión de la Comunidad de Madrid. Las variables analizadas son fuente de infección, asociación a otros casos, colectivos implicados y medidas de control.

**Resultados:** Se han identificado un total de 125 colectivos no familiares en los que se ha podido producir transmisión: 74 centros sanitarios, 16 centros educativos, 23 centros de trabajos y otros. Se han detectado 22 posibles agregaciones, que incluyen el 60,9% de los casos. Los colectivos implicados en estas agregaciones son 1 centro comercial, 8 centros sanitarios, el aeropuerto, 1 centro de menores, 3 escuelas infantiles, 1 colegio y 15 entornos familiares. En el 63,6% de agregaciones los casos se han producido en un tiempo inferior a un periodo de incubación (18 días). La transmisión de la infección en los 8 centros sanitarios ha originado 15 casos (12 sanitarios y 3 comunitarios). La fuente de infección fue un caso comunitario en 13 casos, y un trabajador sanitario en 2 casos. En otros 3 centros sanitarios se han detectado casos aislados en trabajadores cuya fuente de infección no se ha llegado a conocer. Por tanto, en total se han producido 15 casos en trabajadores de centros sanitarios (9,3%). Entre las medidas de control en el entorno sanitario cabe destacar la difusión de información, la consideración de contacto susceptible a todo trabajador de un centro sanitario no inmunizado nacido con posterioridad a 1965 y la detección de anticuerpos frente al sarampión previa a la vacunación, con el fin de determinar la necesidad de vacunación y exclusión del centro. En el entorno escolar se ha recomendado el adelantamiento de la primera dosis de triple vírica.

**Conclusiones:** Los centros sanitarios y las escuelas infantiles han jugado un papel muy importante en la transmisión de la enfermedad. La notificación urgente y el aislamiento rápido de los casos sospechosos de sarampión que acuden a centros sanitarios es fundamental para evitar la transmisión del virus. Es necesario insistir en la posibilidad de aparición de casos de sarampión en población joven, así como en la importancia de revisar y actualizar el estado vacunal de los profesionales sanitarios.

**BROTE DE GASTROENTERITIS EN UNA PRISIÓN DEBIDO A VARIOS PATÓGENOS**V. Hernando<sup>1</sup>, N. Arranz<sup>1</sup>, L. Puell<sup>1</sup>, I. Martín<sup>1</sup>, S. Catalán<sup>2</sup>, P. Gómez<sup>2</sup>, C. Hidalgo<sup>3</sup> y D. Herrera<sup>1</sup><sup>1</sup>Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII. <sup>2</sup>Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. <sup>3</sup>Servicio de Salud Pública. Área 5 de la Comunidad de Madrid.**Antecedentes/objetivos:** El 26 de Septiembre de 2005, se notificó al Centro Nacional de Epidemiología aproximadamente un centenar de casos de diarrea y dolor abdominal entre reclusos de un centro penitenciario. El 24 de Septiembre, día anterior al comienzo de síntomas, se había servido una comida y cena especial con motivo de la festividad de las prisiones. El objetivo de la investigación fue confirmar el brote, identificar los factores de riesgo y el agente etiológico e implementar medidas de control para prevenir brotes similares en el futuro.**Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte de una muestra aleatoria estratificada de todos los reclusos de la prisión. Sólo los internos hospitalizados o en aislamiento se excluyeron del análisis. También se realizó una investigación medioambiental de la cocina y del comedor y se tomaron muestras de los alimentos servidos el día 24 y de heces de varios reclusos enfermos. Se definió como caso cualquier recluso de la institución penitenciaria que presentara síntomas de gastroenteritis aguda y que hubiera estado en la prisión el día 24 de Septiembre de 2005.**Resultados:** Casi un 10% de los 1.800 reclusos de la prisión estuvieron enfermos. En total 196 reclusos fueron entrevistados, de los que un 28% tuvieron síntomas compatibles con gastroenteritis. Los principales síntomas fueron dolor abdominal (85%) y diarrea (71%). La mediana del periodo de incubación fue de 7 horas (rango: 1 – 22 h). Las tasas de ataque de los alimentos consumidos fueron muy similares. Los alimentos que se asociaron con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad fueron: comer toda la ración de còctel de marisco en la comida y/o toda la ración de gambas en la cena del día 24 de Septiembre (RR = 2,0, IC 95% = 1,1-3,8 y RR = 1,8 IC 95% = 1,1-3,1, respectivamente). En los análisis microbiológicos se aislaron *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus* y *E. Coli* en el còctel de marisco servido el día 24 y *E. Coli* en el alimentos que estaba cocinándose el día de la inspección, el 27 de Septiembre. En el análisis medioambiental se constató que la comida preparada el día 23 y servida el día 24 fue almacenada a temperatura inapropiada.**Conclusiones:** Se confirmó un brote de gastroenteritis aguda causado por varios patógenos. Tanto los síntomas presentados como el periodo de incubación corresponden con los patógenos aislados. Es necesario reforzar las condiciones higiénicas de la cocina y de los manipuladores de alimentos y adecuar el tipo de menú a las características particulares de estos comedores colectivos.**COMUNICACIONES ORALES**Miércoles, 4 de octubre de 2006  
15:30 a 17:30**Vigilancia epidemiológica***Moderadora: Rosa Ramírez Fernández**Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Madrid***ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE DETECCIÓN AUTOMÁTICA DE PACIENTES CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL**N. Olona<sup>1</sup>, M. Martín-Baranera<sup>1</sup>, L. Pokorny<sup>2</sup>, A. Rovira<sup>3</sup>, C. Gimeno<sup>4</sup>, C. Alonso<sup>5</sup> y J. Vilarasau<sup>6</sup><sup>1</sup>U. Epidemiología Clínica. <sup>2</sup>UCI. <sup>3</sup>U. Documentación Clínica. <sup>4</sup>U. Microbiología. <sup>5</sup>U. Calidad. Hospital General de L'Hospitalet. <sup>6</sup>Departamento de fisioterapia. Universidade do Extremo Sul Catarinense. Brasil.**Antecedentes/objetivos:** Las infecciones nosocomiales (IN) representan un importante problema en el ámbito hospitalario, principalmente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs). Existe evidencia científica de que la vigilancia epidemiológica es un método eficaz para la prevención de las IN, pero tiene el inconveniente de que consume muchos recursos, tanto de tiempo como de personal. El estudio tiene como objetivo evaluar el rendimiento diagnóstico de un sistema automatizado de detección de la infección nosocomial aplicado a pacientes ingresados en la UCI de un hospital de agudos.**Métodos:** *Sujetos de estudio:* Pacientes ingresados durante más de 24 horas en la UCI del Hospital General de L'Hospitalet desde el 15 de abril de 1999 al 30 de junio de 2002. *Diseño:* Se analizaron retrospectivamente los datos extraídos del sistema de información del hospital (SIH), mediante la aplicación de tres criterios de sospecha de IN: cultivos microbiológicos positivos, administración antibiótica y, por último, criterios diagnósticos de infección clínica. Estos resultados se compararon con los obtenidos en el estudio prospectivo de incidencia de IN en la UCI (ENVIN-UCI) durante el mismo periodo de tiempo. Se crearon todas las combinaciones posibles de los tres criterios de sospecha de IN, estimándose para cada una de ellas su correspondiente incidencia de IN y calculándose su sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos y negativos, utilizando el ENVIN-UCI como estándar de referencia.**Resultados:** Se estudiaron 1043 de los 1380 ingresos que hubo en la UCI durante el periodo de estudio (15 de abril de 1999 a 30 de junio de 2002). 337 pacientes se excluyeron porque la duración de su ingreso en la UCI fue menor de 24 horas. 242 (23,2%) pacientes presentaron como mínimo un criterio de sospecha, 184 (17,6%) pacientes reunieron 2 criterios, y 112 (10,7%) presentaron los 3 criterios. Al comparar los datos del sistema automatizado con los resultados del estudio ENVIN-UCI, la combinación de dos criterios fue la que mostró una sensibilidad y especificidad más satisfactorias (94,3% (IC95%: 79,5 a 99,0) y 83,6% (IC 95%: 76,8 a 88,9), respectivamente). Los valores predictivos positivo y negativo fueron 55,9% (IC95%: 42,5 a 68,6) y 98,5% (IC95%: 94,2 a 99,7), respectivamente.**Conclusiones:** El SIH es una herramienta útil para detectar retrospectivamente pacientes de UCI con IN y monitorizar las tendencias temporales de IN en dicha unidad. Dada su elevada sensibilidad, podría ser útil como sistema de alerta para el equipo de control de la infección nosocomial.

**BROTE DE PAROTIDITIS EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA EN JÓVENES MAYORITARIAMENTE VACUNADOS.**

O. Lafuente\*, J. Guimbao\*\* y M.J. Alberto\*\*\*

\*MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública del H.C.U Lozano Blesa de Zaragoza. \*\*Sección Provincial de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Sanidad y Consumo.

**Antecedentes/Objetivos:** La incidencia de parotiditis en España ha descendido desde los años 80, debido a la consolidación del programa de inmunización infantil y a las altas coberturas de vacunación. Aún así se han producido algunos brotes importantes como el de León (905 casos) en 1995-96, el de Almoradí y Manacor (1018 y 162 casos) en 1998-99 y el de Asturias (1561 casos) en 2002. Entre el 5 de noviembre de 2005 y el 10 de mayo de 2006 se han notificado un exceso de casos de parotiditis en la provincia de Zaragoza.

**Objetivos:** 1. Realizar un análisis descriptivo del brote y 2. Calcular la efectividad vacunal.

**Métodos:** La declaración de parotiditis es obligatoria en la Comunidad Autónoma de Aragón. El universo de los casos fueron todos los que se notificaron. Los casos se clasificaron en: 1. Caso Sospechoso: Cumple los criterios clínicos\* de caso sin estar confirmado por laboratorio. 2. Caso Confirmado: Cumple los criterios clínicos de caso y esté confirmado por laboratorio\*\*.

**Criterios clínicos:** Hinchazón aguda uni o bilateral, dolorosa y autolimitada, de la parótida u otras glándulas salivares de más de 2 días de duración no debida a otras causas.

**Confirmación por laboratorio:** Ig M + y/o Cultivo de saliva u orina +.

Los datos se obtuvieron a través de fuentes sanitarias (médicos notificantes y microbiólogos) y no sanitarias (encuestas telefónicas a los afectados). La estimación de la cobertura vacunal se obtuvo del registro de vacunas de la Comunidad Autónoma de Aragón. La efectividad vacunal se calculó mediante el método de screening. La información sobre el estado vacunal tuvo una base documental y se consideró vacunado al que había recibido al menos 1 dosis.

**Resultados:** Durante el periodo estudiado se notificaron 355 casos: 74 (21%) confirmados y 281 (79%) sospechosos. El porcentaje de casos en vacunados fue del 59%. La efectividad vacunal fue del 87,8%. El grupo de edad más afectado: 19-26 años. El 61% varones y 39% mujeres. El 2% requirió ingreso hospitalario. Complicaciones: 31 orquitis, 2 meningitis y 2 pancreatitis.

**Conclusiones:** El grupo de edad más afectado tenía entre 19 y 26 años y 2. La efectividad vacunal calculada es similar a la de otros estudios.

**INGRESOS HOSPITALARIOS POR ANISAKIASIS EN ESPAÑA**

P. Soler, D. Ríos, L. Velasco, R. Cano y O. Tello

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

**Antecedentes/objetivos:** La anisakiasis es una zoonosis parasitaria producida por el nematodo *Anisakis simplex*. El hombre se considera un huésped accidental al consumir pescado parasitado insuficientemente cocinado o crudo, en salazón, ahumado o en vinagre. En España se asocia al consumo de boquerones en vinagre. *A. simplex* puede causar dos tipos de patología: digestiva debida a la acción local del parásito y alérgica mediada por anticuerpos tipo IgE. Las medidas básicas de prevención consisten en limpiar bien el pescado y eviscerarlo lo antes posible, congelar el pescado que quiere consumirse crudo y cocinarlo correctamente. Las prevalencias de sensibilización a *A. simplex* encontradas en la literatura en España varían de un 0,43 en Galicia a un 39,8% en Comunidad de Madrid. El objetivo del estudio fue describir la anisakiasis que requiere ingreso hospitalario en España.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo analizando los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos correspondientes a los años 1998 a 2004 utilizando el código 127.1 de la CIE 9 bajo la rúbrica "Anisakiasis" en cualquiera de los diagnósticos recogidos.

**Resultados:** Se encontraron 718 diagnósticos de anisakiasis al alta hospitalaria (DAAH). La mediana anual fue de 52,5 (rango: 24-277). Se observó un aumento del porcentaje de DAAH hasta el año 2002 produciéndose un brusco descenso en los dos años sucesivos. Este comportamiento se observa en todas las Comunidades Autónomas (CCAA). La tasa media anual nacional (x100.000 hab.) para el periodo estudiado fue 0,22 (DE: 0,33). Por orden decreciente, La Rioja, Castilla y León, Madrid, Navarra, Castilla La Mancha y Aragón mostraron tasas superiores a la nacional. La edad media de los casos fue 45 años (rango: 0-87) siendo menores de 14 años el 1,5% de los DAAH y el 55% fueron hombres. La media de estancia hospitalaria fue de 6,22 días (DE 6,13). La rúbrica que se encontró con más frecuencia en el diagnóstico principal y en el secundario junto al diagnóstico de anisakiasis fue "Obstrucción intestinal sin mención de hernia" (12,5%), "Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis" (8,5%), "Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas" (4,3%), "Ciertos efectos adversos codificados bajo otro concepto (shock anafiláctico)" (4,3%), "Enteritis regional" (4,0%) y "Gastritis y duodenitis" (3,2%).

**Conclusiones:** Se observa una disminución de los DAAH en los dos últimos años del estudio. La tasa de los DAAH varía mucho entre CCAA, quizás reflejando diferentes métodos diagnósticos hospitalarios o los diferentes hábitos en la alimentación existentes entre ellas. La anisakiasis que requiere hospitalización afecta a adultos de ambos sexos, conlleva una estancia hospitalaria media de 6 días y suele manifestarse clínicamente como obstrucción intestinal.

**CARACTERIZACIÓN DE LA TOMA Y ENVÍO DE MUESTRAS PARA SU ANÁLISIS VIROLÓGICO EN EL SISTEMA CENTINELA DE VIGILANCIA DE LA GRIPE EN ESPAÑA**

A. Larrauri, S. Mateo, J. Oliva y C. Mesonero

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

**Antecedentes/objetivos:** El Sistema Centinela de Vigilancia de la Gripe en España está integrado dentro del Sistema de Vigilancia de la Gripe en Europa —EISS—. Con objeto de conseguir una mayor armonización de las redes y una mejor interpretación de los datos de aislamientos de virus de la gripe, el EISS ha desarrollado un protocolo para normalizar la rutina de la toma de muestras en las redes centinela. El objetivo de este estudio es caracterizar el patrón de recogida de muestras en el sistema español, conocer en qué medida se adapta a las directrices marcadas por el EISS y proponer en su caso las correcciones necesarias.

**Métodos:** Los datos han sido obtenidos del Sistema Centinela de Vigilancia de la Gripe en España en las cuatro últimas temporadas (2002-2006). En el estudio se analiza la toma y envío de muestras para su análisis microbiológico en función de variables relacionadas con: a) el paciente: sexo, grupo de edad y estado de vacunación; y b) el periodo de toma de muestras: periodo de actividad gripal, tiempo de toma de muestra y temporada epidemiológica. Se describe la frecuencia relativa de la toma y envío de muestras en relación a las variables referidas y posteriormente, mediante un modelo de regresión logística multivariante, se estiman los efectos ajustados (*odds ratio*) de las mismas. Los análisis se han realizado con SPSS v14.0 y Stat@ v8.0.

**Resultados:** El análisis de los datos refleja variaciones significativas en el porcentaje de toma y envío de muestras, en función de todas las variables analizadas, con una mayor frecuencia relativa de envío de muestras en varones con respecto a mujeres y en vacunados frente a no vacunados. Con respecto a la edad, se aprecia una disminución gradual de toma y envío de muestras conforme aumenta la edad (x2 tendencia = 354,13;  $p < 0,001$ ). Por otra parte, el porcentaje de muestras recogidas es relativamente mayor en periodos de menor actividad gripal, y un 98% de las tomas de muestras para análisis microbiológico se realizaron en los tres días anteriores o posteriores al día medio de la semana epidemiológica en que se notificó el caso. Todas las asociaciones encontradas en los análisis univariante se mantienen tras el análisis multivariante.

**Conclusiones:** El Sistema Centinela de Vigilancia de la Gripe en España se adapta a las recomendaciones del EISS, en cuanto al periodo epidémico de recogida de muestras y a la toma de las mismas en los primeros cuatro días de la enfermedad. El Sistema español adolece, sin embargo, de un deficitario porcentaje de recogida de muestras en el grupo de pacientes mayor de 64 años y se observa una mayor frecuencia de recogida de muestras cuando el paciente ha recibido la vacuna antigripal. La influencia de estos factores puede traducirse en un sesgo de selección a la hora de la recogida de muestras de la población vigilada, base de la información virológica imprescindible para la vigilancia de la gripe.

**SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

E. Rodríguez, J.C. Fernández-Merino, E. Pérez, J.C. Carmona, G. Consejo, I. Porto y J.M. Mayoral

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

**Antecedentes y objetivo.** La Consejería de Salud ha implantado un SIG (Sistema de Información Geográfica) corporativo utilizando tecnologías accesibles por Intranet a bases de datos centralizadas. Actualmente, en el Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica, se elaboran mapas con un tratamiento geográfico y estadístico. El objetivo de este trabajo es el uso del SIG como herramienta rutinaria en vigilancia epidemiológica.

**Métodos.** Un SIG permite elaborar mapas preconfigurados por Intranet mediante servicios de mapas que son publicados con la herramienta ArcIms. Para ello es necesario crear un proyecto con ArcGis donde se incluyan las capas necesarias para el servicio de mapas, entre ellas la capa de casos geocodificados de las distintas enfermedades, las capas básicas sanitarias para la representación de tasas según criterio de rangos y colores, callejero y más capas específicas asociadas a cada enfermedad. Mediante un fichero programable de fácil actualización se publican los distintos servicios para las enfermedades de declaración obligatoria.

**Resultados.** El SIG permite la consulta de servicios de mapas generales como invitado (poblaciones, mortalidad, etc) y otros servicios restringidos a determinados profesionales por la confidencialidad de los datos mediante un usuario y contraseña. Obtenidos servicios como el de legionela que contiene casos de la enfermedad geocodificados que se pueden consultar a nivel de callejero con información asociada para el año actual y años anteriores, tasas por distritos sanitarios, zonas básicas de salud y provincias de varios años comparables, y otras capas de interés como polígonos industriales ó torres de refrigeración. En el caso del servicio de hepatitis A se compone de los casos de enfermedades geocodificados a nivel de callejero para el año actual y años anteriores, identificación de brotes, tasas por distritos sanitarios, zonas básicas de salud y provincias comparables y actualizadas, además de otras capas de interés para el seguimiento de la enfermedad como son las zonas de exclusión social. Se han elaborado servicios de mapas para enfermedades con mayor necesidad de seguimiento.

**Conclusiones.** La consulta de mapas elaborados y actualizados periódicamente facilita las tareas en los trabajos rutinarios de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades de declaración obligatoria. La localización geográfica de los casos mediante sus coordenadas (X,Y) en determinadas enfermedades permite prever posibles cluster, un análisis inicial de la situación, así como la localización de zonas de riesgo.



**LA DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LAS ENFERMEDADES RARAS EN ESPAÑA**

P. Botella-Rocamora<sup>1</sup>, O. Zurriaga<sup>2</sup>, M. Posada<sup>3</sup> en nombre de los participantes de REPIER.

<sup>1</sup>Dep. Estadística e IO, Universitat de València, Valencia. <sup>2</sup>Área de Epidemiología, Consejería de Sanitat, Valencia. <sup>3</sup>Instituto de Investigación en Enfermedades Raras, IS-CIII, Madrid.

**Antecedentes/objetivos:** Las enfermedades raras (ER) son aquellas con prevalencia menor a 5 por 10.000 habitantes. En su estudio pueden ser útiles las técnicas de la epidemiología espacial ya que la descripción de patrones de enfermedad en territorios concretos puede contribuir a la detección de posibles riesgos, colaborando en la búsqueda o comprobación de hipótesis etiológicas y permitiendo superar las lagunas existentes en el conocimiento epidemiológico de estas enfermedades que dificultan enormemente el análisis de sus determinantes. El objetivo es verificar la utilidad del uso de las técnicas de epidemiología espacial en el estudio de ER en un territorio concreto.

**Métodos:** Utilización del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) hospitalario de las 52 provincias españolas para los años 1999-2003 para realizar, para cada provincia, el cálculo de la Razón de Morbilidad Estandarizada (RME) en 44 grupos de ER, con corrección de la RME por el ratio de infra-sobre declaración de cada provincia. Se aplica el modelo de suavización de Besag, York y Mollie, obteniendo la RME suavizada (RMEs).

**Resultados:** Se representan gráficamente las RMEs y la probabilidad de que la RMEs sea superior a 100 en forma de mapa de las 52 provincias. En ocho de los 44 grupos de ER se observan patrones espaciales diversos: oeste-este en trastornos glándulas tiroideas, trastornos metabolismo inmunitario, anemias hereditarias, nefritis y nefropatías; norte-sur en distrofias coroides hereditarias; o centrados en territorios concretos (trastornos metabolismo carbohidratos o proteínas, otras enfermedades osteomioarticulares). En otros grupos de ER se observan mapas muy homogéneos, y sin efecto espacial.

**Conclusiones:** Existen patrones espaciales en algunos grupos de ER que sugieren la presencia de agregaciones que pueden ser debidas a factores comunes. Es necesario profundizar en el estudio de factores relacionados con estos grupos de enfermedades. Las técnicas de epidemiología espacial permiten concentrar el análisis en grupos concretos de ER.

**Financiación:** Red Epidemiológica de Investigación sobre Enfermedades Raras (REPIER), financiada por RETICS, Instituto de Salud Carlos III, G03/123.

**ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA DE HEPATITIS B EN DEPORTISTAS DE ORIENTACIÓN EN EL MARCO DE UN BROTE EPIDEMICO**

V. Hernando<sup>1</sup>, R. Pedro<sup>2</sup>, L. García<sup>3</sup>, J. Castilla<sup>4</sup>, M.A. García<sup>5</sup>, C. Quiñones<sup>6</sup>, V. García<sup>7</sup>, V. Gallardo<sup>8</sup>, et al

<sup>1</sup>Programa de Epidemiología Aplicada de Campo. <sup>2</sup>Agencia de Salud Pública Barcelona. <sup>3</sup>Instituto de Salud Pública Comunidad de Madrid. <sup>4</sup>Instituto de Salud Pública Navarra. <sup>5</sup>Dirección Salud Pública Gobierno Vasco. <sup>6</sup>Consejería Salud La Rioja. <sup>7</sup>Consejería Sanidad Murcia. <sup>8</sup>Consejería Salud Junta de Andalucía.

**Antecedentes/objetivos:** En 2005 se produjo un brote supracomunitario de hepatitis B (HB) en deportistas de orientación. La posible vía de transmisión fue el contacto con sangre de las heridas producidas durante la carrera. Con los objetivos de encontrar casos asintomáticos relacionados con el brote y determinar si estos deportistas pudieran constituir un grupo de riesgo para la HB, se llevó a cabo un estudio de seroprevalencia en dicho colectivo.

**Métodos:** El estudio se realizó entre julio-2005 y febrero-2006. La población diana fueron los 1.323 deportistas federados en España que habían participado en alguna competición en 2004-2005. La muestra se constituyó con todos los deportistas de las categorías implicadas en el brote del 2005 y una muestra aleatoria estratificada del resto de categorías. Estos últimos sujetos se ponderaron según pesos probabilísticos. La encuesta recogía información sobre datos sociodemográficos, deportivos, antecedentes de vacunación y/o enfermedad, marcadores serológicos y razones de no participación.

**Resultados:** Se seleccionaron 282 deportistas de las 7 Comunidades Autónomas que participaron. La tasa de respuesta fue del 37% (n = 105). De estos 105, 58 pertenecían a las categorías relacionadas con el brote de 2005 y 47 del resto de categorías. El 76% eran hombres y el 50% tenían entre 25-40 años. No se encontró ningún caso más de HB relacionado con el brote. La prevalencia (PHB) de infección de HB (Anti-HBc) fue del 7,5% (IC95%: 1-14%), si bien esta disminuye al 5% (IC95%: 0-11%) si no incluimos los casos pertenecientes al brote. Por grupos de edad la mayor PHB se observó en > 40 años. La PHB encontrada por categoría de competición fue: 23% en Categoría Elite vs 6% en Otras Categorías; reduciéndose al 9% (IC95% 0-21%) vs 4% (IC95%: 0-12%), respectivamente, cuando no se consideraran las personas del brote. El 32% de los deportistas presentaban marcadores de inmunidad por vacunación y el 61% eran susceptibles. Un 28% de los corredores no estaban vacunados pese a entrar en el calendario vacunal.

**Conclusiones:** No se detectó ningún caso más relacionado con el brote del 2005. En base a la prevalencia de HB encontrada en este estudio, el deporte de orientación no parece ser un factor de riesgo frente a esta infección; aunque creemos que se deberían reforzar los controles en la vacunación de los jóvenes que practican este deporte.

**SEROTIPO Y SU RELACIÓN CON EL AUMENTO DE LETALIDAD DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN ESPAÑA**

R. Cano, L. Simón, ML. Velasco, D. Ríos y S. de Mateo

Área de Vigilancia de Salud Pública. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.

**Antecedentes/objetivos:** El riesgo de morir por enfermedad meningocócica se ha relacionado, entre otros, con la edad del paciente, la clínica y el serogrupo causante de la enfermedad. En los últimos cinco años la letalidad ha aumentado en España. Cambios en las cepas causantes de la enfermedad se han relacionado con este aumento. El objetivo del trabajo es estudiar qué serotipos de *N. meningitidis* se asocian a una mayor letalidad.

**Métodos:** Los casos y las variables estudiadas son los que se recogen en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica a través de la notificación al sistema de enfermedades de declaración obligatoria. Se obtuvieron las distribuciones de frecuencias de las variables, sexo, edad, evolución clínica, fecha de primeros síntomas, temporada, comunidad autónoma y serotipo. El análisis se ha hecho para las temporadas que siguieron a la introducción de la vacuna C conjugada en el año 2000. Se evaluó la evolución de la letalidad para los principales serogrupos mediante el test de tendencia y su significación estadística en el período 2000-2001 a 2004-2005. Se estudió la asociación entre el serotipo y el fallecimiento mediante modelos de regresión logística controlados por edad, clínica y temporada de inicio de síntomas.

**Resultados:** La letalidad de los casos confirmados pasó de 8,7% (62/716) en 2000-2001 a 12,2% (85/696) en 2004-2005. La tasa de crecimiento anual fue del 4%. En la temporada 2004-2005 varió entre 40% (2/5) en Rioja y 5,3% (1/19) en Baleares. La letalidad para el serogrupo B varió entre 5,9% en 2000-2001 y 10,2% en 2004-2005 (p = 0,013). El serogrupo C osciló entre 17,8% y 23,6 en el mismo periodo (p = 0,90). El odds de fallecer fue significativamente mayor para el serogrupo C (OR = 2,28, IC 95% 1,59-3,30) comparado con el serogrupo B. También lo fue para los pacientes de 15-24 y 25 y mas años (OR = 2,44, IC 1,85-3,20 y OR = 3,07, IC 2,46-3,83 respectivamente) comparados con los menores 15 años. En los casos con información sobre el serotipo (n = 421, 11% del total de casos confirmados). La presencia de cepas con serotipo 2a se incrementa a partir de la temporada 2001-2002 desplazando al 2b. El odds de fallecer fue significativamente mayor para el serotipo C:2a comparado con el de referencia (B:4).

**Conclusiones:** La información sobre serotipo es escasa en la base de datos estatal. Se ha producido un desplazamiento del serotipo 2b por el 2a en las cepas de serogrupo B y C. Esto se ha asociado a una mayor letalidad. Por un lado, a pesar de la introducción de la vacuna conjugada, se ha mantenido alta la letalidad por serogrupo C. Por otro, se ha producido un aumento significativo de la letalidad por serogrupo B en las últimas temporadas.

**Financiación:** L. Simón dispone de una beca de investigación de Wyeth España.

## COMUNICACIONES ORALES

Miércoles, 4 de octubre de 2006  
15:30 a 17:30

### Encuestas y calidad de vida

Moderadora: *M<sup>a</sup> Josefa Gil de Gómez Barragán*  
Servicio Riojano de Salud

#### VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL "MINESOTTA LIVING WITH HEART FAILURE QUESTIONNAIRE"

A. Pont, O. Garin, N. Soriano, A. Ribera, M. Ferrer, J. Alonso y G. Permanyer

*Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona.*

**Antecedentes/objetivos:** El "Minesotta Living with Heart Failure Questionnaire" (MLHFQ) es el instrumento más utilizado para la evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia cardiaca. Contiene 21 ítems y 2 dimensiones: física y emocional. El MLHFQ ha sido traducido a más de 32 lenguas, sin embargo, en la mayoría de los casos, no se han evaluado sus propiedades métricas. El objetivo de este estudio es evaluar la fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio de la versión española del MLHFQ.

**Métodos:** Las propiedades métricas se evaluaron en una muestra de 677 pacientes con insuficiencia cardiaca a quienes se les administró el MLHFQ junto al cuestionario genérico SF-36 un mes después de haber sido dados de alta. Dos meses más tarde se volvió a administrar los instrumentos. A partir de la clasificación funcional New York Heart Association (NYHA), se dividió a los pacientes entre los estables ( $n = 245$ ) (sin cambio en la clase NYHA a los dos meses) y los que habían sufrido algún cambio ( $n = 103$ ) (mayor o menor clase funcional que en la primera evaluación). A nivel de fiabilidad se estudiaron: la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach y la reproducibilidad con el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI). La validez se estudió mediante gradiente de las puntuaciones según la clase funcional NYHA; y a través de las correlaciones con las dimensiones del SF-36 teóricamente relacionadas. La sensibilidad al cambio del MLHFQ se evaluó con el coeficiente de tamaño del efecto "Effect Size" (ES = cambio en la puntuación/SD).

**Resultados:** El alfa de Cronbach superó el estándar propuesto para las comparaciones de grupo (0,9 física y total, y 0,8 emocional). El CCI fue elevado en las tres puntuaciones, de 0,74 para la dimensión emocional a 0,83 para la total. Las puntuaciones del MLHFQ mostraron un gradiente significativo según la clase funcional NYHA; así como correlaciones de altas a moderadas con las dimensiones del SF-36 (0,74-0,52). El cambio observado a los 3 meses en las puntuaciones del MLHFQ correspondió a coeficientes (ES) pequeños o moderados (0,09-0,44).

**Conclusiones:** La versión española del MLHFQ ha demostrado unas adecuadas propiedades métricas, al igual que la versión original. Estos resultados apoyan el uso del MLHFQ en pacientes españoles con insuficiencia cardiaca. Sin embargo, sería recomendable re-evaluar la sensibilidad al cambio en un estudio específicamente diseñado para ello.

*Financiación: Instituto de Salud Carlos III (RED IRYSS G03/202), la Generalitat de Catalunya (2001SGR 00405) y Novartis Farmacéutica*

#### CALIDAD DE VIDA EN MUJERES OSTEOPORÓTICAS Y FACTORES ASOCIADOS

G. Sanfélix Gimeno<sup>1,2</sup>, B. Reig Mollá<sup>3</sup>, S. Peiró Moreno<sup>2</sup>, J. Sanfélix Genovés<sup>4</sup> y F. Aparisi Rodríguez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Dirección General de Salud Pública (DGSP), Valencia. <sup>2</sup>Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), Valencia. <sup>3</sup>Centro de Salud de Villamarchante, Valencia. <sup>4</sup>Centro de Salud de Nazaret, Valencia. <sup>5</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia.

**Objetivos:** Describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años y analizar su asociación con la presencia de osteoporosis y los factores de riesgo de baja masa ósea patológica (FRBMOP).

**Métodos:** Muestra poblacional de mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años residentes en la ciudad de Valencia obtenida por muestreo aleatorio del sistema de información poblacional de la Consellería de Sanitat (Se presentan los resultados de las primeras 229 mujeres). A todas las mujeres participantes se les realizó una encuesta mediante entrevista (recoge FRBMOP y tratamientos antiosteoporóticos), se les administró la versión validada en Español del Cuestionario SF-12 v2, y se les realizó una densitometría ósea de columna y cadera. La osteoporosis se definió por criterios OMS y por criterios clínicos (presencia de tratamiento).

**Resultados:** Las puntuaciones medias de la dimensión función física (PCS) y salud mental (MCS) fueron de 44,7 (IC95: 43,3; 46,1) y 45,9 (IC95: 44,6; 47,2) respectivamente. El 26,2% (IC95: 20,6; 32,4) de las mujeres se clasificaron como osteoporóticas (criterios OMS) y el 18,8 (IC95:13,9; 24,4) recibían tratamiento. La edad se asoció inversamente a la PCS ( $r = -0,20$ ;  $p = 0,001$ ) pero no a la MCS ( $r = 0,07$ ;  $p$ :ns). No se observaron asociaciones entre CVRS (PCS o MCS) y presencia de osteoporosis, o con la presencia de tres o más factores de riesgo de baja masa ósea patológica, ni en el análisis bivariado ni tras controlar el efecto de la edad. La CVRS tampoco mostró diferencias significativas entre las mujeres con tratamiento (PCS: 43,3; MCS: 45,1) o sin tratamiento (PCS: 45,0; MCS: 46,1).

**Conclusiones:** La CVRS de las mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años de la ciudad de Valencia, medida por el SF-12, no se asocia a la presencia de osteoporosis (clasificada con criterios de la OMS o con criterios clínicos), ni con la presencia de tres o más factores de riesgo de baja masa ósea patológica. La mayor edad, conforme era esperable, sí se asocia a una reducción de la dimensión física del SF-12.

*Financiación. Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana (Dirección General de ordenación, evaluación e investigación sanitaria. SP/0018/2005). Hospital Universitario La Fe. Sanofi-Aventis.*

#### CARGA DE ENFERMEDAD POR DEMENCIA EN ESPAÑA EN EL AÑO 2000

C. Morant<sup>1</sup>, E. Alvarez<sup>2</sup>, R. Gènova<sup>3</sup>, E. Cubo<sup>4</sup>, J.L. del Barrio<sup>4</sup>, J. de Pedro<sup>4</sup>, P. Martínez<sup>4</sup> y J.M. Freire<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Oficina Regional de Salud Mental, Comunidad de Madrid. <sup>2</sup>Univ Rey Juan Carlos. <sup>3</sup>DG Salud Pública y AI, Comunidad de Madrid. <sup>4</sup>Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII. <sup>5</sup>Dept Salud Internacional, ISCIII.

**Antecedentes:** La población española se encuentra en proceso de envejecimiento demográfico. Se registra un significativo aumento de la mortalidad, incidencia y prevalencia de Demencias. Los indicadores de Carga de Enfermedad (CDE) son un instrumento de importancia creciente en el análisis de situación de salud y la determinación de las políticas sanitarias. La CDE por Demencia no ha sido estimada previamente en España.

**Objetivos:** 1) estimar la CDE por Demencia en España en el año 2000 y 2) compararla con la Carga Global de Enfermedad de España de ese año.

**Métodos:** Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), principal indicador de CDE, son el resultado de agregar los Años de Vida Perdidos por Muerte prematura (AVP) y los Años Vividos con Discapacidad (AVD). Fuentes y estimación: 1)AVP: registros de defunciones del año 2000 (INE) con códigos CIE-10 de Demencia como causa básica de defunción, y tabla modelo de mortalidad nivel 26 modificado de Princeton (PopIndex, 1989(4):613-643); 2)AVD: número estimado de casos incidentes en España en el año 2000 (Fratiglioni L, Neurology 2000;54(11 Suppl 5):S10-S15) y número medio de años con discapacidad debida a demencia. Pesos de Discapacidad del estudio de Holanda (Erasmus Univ. 1997). Valoraciones sociales: tasa de decuento (3%) y peso por edades ( $K = 1$ ). Cálculos con programas Dismod II y Gesmor.

**Resultados:** En España, durante el año 2000 las Demencias generaron 243.108 AVAD (44.331 AVP -18,3%, y 198.742 AVD -81,7%). Los AVAD por Demencia son mayores en mujeres (148.790, 61,2%) que en hombres (94.318; 38,8%). El 65% de los AVAD (74% en mujeres) corresponden al grupo de edad 75+. Las tasas de AVAD son mayores en hombres hasta los 74 años, y en mujeres a partir de los 75. Tras la Depresión Unipolar (8,5% del total de AVAD), la Demencia (6,5%) lidera la lista de enfermedades con mayor carga de enfermedad en España, según el estudio de Carga Global de Enfermedad del año 2000.

**Conclusiones:** LA CDE por Demencia en España es muy importante (segunda causa de AVAD en el año 2000). La Discapacidad es su principal componente, en una proporción cinco veces mayor que la mortalidad. La carga se concentra especialmente en mujeres de edades avanzadas. El calendario es más temprano en hombres. La estimación de CDE por Demencia contribuye a valorar adecuadamente su impacto en la población española y ofrece argumentos para la determinación de prioridades en planificación sanitaria ante el progresivo incremento del número de personas ancianas, que proseguirá y se intensificará en los próximos años.

**ESTIMACIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL EN EXTREMADURA EN EL AÑO 2005**

J.M. Martínez Sánchez, P. Fernández del Valle, J.M. Ramos Aceitero y M.Y. Anes del Amo

*Servicio de Epidemiología. Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.*

**Antecedentes y objetivos:** La obesidad en la infancia está aumentando considerablemente durante los últimos años, constituyendo un importante problema de salud pública. El objetivo es determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil de Extremadura y analizar la obesidad según distintas variables sociodemográficas.

**Métodos:** Los datos provienen de la Encuesta de Salud de Extremadura del año 2005. Se seleccionó la población infantil de entre 1 y 15 años a la que se había recogido el peso y altura sin zapatos ( $n = 564$ ). Se calculó el índice de masa corporal (IMC) como el cociente del peso en kilogramos entre la altura en metros al cuadrado, y se clasificó según las tablas de IMC de la Fundación Orbegozo, por edad y sexo. Consideramos  $IMC < P_{85}$  como normo-peso o peso insuficiente,  $P_{85} < IMC < P_{95}$  sobrepeso e  $IMC > P_{95}$  obesidad. Se analiza la obesidad por las siguientes variables sociodemográficas: sexo, grupo de edad y nivel de instrucción, ingresos y estado de salud percibido por el cabeza de familia.

**Resultados:** La edad media fue de 8,68 años ( $sd = 4,16$ ). El 51,8% fueron niños y el 48,2% niñas. El IMC medio fue de 19,14  $kg/m^2$  ( $sd = 5,42$ ), presentando el 8,16% de la muestra sobrepeso y el 17,73% obesidad. El 28,42% de los niños y el 23,16% de las niñas tienen un IMC mayor al P85, siendo la diferencia no significativa ( $p = 0,1836$ ). La prevalencia de normo-peso o peso insuficiente es mayor a medida que aumenta la edad, comportamiento que resulta similar al estratificar por géneros. Analizando las variables según cabeza de familia, presentan sobrepeso u obesidad el 11,6% cuyos estudios son de diplomado universitario o superior, y en aquellos cuyos estudios son inferiores a diplomado universitario es de 28,6% ( $p < 0,05$ ). El 22,3% cuyo cabeza de familia tiene ingresos inferiores a 901 € tienen exceso de peso, mientras que el porcentaje aumenta al 30,07% cuando el ingreso es igual o superior a 901 € ( $p = 0,0602$ ). La prevalencia de obesidad aumenta a peor estado de salud percibido por el padre, madre o tutor del niño. El 25,6% de los encuestados que ven la televisión más de 1 hora sobrepasan el P85, mientras que los encuestados que ven la televisión menos de una hora la prevalencia es de 24,7% ( $p = 0,9591$ ).

**Conclusiones:** Hay una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en Extremadura que desciende con la edad. Existen diferencias según sexo, nivel de ingresos y estudios de los cabeza de familia pero sólo presenta significación estadística según nivel de estudios.

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

**ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES DE CODDINGTON PARA POBLACIÓN ESPAÑOLA**E. Villalonga-Olives<sup>1</sup>, J.M. Valderas<sup>1</sup>, J. Palacio-Vieira<sup>2</sup>, L. Rajmil<sup>2</sup> y J. Alonso<sup>1</sup><sup>1</sup>Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). <sup>2</sup>Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM), Barcelona.

**Antecedentes y objetivos:** No existen escalas para evaluar acontecimientos vitales y su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud en chicos/as y jóvenes españoles. La Escala de acontecimientos vitales de Coddington (CLES) es un instrumento autoadministrado desarrollado en EEUU diseñado para evaluar acontecimientos vitales que pueden haber sido experimentados en los últimos doce meses. Los acontecimientos vitales pueden interferir en la salud del chico/a o joven que los experimenta, por la dificultad de reajuste que implica su vivencia. Los acontecimientos vitales tanto positivos como negativos han sido relacionados con el incremento del riesgo de padecer problemas físicos y emocionales. El objetivo de este trabajo es adaptar la CLES para su uso en población española.

**Metodología:** El procedimiento para adaptar la escala fue dos traducciones directas del inglés al castellano, evaluación de la traducción por un comité de expertos y una traducción inversa del castellano al inglés. Se realizó una prueba piloto basada en entrevistas en profundidad y grupos focales con chicos/as y jóvenes de entre 11 y 20 años ( $n = 17$ ). Se evaluaron el nivel de entendimiento de los ítems de la escala, posibles modificaciones del texto, la comprensibilidad de los periodos recordatorios y el tiempo de administración de la escala. El test re-test se está completando en la actualidad.

**Resultados:** De un total de 53 acontecimientos vitales, 14 no fueron comprendidos con facilidad. "Divorce and marital separation" fueron términos difíciles de diferenciar, "to become an adult member of a church" resultó poco común en España y "being send away from home" se interpretó en sentido negativo. La introducción de la escala tuvo problemas menores de comprensibilidad para niños/as en edades tempranas. Los periodos recordatorios fueron aceptables y no tuvieron problemas de comprensión. El tiempo de administración de la escala fue de 17 minutos de media (rango de 10 a 20 minutos). Se presentará la estimación de la fiabilidad.

**Conclusiones:** El contenido de la CLES fue adecuado y se entendié bien en población española, pero fueron necesarias algunas modificaciones lingüísticas. El tiempo de administración fue similar al original. Antes del uso de la escala, es necesario evaluar sus propiedades psicométricas.

*Financiación: Instituto de Salud Carlos III: FIS Expte PI042315 y Red IRYSS G03/202. DURSI-GENCAT (2005-SGR-00491)*

**VALIDEZ Y VALORES DE REFERENCIA DEL SF-6D EN LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAIS VASCO**U. Martín<sup>1</sup>, S. Esnaola<sup>2</sup>, R. Perez<sup>2</sup>, R. Ruiz<sup>2</sup>, E. Aldasoro<sup>2</sup> y M. Calvo<sup>2</sup><sup>1</sup>Fundación BIOEF, <sup>2</sup>Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

**Antecedentes/objetivos:** El SF-6D es una medida de calidad de vida relacionada con la salud, derivada del Cuestionario de Salud SF-36, basada en preferencias o utilidades. El algoritmo de cálculo del SF-6D fue estimado a partir de una muestra poblacional en Inglaterra (Brazier et al. 2002). El objetivo de este estudio fue evaluar la aplicabilidad y validez de constructo del SF-6D en la población general de la CAPV y ofrecer valores de referencia de esta medida.

**Métodos:** Se obtuvieron los valores del SF-6D aplicando el algoritmo de Brazier a los resultados del SF-36 obtenidos en la Encuesta de Salud de la CAPV 2002 ( $n = 8.398$  mayores de 15 años rellenaron el cuestionario individual). Como indicadores de la aplicabilidad, se valoró la tasa de no respuesta de la Encuesta, y los ítems del SF-36 necesarios para la obtención del SF-6D. Para estudiar la validez de constructo, mediante el análisis de covarianza, se examinó la asociación ajustada por edad de las puntuaciones del SF-6D con otras medidas de salud percibida. Con el fin de analizar la capacidad discriminante del SF-6D respecto a las medidas de salud percibida, se utilizaron curvas ROC. Para el cálculo de las varianzas se tuvo en cuenta el efecto del diseño muestral. Como valores de referencia se obtuvieron las medias, las desviaciones estándar y percentiles del SF-6D por sexo y grupos de edad.

**Resultados:** La tasa de respuesta de la Encuesta fue del 86% para los hogares y del 93% para el cuestionario individual. En estos últimos, se pudo estimar el SF-6D para el 99,5% de las personas. El valor del SF-6D fue de 0,839 en varones y 0,803 en mujeres, siendo el rango en ambos sexos de 0,296 a 1. El estado de salud más frecuente agrupó al 6,1% de los varones y al 4,0% de las mujeres. Las puntuaciones medias descendieron con la edad en varones (16-24 años:  $0,870 > 75$  años:  $0,757$ ) y en mujeres (16-24:  $0,838 > 75$ :  $0,703$ ). Las puntuaciones decrecieron significativamente al empeorar la salud en ambos sexos y en todas las variables de salud analizadas. En el caso de la autovaloración de la salud, las puntuaciones decrecieron significativamente a medida que la salud empeoraba en los diferentes subgrupos según sexo y edad, nivel de estudios y clase social. Los resultados de las curvas ROC mostraron un alto poder discriminante del SF-6D en todas las variables de salud analizadas.

**Conclusiones:** Estos resultados muestran la alta validez y aplicabilidad del SF-6D en una muestra poblacional. Su fácil obtención a partir de datos del SF-36 y su capacidad para discriminar entre estados de salud en la población general, hacen que sea una medida recomendable para estudios poblacionales. Además, se cuenta con valores de referencia de esa medida en la población de la CAPV.

*Financiación: BIOEF*

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ENTRE LOS EXPUESTOS AL VERTIDO DEL PRESTIGE**J.M. Carrasco<sup>1</sup>, B. Pérez-Gómez<sup>1</sup>, N. Aragonés<sup>1</sup>, V. Lope<sup>1</sup>, M.J. García-Mendizábal<sup>1</sup>, P. Guallar-Castillón<sup>2</sup>, G. López-Abente<sup>1</sup>, F. Rodríguez-Artalejo<sup>2</sup> y M. Pollán<sup>1</sup><sup>1</sup>Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. <sup>2</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid.

**Antecedentes/objetivos:** En noviembre de 2002 el Prestige naufragó frente a Galicia causando un gran deterioro medioambiental. Analizamos la asociación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) con la exposición al vertido de fuel del Prestige.

**Métodos:** Mediante muestreo aleatorio de los padrones actualizados a 1 de enero de 2004, estratificado por edad y sexo, se seleccionaron 2.700 residentes en 14 municipios gallegos tanto de la costa como del interior. La recogida de información tuvo lugar del 22 de marzo al 23 de abril de 2004. Se consideraron 4 criterios de exposición al vertido: haber visto afectadas sus actividades de ocio, haber visto afectadas sus actividades profesionales, haber sufrido daños en propiedades y, finalmente, haber entrado en contacto directo con el fuel. Para valorar la CVRS se utilizaron los cuestionarios SF-36, GHQ-28, HADS y EADG. La asociación de la exposición con la CVRS subóptima se resumió mediante odds ratios (OR) obtenidos mediante regresión logística, ajustados por el resto de criterios de exposición, edad, sexo, zona (costa o interior), situación laboral, estudios, tabaquismo y número de enfermedades crónicas.

**Resultados:** Quienes vieron afectadas sus actividades profesionales presentaron menor probabilidad de puntuar valores subóptimos en las escalas de salud general y salud mental (OR: 0,71; IC95%: 0,51-0,99 y OR: 0,68; IC95%: 0,47-0,98 respectivamente), y los que entraron en contacto directo con el fuel presentaron mejores puntuaciones en las escalas función física y rol emocional (OR: 0,63; IC95%: 0,48-0,84 y OR: 0,63; IC95%: 0,41-0,95 respectivamente) del cuestionario SF-36. Entre quienes vieron afectadas sus propiedades, se observó con mayor frecuencia puntuaciones subóptimas en casi todas las dimensiones del SF-36, salvo en salud general y rol emocional, así como una mayor prevalencia de valores subóptimos en la dimensión de ansiedad e insomnio (OR: 2,83; IC95%: 0,97-8,28) del cuestionario GHQ-28 y en la subescala de ansiedad del HADS (OR: 2,78; IC95%: 1,45-5,33).

**Conclusiones:** El daño de las propiedades por el vertido del Prestige se asoció a peor CVRS tanto en dimensiones físicas como psíquicas. Entre los profesionales afectados y entre quienes entraron en contacto directo con el fuel, la menor frecuencia de valores subóptimos de CVRS podría deberse a sus buenas condiciones físicas y a las ayudas recibidas. Finalmente, apenas se aprecia algún impacto del vertido entre quienes vieron afectadas sus actividades de ocio.

*Financiación: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III y la RCESP-FISC 03-09.*



**ESTRUCTURA FACTORIAL DEL MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE QUESTIONNAIRE (MLHFQ): EVALUACIÓN EN DIFERENTES VERSIONES**

O. Garin, M. Martínez-Alonso, M. Ferrer, A. Pont, E. Van Ganse, I. Wiklund y J. Alonso

*Institut Municipal d'Investigació Mèdica; Faculte de Medecine Lyon Sud; AstraZeneca R&D; Universitat Autònoma de Barcelona.*

**Antecedentes/objetivos:** El MLHFQ es el instrumento más utilizado para evaluar la Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia cardiaca. El propósito de este estudio es confirmar la estructura de dos dimensiones (física y emocional, con 8 y 5 ítems respectivamente) del MLHFQ en ocho versiones diferentes.

**Métodos:** En una misma base de datos se agregó la información de 5 estudios, con un total de 2587 pacientes de 8 países (Canadá, Brasil, Suecia, Polonia, Italia, Gran Bretaña, Francia y Alemania). Para la versión de cada país se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) aplicando el método de mínimos cuadrados ponderados sobre las correlaciones policóricas. Se utilizaron diferentes estimadores para evaluar el ajuste de las diferentes versiones del MLHFQ a la estructura inicialmente hipotetizada: índice de ajuste comparativo (CFI), índice de ajuste no normado (NNIF), y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). La igualdad de cargas factoriales entre versiones, se evaluó mediante la prueba de Chi-cuadrado. También se estudiaron la fiabilidad y validez de las escalas de las diferentes versiones.

**Resultados:** El AFC mostró cargas factoriales significativas para todos los ítems. Sin embargo, no todas las variancias fueron estadísticamente significativas. La bondad de ajuste, el CFI y el NNFI, fue buena ( $> 0,90$ ) en todas las versiones. Por otro lado, el RMSEA sólo mostró valores aceptables para Canadá y Alemania; variando de 0,07 a 0,15 para el resto de los países. Las cargas factoriales calculadas para las diferentes versiones fueron diferentes ( $p < 0,0001$ ). La evaluación de las propiedades métricas mostró: alfas de Cronbach superiores a 0,7 para las dos dimensiones en las 8 versiones; puntuaciones medias similares entre países; y el patrón esperado en las medias de las puntuaciones según la clasificación funcional NYHA.

**Conclusiones:** Los resultados del AFC muestran cómo, aún siendo significativas las cargas factoriales para todas las versiones, el ajuste del modelo sólo es adecuado para las versiones de Canadá y Alemania. A pesar de las excelentes propiedades métricas de las dos dimensiones en las 8 versiones, sería necesario seguir estudiando la estructura del MLHFQ.

*Financiación: (EC ALRI-CT-2000-00551; SAF2002-11009-E; DURSI-GENCAT 2005-SGR-00491)*

**COMUNICACIONES ORALES**

Miércoles, 4 de octubre de 2006  
15:30 a 17:30

**Salud en colectivos específicos**

*Modera: Alicia Llácer Gil de Rames  
Centro Nacional de Epidemiología. Madrid*

**ESTUDIO DELPHI PARA EL CONSENSO SOBRE DEFINICIONES Y VARIABLES PARA CARACTERIZAR LOS INMIGRANTES EXTRANJEROS**

D. Malmusi<sup>1,2</sup>, J.M. Jansà<sup>1</sup>, P. Mota Moya<sup>3</sup> y E. Alonso Mayo<sup>4</sup>

*<sup>1</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona. <sup>2</sup>UD Medicina Preventiva i Salut Pública IMAS-UPF-ASPB. <sup>3</sup>Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>4</sup>Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes:** El crecimiento de la población extranjera residente en el estado español en los últimos años requiere disponer de información sobre la salud y principales necesidades sanitarias de este colectivo. El Pla Director d'Immigració del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha evidenciado la necesidad de unificar criterios en los sistemas de información y la investigación en salud, concretando las definiciones de inmigrante y extranjero más adecuadas a nuestro entorno.

**Métodos:** Para establecer un consenso, se formó un grupo de expertos según la metodología Delphi. Fueron invitadas a participar 66 personas de distinta formación (salud, ciencias sociales y políticas, derecho) y ámbitos de trabajo (servicios a la población, investigación académica, administraciones públicas, sindicatos, asociaciones y entidades de ayuda y soporte). Se envió un cuestionario con distintas propuestas de definiciones, términos, categorizaciones y variables durante dos rondas. En la segunda ronda se incluyeron los porcentajes de respuestas, los comentarios libres y las nuevas propuestas de los participantes obtenidos en la primera. Las propuestas con el acuerdo del 80% del grupo se trasladaron a un documento final que fue aprobado en una tercera ronda.

**Resultados:** 59 personas respondieron a la invitación; 55 aceptaron, 44 completaron al menos una ronda y 33 completaron las tres. Entre los elementos consensuados destacan: se nombra inmigrante a la persona que llega a un país donde no ha nacido para fijar su residencia; no se es inmigrante de por vida, por lo cual como criterio general pueden considerarse inmigrantes las personas nacidas en otro país llegadas desde menos de 5-10 años al de acogida, o las de nacionalidad extranjera; y personas inmigradas a todas aquellas nacidas en otro país. En el estudio de su salud y situación social, cabe distinguir según variables socioeconómicas, género, situación administrativa y lugar de procedencia. Los hijos de personas inmigradas nacidos en España no pueden considerarse inmigrantes.

**Conclusiones:** Se obtuvo una gran riqueza de aportaciones de los participantes, y fue posible llegar a un documento consensuado, con definiciones conceptuales y operativas de inmigrante y población inmigrada, basadas en país de nacimiento, año de llegada y nacionalidad. Para reflejar la heterogeneidad de situaciones y contextos, es necesario tener en cuenta otras variables. Emerge la necesidad de trabajar más a fondo aspectos como la discriminación, la autopercepción de origen y otros indicadores de asentamiento, y la situación de los hijos de familias inmigradas.

**COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN CONSUMIDORES JÓVENES DE COCAÍNA**

M.J. Herrero, A. Domingo-Salvany, M.T. Brugal, D. Lacasa, M. Torrens e investigadores ITINERE

Institut Municipal d'Investigació Mèdica; Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Antecedentes/objetivos:** El consumo de cocaína está muy asociado a Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) y a otros trastornos psiquiátricos no relacionados con sustancias. Se han realizado pocos estudios con jóvenes fuera de los servicios sanitarios. El objetivo de este estudio era analizar la comorbilidad psiquiátrica en una cohorte de jóvenes consumidores de cocaína de la ciudad de Barcelona.

**Métodos:** Muestra formada por sujetos de 18-30 años con consumo de cocaína actual (consumo en los 90 días previos) y regular (12 veces en los últimos 12 meses) de la ciudad de Barcelona reclutados en la calle mediante informadores clave. Después de una entrevista basal, se les citó para ser evaluados mediante la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV), entrevista que permite establecer diagnósticos psiquiátricos con criterios DSM-IV (además de los TUS, 20 trastornos del Eje I y dos trastornos del Eje II o trastornos de la personalidad).

**Resultados:** Del total de 133 sujetos, el 37,6% eran mujeres, su media de edad era 23,8 años (d.e.3.4). El 85,7% no vivía en pareja ni se había casado; un 45,1% trabajaba mientras que el 13,5% estudiaba; casi un 52% vivía con amigos (22,6% eran okupas), y el 34% con los padres. Casi un 23% tenía antecedentes legales. El 14,3% había recibido tratamiento por abuso de drogas y casi un 43% tratamiento psicológico o psiquiátrico alguna vez en la vida. El 82% de los individuos recibieron algún diagnóstico TUS, con una media de 1,81 diagnósticos por persona (d.e.: 1.26) y un máximo observado de 5 TUS. Los TUS más frecuentes fueron dependencia de cocaína (64,2%), abuso de alcohol (27,1%), abuso de cannabis (25,6%), dependencia de estimulantes (21,1%), dependencia de cannabis y de alcohol (18%), abuso de alucinógenos (12,8%) y abuso de cocaína (11,3%). Un total de 55 sujetos (41,4%) presentaron un trastorno del Eje I diferente de los TUS (el 28% con algún trastorno del estado de ánimo) y 17 individuos (12,8%) un trastorno del Eje II (trastorno antisocial o límite de la personalidad). El 43,6% de la muestra presentó comorbilidad alguna vez en la vida: con el Eje I en el 30,8% de los sujetos, con el Eje II en el 5,3%, y el 7,5% compartía diagnósticos del Eje I y del Eje II.

**Conclusiones:** Los consumidores jóvenes de cocaína presentan un alto índice de comorbilidad psiquiátrica, sobre todo trastornos del estado de ánimo. Es interesante subrayar la presencia tan elevada de patología dual en un grupo de población que no procede del marco sanitario.

Estudio financiado por: PNSD 2004, FIPSE 3035/99, FISS G03/05 y C03/09

**VALIDEZ DEL PESO Y TALLA REPORTADOS EN POBLACIÓN DE 4-18 AÑOS**

E. Miranda<sup>1</sup>, P. Amiano<sup>2</sup>, N. Larrañaga<sup>2</sup>, C. Urriaga<sup>2</sup> y E. Gorostiza<sup>3</sup>

<sup>1</sup>BIOEF. Instituto Vasco de Investigaciones Sanitarias. <sup>2</sup>Subdirección de Salud Pública de Guipuzkoa. Gobierno Vasco. <sup>3</sup>Centro de Salud de Matiena. Osakidetza-SVS. Gobierno Vasco.

**Antecedentes/objetivos:** El peso y talla reportados son frecuentemente utilizadas en encuestas y estudios poblacionales. Diversos autores, han descrito que, en general, el peso referido infraestima el peso real y la altura referida la sobreestima, lo cual puede afectar la distribución del Índice de Masa Corporal (IMC) derivado. Comparar el peso y talla referidos y medidos y evaluar la validez del IMC derivado de las medidas referidas en la estimación de la obesidad y sobrepeso en población infantil y juvenil.

**Métodos:** Estudio transversal en el marco de la encuesta de nutrición en la población de 4-18 años de la CAPV, 2004-2005. Mediante entrevistas personalizadas se cumplimentó en cuestionario el peso (Kg.) y talla (cm.) referida y se realizó la medición, por personal entrenado, en posterior entrevista. Se ha utilizado el IMC (peso en Kg/altura en metros al cuadrado) para la estimación de sobrepeso y obesidad usando como puntos de cortes los propuestos por la Internacional Obesity Task Force.

**Resultados:** Se realizaron un total de 1.178 entrevistas con una tasa de respuesta del 77%. La no respuesta se divide entre un 11,7% de viviendas elegidas y no contactadas, y un 11,6% de negativas. El número de individuos incluidos en el estudio es de 1170 individuos, 587 niñas y 583 niños. La diferencia de medias en el peso medido-referido, refleja una infraestimación de 0,94kg [IC 95% 0,72-1,15] en los niños y de 1,00 kg [IC 0,82-1,18] en las niñas, aumentando las diferencias entre los obesos. La altura referida no presenta diferencias significativas. Las correlaciones entre ambas mediciones son del orden del 0,99 para el peso y talla; y del 0,93 para el IMC en ambos géneros. Utilizando las categorías de IMC según el peso y talla reportado un 14,2% de los niños y un 10,3% de niñas están clasificados incorrectamente. La prevalencia del exceso ponderal (sobrepeso+obesidad) se infraestima en cinco puntos con los datos reportados para el total de la población frente a los medidos. El comportamiento es semejante para ambos géneros, 23,8% reportada vs 28,8% medida en niños y 22,8% vs 27,9% en niñas. Tomando como referencia los datos medidos frente a los reportados para la clasificación del exceso ponderal la sensibilidad es baja, del 73% para los chicos y del 75% para las chicas. La especificidad es alta en ambos géneros del orden del 97%.

**Conclusiones:** El peso referido infraestima la medida real de este indicador, siendo la diferencia mayor en adolescentes con sobrepeso y obesidad. La distribución del IMC se modifica al utilizar los indicadores reportados, produciéndose una infraestimación en la estimación de la prevalencia de obesidad y sobrepeso, por lo que los mismos deben ser utilizados con cautela en población infantil y juvenil.

**INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN MUJERES EXTRANJERAS EN LAS ILLES BALEARS**

Galmés Truyols, M. Portell Arbona, G. Arbona Cerdà, C. Bosch Isabel, A. Nicolau Riutort y J. Vanrell Berga

Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears.

**Antecedentes/objetivos:** Los cambios demográficos en España, fruto del aumento de la inmigración, exigen políticas de prevención que tengan en cuenta esta situación, y para ello es necesario conocer mejor la población que actualmente reside en nuestro país. En las Baleares (IB) el Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) recoge el país de origen de las mujeres y el año de llegada a España. Describimos las características de estas mujeres en el primer año de recogida de la información.

**Métodos:** Estudio descriptivo de las IVE realizadas en 2005 en mujeres extranjeras residentes en las IB (proporciones, medias y desviaciones estándar (DS)). Comparación con las mujeres españolas ( $\chi^2$  de Pearson). El nivel de instrucción se agrupa en 5 categorías: "sin estudios", "hasta 6º EP", "1º-2º ESO", "3º ESO-2º Bach.", "Est. superiores".

**Resultados:** Las IVE en las IB fueron 2.451, el 38% (925) en mujeres de origen extranjero, la mayoría americano (59%). La media de residencia en España era de 3,6 años (DE 3,9) y el 71% llegó en los 4 anteriores a la IVE. La edad media fue de 27,9 años (DE 6,2). El 75% tenía ingresos económicos y el 79% trabajaba por cuenta ajena. El 57% convivía en pareja, el 65% estaban solteras. El 26% tenía estudios primarios, el 29% de 1º-2º ESO y el 28% de 3º ESO-2º Bach. El 58% ya tenía hijos y el 34% se había sometido antes a alguna IVE. El 61% había utilizado servicios de planificación familiar (SPF). El 53% se informó de la posibilidad del aborto por vías no sanitarias. En el 98% la causa de la IVE era materna. La media de semanas de gestación fue de 8,3 (DE 2,5). Hay diferencias entre extranjeras y españolas en: distribución por edad (< 20 años, 7% vs 16%; 25-29 años 32% vs 21%,  $\chi^2$  64,2 gl, p < 0,001); ser estudiante (3% vs 8%;  $\chi^2$  25,5, p < 0,001); distribución por nivel de estudios ( $\chi^2$  45,2 gl, p < 0,001); convive en pareja (57% vs 48%,  $\chi^2$  20,2 p < 0,001); estado civil (casada 28% vs 23%; separada 4% vs 8%;  $\chi^2$  23,4 gl, p < 0,001); acude a SPF (61% vs 70%;  $\chi^2$  21,2 p < 0,001), tener hijos (58% vs 45%;  $\chi^2$  36,5 p < 0,001) e IVE anteriores (34% vs 23%;  $\chi^2$  33,5 p < 0,001)

**Conclusiones:** Las IVE en mujeres de origen extranjero suponen más de un tercio de las IVE en las IB. La mayoría son inmigrantes recientes con ingresos propios. Poco más de la mitad convive en pareja, una proporción similar tiene hijos y una tercera parte ya había abortado antes. Difieren de las españolas en pertenecer en mayor proporción a grupos de edad más elevada, en el menor nivel de estudios, en la menor utilización de SPF y en la mayor proporción de mujeres que conviven en pareja, que tienen hijos y que se han sometido antes a IVE.

**EPIDEMIA POR VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO CONTRA LAS MUJERES EN ESPAÑA. EVOLUCIÓN TEMPORAL Y EDAD DE LAS VÍCTIMAS**

C. Vives-Cases<sup>1,2</sup>, M. Carrasco-Portoñó<sup>1</sup> y C. Álvarez-Dardet<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. Alicante. España. <sup>2</sup>Red Nacional de Investigación sobre Salud y Género. España. <sup>3</sup>Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS).

**Antecedentes/objetivos:** Se plantea este estudio con el objetivo de explorar la distribución temporal y por edad de las muertes y denuncias de mujeres por V.C.I. con la finalidad de ilustrar una aproximación a los resultados de las medidas desarrolladas en España en torno a este problema.

**Métodos:** Estudio epidemiológico descriptivo basado en los datos de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas, Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia y Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior (1998-2005). Cálculo de tasas de mortalidad y denuncias de V.C.I. por edad (< 21 años, de 21 a 50, > 50 años) y año. Razón entre casos –denuncias y muertes– dados en un mes determinado y mediana de los producidos en el mismo mes en los cinco años anteriores (índice epidémico).

**Resultados:** Desde finales de 2004 se observa una tendencia decreciente en las puntuaciones del índice epidémico de mortalidad y denuncias por V.C.I. Las mujeres de 21 a 50 son las que mayores tasas y puntuaciones del índice epidémico de mortalidad y denuncias presentan en el período de estudio, excepto en 2004, cuando las tasas de mortalidad en mujeres menores de 21 fueron las mayores, y en 2005, cuando se incrementan las tasas de denuncias en mayores de 50.

**Conclusiones:** En el último año 2005, la epidemia por V.C.I. parece remitir. El hecho de que se trata de un problema que afecta fundamentalmente a mujeres en edades fértiles y laboralmente activas muestra el carácter instrumental de la V.C.I. para retroalimentar una situación de subordinación femenina.

**Financiación:** Queremos expresar nuestro agradecimiento por el apoyo económico del ISC-III a la Red de Investigación sobre Salud y Género y el patrocinio del Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Consumo, que han hecho posible la realización de este estudio.

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LAS MUJERES**

B. Zorrilla<sup>1</sup>, C. Morant<sup>3</sup>, M.L. Lasheras<sup>2</sup>, M. Pires<sup>2</sup>, L. Seoane<sup>2</sup> y V. Ramírez de la Concha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Epidemiología. <sup>2</sup>Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. <sup>3</sup>Oficina de coordinación de Servicios de Salud Mental. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

**Antecedentes/objetivos:** La violencia de género tiene un profundo impacto sobre la salud de la mujer, tanto a corto como largo plazo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que la prevención de la violencia es una prioridad que exige un conocimiento exhaustivo de su magnitud. La disponibilidad de datos fiables sobre la violencia es necesaria para fundamentar las políticas sanitarias. En 1999, se inició en la Comunidad de Madrid un programa de prevención que desarrolla intervenciones a todos los niveles del Sistema Sanitario. Desde el inicio se puso de manifiesto la falta de sistemas de información que permitieran apoyar y evaluar las intervenciones. Se llevó a cabo una encuesta transversal cuyo objetivo es estimar la prevalencia de violencia de pareja contra la mujer y su asociación con factores socio-demográficos.

**Métodos:** La población objeto de estudio está formada por las mujeres de 18 a 70 años con una relación de pareja actual o en el último año o una expareja con la que se ha tenido contacto el último año. Se llevó a cabo una entrevista telefónica a través de un sistema CATI. El cuestionario consta de varios módulos: el cuestionario ENVEFF y la CTS-1 para la detección de los casos y las siguientes variables socio-demográficas: nivel de estudios completado el nivel de ingresos total en el hogar, la ocupación (de la mujer y de su pareja), la actividad principal y el tipo de relación con la pareja. Se incluían también el número de hijos, el cuidado de mayores y el país de origen. Para valorar la asociación de la violencia con las variables socio-demográficas se ajustó un modelo de regresión logística. La selección del modelo se realizó a través del test de la razón de verosimilitud.

**Resultados:** La tasa de respuesta fue del 73%. Cumplían los criterios de inclusión 2136 mujeres. Habían sufrido algún tipo de violencia (psicológica, física o sexual) 216, 10,1%(8,9-11,5); El 6,9% (5,8-8,0) refieren actitudes o conductas de abuso psicológico, y el 3,2% (2,52-4,07) habían sido víctimas de violencia física y/o sexual. Estar divorciada/separada (de marido o compañero), convivir con la pareja (no casadas), tener familiares a su cargo, estar en paro, ocupación III, IV o V (trabajadores manuales o no cualificados) está asociado a la violencia en el último año.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la importancia de un problema que afecta a un porcentaje alto de la población femenina y permite identificar colectivos susceptibles en los que deberían centrarse las campañas de prevención.

**SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LA POBLACIÓN DE ETNIA GITANA DEL BARRIO DEL CAMP DE LA BOTA DE BARCELONA (1985 – 2005)**

M. Casals, J.P. Millet, A. Orcau, P. García de Olalla, H. Pañella, T. Brugal, J.M. Jansà y J.A. Caylà

Agencia de Salut Pública de Barcelona.

**Antecedentes/objetivos:** En 1985 se detectaron varios casos de la tuberculosis (TB) en el Campo de la Bota, realizándose un cribaje que detectó 14 casos entre sus residentes.

**Objetivo:** Realizar un seguimiento a largo plazo de los habitantes de este barrio marginal eliminado en 1989 para estudiar la redistribución residencial después de 20 años, así como analizar la incidencia de TB, SIDA y drogadicción y estudiar la supervivencia.

**Métodos:** Fuentes de información: Censo del barrio efectuado en 1985 a raíz del estudio del brote de TB, los registros de casos de SIDA, TB, hepatitis C y drogodependencias de Barcelona, y padrones de Barcelona y de la Generalitat de Catalunya. Diseño, sujetos y período: Estudio de cohorte retrospectivo de los individuos en los que ha sido posible llevar a cabo algún seguimiento. Este se realizó desde 1985 hasta el 31/12/2005. Variables 1985: Nombre completo, sexo, fecha de nacimiento, número de barraca, presentación de TB, medida del diámetro en mm de la induración tuberculínica. Variables en el seguimiento: Área Básica Salud, presentación posterior de TB, SIDA y Hepatitis C, drogadicción (tipo droga), fecha censura, residencia actual, estado vital (fecha muerte en los fallecidos). Análisis: Se realizó un estudio descriptivo de los casos, se calcularon las incidencias de las enfermedades estudiadas y se calculó la probabilidad de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier que se compararon con el test de Log-rank ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** De los 349 residentes se ha podido efectuar algún tipo de seguimiento en 275, comprobándose que 220 (80%) siguen vivos, 14 (5,1%) han muerto y 45 (14,9%) han emigrado. En 1985 la mediana edad fue de 13 años, el 51,2% eran hombres y el 17,2% eran tuberculín positivos. El 4% tenían TB y la media de habitantes por barraca era de 4,46. En cuanto a la redistribución residencial se constató que el 12,7% emigraron a otras zonas de Barcelona, el 16,7% a Sta Coloma, 15,6% a Badalona y el 13,8% a Sant Adrià. En la evolución se constató que en los aún residentes en Barcelona-ciudad la incidencia de SIDA fue de 1,12 /100 personas-año de seguimiento (pas), la de toxicómanos fue de 1,88/100 pas y la de TB de 0,94 /100 pas. Las enfermedades indicativas de SIDA fueron TB en 4 casos (67%). En relación a la drogadicción se detectaron 13 heroínómanos, 7 cocainómanos y 6 ambos. En relación a la supervivencia, los menores de 20 años tenían mejor supervivencia ( $p = 0,016$ ).

**Conclusiones:** El seguimiento de esta población ha sido muy dificultoso, no obstante se evidencian elevadas incidencias de drogadicción, SIDA y TB por lo que estas poblaciones marginales deben ser siempre un objetivo prioritario para los servicios de salud pública. Financiación: RCESP. FIS exped: 06F52281.

**PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN POBLACIÓN RESIDENTE EN INSTITUCIONES PARA MAYORES DE MADRID**

J. Damián y R. Pastor-Barriuso

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

**Antecedentes/objetivos:** La depresión constituye uno de los principales problemas de salud de las personas mayores, particularmente en población institucionalizada. El objetivo de este trabajo es medir la prevalencia de sintomatología depresiva y sus determinantes en una población de mayores que vive en residencias.

**Métodos:** Los datos proceden de un estudio epidemiológico transversal realizado sobre una muestra probabilística de población que vive en residencias de mayores en Madrid. El muestreo fue estratificado por conglomerados (residencias públicas—concentradas vs privadas) con probabilidad proporcional a su tamaño. Los síntomas de depresión se midieron mediante una versión de 10 preguntas de la Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage (rango, 0-10 puntos), considerándose sujetos con síntomas depresivos aquellos con 4 o más puntos. Asimismo, el diagnóstico de depresión se determinó mediante entrevista con el médico de la residencia. Se estimó como probable infra-diagnóstico la proporción de casos con síntomas entre los que no tuvieron depresión según el médico. La prevalencia de infra-tratamiento se calculó como la proporción de casos con síntomas entre los que tuvieron depresión. A partir de un modelo de regresión logística con la GDS como variable respuesta dicotómica, se determinó el efecto independiente de la edad, sexo, estudios, tipo de residencia, dependencia funcional (índice de Barthel), número de trastornos crónicos, salud autovalorada y estado cognitivo (cuestionario de Pfeiffer). Todos los análisis se realizaron teniendo en cuenta el muestreo complejo del estudio. Se presentan odds ratios ajustados e intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** Entre las 630 personas que completaron la GDS (84% del total), la prevalencia de síntomas depresivos fue del 31% (27-36%). La prevalencia de depresión declarada por el médico fue del 22% (17-26%). Las proporciones de probable infra-diagnóstico e infra-tratamiento fueron del 66 y 50%, respectivamente. No se encontraron asociaciones relevantes de la sintomatología depresiva con la edad, sexo, estudios, tipo de residencia, ni dependencia funcional. El riesgo de una peor sintomatología depresiva fue 5,20 (3,02-8,99) veces mayor en los sujetos con mala autovaloración de la salud respecto a aquellos con buena, 1,68 (0,95-2,96) veces superior en aquellos con deterioro cognitivo respecto a aquellos con cognición normal y 1,16 (1,04-1,30) veces peor por cada incremento de 1 trastorno crónico.

**Conclusiones:** La prevalencia de síntomas depresivos es similar a la observada en otra poblaciones comparables. Hay indicios de infra-diagnóstico e infra-tratamiento. La salud autovalorada está fuertemente asociada con los síntomas depresivos.

Trabajo financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (96/0201)



## COMUNICACIONES ORALES

Miércoles, 4 de octubre de 2006  
15:30 a 17:30

### Enfermedades cardiovasculares

*Moderadora: Susana Sans Menéndez*  
Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Cataluña

#### LA INFLUENCIA PREDOMINANTE DEL COLESTEROL HDL EN LA INCIDENCIA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN ESPAÑA

M. Grau, I. Subirana, R. Elosua, M. Fitó, M.I. Covas, M. Sentí, J. Marrugat, investigadores VERIFICA y REGICOR

Unitat de Lípids i Epidemiologia Cardiovascular, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona.

**Antecedentes/objetivos:** En los países del sur de Europa se viene observando una baja incidencia y mortalidad por enfermedad coronaria (IAM) concurrente con una alta prevalencia de factores de riesgo coronario. Los factores protectores frente a la enfermedad coronaria, como el colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (HDL), podrían ser determinantes de esta situación. El objetivo de este trabajo fue determinar el papel del perfil lipídico básico en el desarrollo de un acontecimiento coronario.

**Métodos:** Estudio de una cohorte de 5.732 sujetos sanos de entre 35 y 74 años con seguimiento a cinco años. La población a estudio contenía representación de las zonas más pobladas de España. Los acontecimientos considerados fueron IAM fatal, IAM no fatal y angina. Se consideraron los valores basales del perfil lipídico (colesterol total y HDL), antecedentes de diabetes, dislipemia e hipertensión, tratamiento hipolipemiente y antihipertensivo y hábito tabáquico.

**Resultados:** Los 180 individuos que durante el seguimiento presentaron un acontecimiento coronario eran significativamente mayores (62 vs 56 años) y más frecuentemente diabéticos (30,0% vs 16,0%) e hipertensos (64,8% vs 44,2%) que el resto. Los niveles de colesterol HDL fueron más elevados en los individuos sin acontecimientos coronarios en el seguimiento (46,9 vs 53,9 mg/dl;  $p < 0,001$ ). Por el contrario, no aparecieron diferencias significativas respecto al colesterol total (233,3 vs 231,8 mg/dl). La incidencia acontecimientos coronarios entre individuos con niveles de HDL por debajo de lo recomendado ( $< 40$  mg/dl en hombres y  $< 46$  mg/dl en mujeres) era mayor que la observada para el resto: 5,7% vs 3,6%;  $p < 0,05$  en hombres y 4,3% vs 1,6%;  $p < 0,001$  en mujeres. El *hazard ratio* (HR) de un acontecimiento coronario se ajustó por los potenciales confusores: edad, colesterol total, diabetes, tabaquismo y tratamiento hipolipemiente para hombres, y además tensión arterial sistólica y antecedentes de hipertensión en las mujeres. El colesterol HDL fue el único determinante lipídico independiente, en ambos sexos, de ocurrencia de un acontecimiento coronario durante los 5 años de seguimiento: 0,98 (95%IC [0,96; 0,99]) en hombres y 0,96 (95% [0,93; 0,98]) en mujeres. Los HR para el colesterol total no fueron significativos 1,00 (95%IC [1,00; 1,01]) y 1,00 (95% [0,99; 1,01]) en hombres y mujeres, respectivamente.

**Conclusiones:** El colesterol HDL se asocia con el desarrollo de acontecimientos coronarios en España, sin embargo el colesterol total no es un factor predictor.

#### TENDENCIAS EN LA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL NORDESTE DE ESPAÑA

M. Grau, I. Subirana, R. Elosua, P. Solanas, R. Ramos, R. Masiá, F. Cerdán, J. Sala, J. Marrugat et al

Unitat de Lípids i Epidemiologia Cardiovascular, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona. Servei de Cardiologia i Unitat Coronària, Hospital de Girona Josep Trueta, Girona. Unitat Docent de Medicina de Família de Girona. Institut Català de la Salut.

**Antecedentes/objetivos:** En España se ha venido observando una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRC) junto con una baja incidencia de infarto agudo de miocardio. El conocimiento las tendencias en la prevalencia de los FRC podría ayudar a mejorar la comprensión del fenómeno y al diseño de estrategias de prevención apropiadas. El objetivo del presente estudio fue determinar las tendencias en la prevalencia de FRC en un área del nordeste de España entre los años 1995 y 2005.

**Métodos:** Se compararon tres estudios transversales realizados en los años 1995, 2000 y 2005 en tres muestras aleatorias independientes de población entre 35 y 74 años de Girona. Se midió el índice de masa corporal, perfil lipídico, tensión arterial sistólica y diastólica y glicemia mediante procedimientos estándar. Se calculó la prevalencia de diabetes, hipertensión, obesidad y síndrome metabólico. Además se recogió el gasto calórico en actividad física (mediante el cuestionario validado de actividad física en el tiempo libre de Minnesota), tabaquismo, riesgo cardiovascular, tratamiento hipolipemiente y antihipertensivo.

**Resultados:** Se incluyeron 7.580 individuos (52,2% mujeres), la tasa de respuesta fue  $> 70\%$  en los tres estudios. Los FRC más prevalentes fueron los niveles de colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad (LDL)  $> 130$  mg/dl (50,8%) y la hipertensión (44,8%). El colesterol total (228-222-211 mg/dl, p-tendencias  $< 0,001$ ) y LDL (156-151-138 mg/dl, p-tendencias  $< 0,001$ ) experimentaron un gran descenso especialmente en hombres. Se observó un aumento en la prevalencia de obesidad (17,5% a 23,0%, p-tendencias = 0,014) e hipertensión tratada y controlada (23,0%-47,5%, p-tendencias  $< 0,001$ ). Los niveles de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad, la prevalencia de diabetes y síndrome metabólico y el riesgo coronario fueron similares en los tres estudios.

**Conclusiones:** La tendencia en la prevalencia de FRC en Girona se ha caracterizado por un desplazamiento hacia la izquierda de las curvas de distribución poblacional de colesterol total y LDL junto con un aumento en el consumo de fármacos hipolipemiantes y antihipertensivos. Sin embargo, la mediana de riesgo coronario en la población apenas se ha modificado a lo largo de la década.

#### INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN TRES COMUNIDADES AUTÓNOMAS. ESTUDIO DE LAS REDES CENTINELAS SANITARIAS (RECENT)

T. Vega Alonso<sup>1</sup>, O. Zurriaga Llorens<sup>2</sup>, J.M. Mauro Ramos Aceiteiro<sup>3</sup>, M. Gil Costa<sup>1</sup>, A. López Maside<sup>2</sup>, P. Vaca Macho<sup>3</sup> en representación del equipo de investigación de RECENT

<sup>1</sup>Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. <sup>2</sup>Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana <sup>3</sup>Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

**Antecedentes/objetivos:** La enfermedad cerebrovascular, a pesar de las medidas de prevención y control instauradas en los últimos años, presenta todavía unas altas tasas de incidencia con la consiguiente repercusión sanitaria, económica y social. El objeto de este trabajo es estimar la incidencia de los accidentes cerebrovasculares (ACV) y describir las características clínicas y epidemiológicas que presentan.

**Métodos:** Las redes centinelas sanitarias de Castilla y León, Comunitat Valenciana y Extremadura recogieron en 2005 los episodios agudos de enfermedad cerebrovascular, incluidas las insuficiencias cerebrales transitorias (ICT). Los médicos participantes recogían semanalmente, en un formulario estándar, las características del paciente (edad y sexo) y del episodio (duración, síntomas, posible origen isquémico o hemorrágico, atención médica, factores de riesgo etc.). La población de referencia cubierta por la red fue de 201.025 personas mayores de 14 años. Se ha estimado la incidencia y se ha ajustado por edad.

**Resultados:** Se recogieron un total de 493 episodios de enfermedad cerebrovascular, lo que supuso una tasa estimada de 245,2 casos por 100.000 habitantes mayores de 14 años (IC95%: 229,0-261,5). Los varones presentaron una incidencia ligeramente superior a las mujeres, 259,3 y 231,5 respectivamente. Se observa asimismo un importante gradiente ascendente por grupo de edad: 40,4 de 15 a 64 años; 489,6 de 65 a 74 y 1144,6 en los mayores de 74 años. Las estimaciones crudas de incidencia para Extremadura y la Comunitat Valenciana son muy similares, 210,3 y 213,7 respectivamente, mientras que Castilla y León presenta una incidencia de 289,4 casos por 100.000. Ajustando por edad, las más bajas son Castilla y León 231,8 y Extremadura con 236,3, y la tasa más alta la de la Comunitat Valenciana con 286,5. El 43% fueron ICT y el 57% restante ACV de más de 24 horas. Solamente el 57,7% permanecen en el hospital después de 24 horas, el resto o han fallecido (6,7%) o están en el domicilio (34,6%).

**Conclusiones:** Se observan diferencias por comunidades autónomas en la estimación de incidencia que varían al ajustar por edad. No existen diferencias por sexo pero se aprecia un incremento exponencial de la incidencia a medida que la edad aumenta.

**MORTALIDAD CARDIOVASCULAR ATRIBUIBLE A LA PRESIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA EN MAYORES DE 49 AÑOS**

M. Clemencia Zuluaga, A. Graciani, L.M. León, J.R. Banegas y F. Rodríguez

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Madrid.

**Antecedentes/objetivos:** Estimar la mortalidad cardiovascular (cerebrovascular, cardiopatía isquémica y otras cardiovasculares) atribuible a la presión arterial, en la población española de 50-89 años de edad**Métodos:** Para realizar el cálculo de los riesgos y de las muertes atribuibles a la presión arterial se requiere información sobre riesgos relativos de muerte, prevalencias de la presión arterial y el número de muertes ocurridas. Los datos sobre riesgos relativos se extrajeron del *Prospective Studies Collaboration*, un metaanálisis de 61 estudios observacionales prospectivos de presión arterial y mortalidad, realizados desde los años 1960's con datos de un millón de sujetos (con información de países europeos, 30 mil del sur de Europa) sin antecedente previo de enfermedad vascular. Las prevalencias de la presión arterial en sus cinco categorías (según la *European Society of Hipertensión 2003*), se tomaron de los únicos estudios transversales con información representativa de la población española no institucionalizada, el primero realizado en 1990 con sujetos de 30-64 años y el segundo en el 2000 de 60 y más años de edad, en los cuales se tomaron medidas de la presión arterial en 3 ocasiones. El número de muertes de cada enfermedad cardiovascular y el conjunto de ellas en la población española provienen de los datos más recientes, correspondientes al año 2004, del Instituto Nacional de Estadística (INE). El cálculo del riesgo atribuible poblacional y el número de muertes se realizó con fórmulas convencionales de riesgos atribuibles, según las diferentes categorías de presión arterial, por cada década de edad y causa de enfermedad.**Resultados:** En total se estimaron 44.370 muertes cardiovasculares anuales relacionadas con la presión arterial, de las cuales el 35,15 % son de etiología coronaria y el 39 % corresponden a enfermedad cerebrovascular. El 53 % de las muertes por enfermedad cerebrovascular, el 48 % por cardiopatía isquémica, el 43 % por otras causas cardiovasculares y el 48 % del total de las muertes cardiovasculares son atribuibles a la hipertensión (HTA) ( $\geq 140/90$  mmHg), con mayor contribución a la carga de mortalidad de las categorías de HTA 1 (20%), HTA 2 (19,5%) seguida de HTA 3 (8,3%). El conjunto de las categorías presión normal y normal-alta (120-139 mmHg) representan un 6% del total de muertes cardiovasculares**Conclusiones:** Una de cada 2 muertes totales cardiovasculares son atribuibles a la presión arterial (56% de las muertes por enfermedad cerebrovascular y 54 % de las muertes por cardiopatía isquémica). Nueve de cada 10 del total de muertes atribuibles a la presión arterial son debidas a la HTA

Ayuda educativa AstraZeneca Farmacéutica España S.A. y del ISCIII (RETIC G03/065). Las agencias financiadoras no intervinieron en el diseño del estudio, análisis, interpretación de datos ni escritura del abstract.

**LA DIETA MEDITERRÁNEA COMO FACTOR PROTECTOR DEL DAÑO OXIDATIVO. UN ENSAYO ALEATORIZADO Y CONTROLADO**

M. Guxens, M. Fitó, G. Sáez, R.M. Lamuela-Raventós, R. de la Torre, M.I. Covas y R. Estruch en nombre de los investigadores del PRE-DIMED

Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona; UD Medicina Preventiva i Salut Pública IMAS-UPF-ASPB; Hospital Clinic, IDIBAPS, Barcelona; Facultat de Farmàcia, Universitat de Barcelona; Facultat de Medicina, Universidad de Valencia.

**Antecedentes/objetivos:** Uno de los mecanismos por el que la Dieta Mediterránea Tradicional (DMT) puede ejercer un efecto protector frente a la enfermedad coronaria (EC) es su elevado contenido en antioxidantes. La LDL oxidada tiene un papel clave en el desarrollo de la aterosclerosis. El objetivo de este estudio es determinar el efecto de tres dietas saludables en el cambio *in vivo* del daño oxidativo lipídico y de las defensas antioxidantes.**Métodos:** Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, controlado y multicéntrico en el que se seleccionaron 352 pacientes con elevado riesgo cardiovascular, entre 55 y 80 años, de 4 comunidades autonómicas españolas, reclutados en el marco de un ensayo diseñado para testar la eficacia de la DMT en la prevención primaria de la EC (Estudio PRE-DIMED). Los participantes fueron aleatorizados en tres grupos de intervención: DMT más aceite de oliva virgen (DMT+AOV) (1 litro/semana para toda la familia, n = 123); DMT más frutos secos (DMT+FS) (dosis individual de 30 g/día, n = 128); y dieta pobre en grasa (n = 101) durante tres meses. Las dietas eran *ad libitum*. Se recogieron los factores de riesgo cardiovascular clásicos y se determinaron las concentraciones plasmáticas de LDL oxidada, alfa-linolénico, la actividad de la glutatión peroxidasa, el malonaldehído en células mononucleadas y los niveles urinarios de tirosol y hidroxitirosol.**Resultados:** Después de tres meses de intervención, la adherencia a la dieta mediterránea aumentó significativamente en ambos grupos de DMT. Los niveles de tirosol e hidroxitirosol aumentaron significativamente en el grupo de DMT+AOV, así como los niveles de alfa-linolénico en el grupo de DMT+FS. Los niveles de presión sistólica y diastólica y el ratio ApoB/A1 disminuyeron significativamente en ambos grupos de DMT. Los individuos que estaban en el tercil superior de la LDL oxidada presentaban un peor perfil lipídico. Se observó un descenso significativo de los niveles de LDL oxidada y de malonaldehído en ambos grupos de DMT, siendo este cambio de los niveles de LDL oxidada del grupo de DMT+AOV estadísticamente significativo respecto al del grupo de dieta pobre en grasa.**Conclusiones:** En comparación con los individuos a los que se les asignó la dieta pobre en grasa, los individuos de elevado riesgo de EC de la población mediterránea que mejoraron su dieta hacia un patrón de DMT, tuvieron una reducción significativa *in vivo* de los lípidos y de la oxidación lipídica.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (Red G03/140)

**VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR AL EVALUAR LA AFECTACIÓN RETINIANA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**M. Martín-Baranera<sup>1</sup>, F. Sanz<sup>2</sup> y el grupo de estudio del IPR<sup>1-6</sup><sup>1</sup>Hospital General de L'Hospitalet, Centre Sociosanitari de L'Hospitalet, Consorci Sanitari Integral; <sup>2</sup>ABS La Florida; <sup>3</sup>HU Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona); <sup>4</sup>Hospital de Palamós (Girona); <sup>5</sup>IMIM; <sup>6</sup>Hospital de l'Esperança, IMAS, Barcelona.**Antecedentes/objetivos:** Validar el Índice de Proximidad Relativa (IPR) como instrumento de evaluación de opiniones médicas en un contexto clínico carente de patrón de referencia.**Métodos:** En 100 fotografías de fondo de ojo de pacientes con hipertensión arterial (HTA), seleccionadas previamente por dos oftalmólogos externos aplicando los criterios de inclusión/exclusión del estudio (calidad de imagen, retinopatía hipertensiva pero no diabética), 14 médicos, de especialidades y niveles de experiencia distintos, evaluaron de forma independiente la presencia de 14 signos mediante una escala ordinal (0, ++, +++) e indicaron el grado de retinopatía según la clasificación de Keith-Wagener-Barker (KWB). Se estimó la concordancia entre cada par de expertos a partir del índice Kappa ponderado. Mediante la generación informática de observadores con distintos niveles de aleatoriedad, se introdujo una referencia externa, definiéndose el IPR de cada experto con relación al azar. Mediante bootstrap, se construyó el intervalo de confianza al 95% (IC95%) del IPR. Se estudió de la reproducibilidad de los resultados mediante simulación repetida de los observadores aleatorios.**Resultados:** El acuerdo entre pares de expertos fue muy heterogéneo. Para la clasificación de KWB, Kappa ponderado varió entre 0,708 (error estándar(EE) = 0,069) y 0,138 (EE = 0,048). Al considerar simultáneamente los 14 signos, los valores de Kappa disminuyeron, siendo los pares de oftalmólogos los que obtuvieron índices más elevados, alrededor de 0,47. Aunque para todos los médicos el IPR fue distinto de 1 (valor correspondiente a un diagnóstico aleatorio), hubo diferencias estadísticamente significativas entre observadores según la especialidad médica y la experiencia, siendo el IPR más favorable igual a 0,5351 (IC95%: 0,5023-0,5680) y el más desfavorable igual a 0,8586 (IC95%: 0,8284-0,8887). La simulación repetida de observadores aleatorios no modificó los resultados en la comparación del IPR entre médicos.**Conclusiones:** 1. El IPR es válido como instrumento de evaluación de opiniones médicas que corrige el efecto del azar; considera la existencia de acuerdos parciales; mide globalmente el acuerdo interobservador en la dimensión de k posibilidades diagnósticas o terapéuticas; compara decisiones médicas y es aplicable en ausencia de patrón de referencia. 2. La interpretación de los signos retinianos de HTA está sujeta a un alto grado de variabilidad, siendo aconsejable replantear su aplicación en la asistencia y en la investigación clínica.

Financiación: FIS PI02/1538

**FACTORES DE RIESGO Y MORBILIDAD CORONARIA EN UNA POBLACIÓN ANCIANA SEGUIDA DURANTE 37 AÑOS**T. Puig<sup>a</sup>, L. Tomas Abadal<sup>b</sup>, I. Perez<sup>c</sup>, E. Bernades<sup>c</sup>, A. Corominas<sup>d</sup>, C. Varas<sup>e</sup> e I. Balaguer Vintró<sup>b</sup><sup>a</sup>Servicio de Epidemiología. Hospital de Sant Pau. <sup>b</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Sant Pau. <sup>c</sup>Institut de Recerca. Hospital de Sant Pau. <sup>d</sup>Servicio de Bioquímica. Hospital Germans Trias i Pujol.**Antecedentes/Objetivos:** Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de morbi-mortalidad; sin embargo, existen pocos datos epidemiológicos actuales sobre la evolución de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) a largo plazo en poblaciones de edad avanzada. Objetivos: conocer la morbilidad coronaria, la evolución de los principales FRCV y la prevalencia de FRCV en una población actualmente anciana que ha sido seguida durante 37 años.**Materia y Métodos:** Los supervivientes de la cohorte de 1.059 varones iniciada en el 1968 fueron invitados a participar en el examen de seguimiento a los 37 años del inicio. Mediante cuestionario normalizado, examen físico, ECG y analítica se ha recogido información sobre el estado actual de salud, prevalencia de FRCV y de enfermedad cardiovascular; así como de estilo de vida. Esta información se ha comparado con la obtenida en los exámenes de seguimiento anteriores. Las tasas de prevalencia de los FRCV se calcularon para cada uno de los exámenes de salud y se estandarizaron por edad con el método directo. Asimismo se calcularon las tasas estandarizadas por edad de incidencia de eventos coronarios durante el seguimiento.**Resultados:** Han participado 173 hombres con una media de edad de 73 años (SD = 5,9). Actualmente el 11,5% son fumadores, el 53,2% hipertensos, el 24,9% diabéticos; el 17% obesos; y el 10,4% hipercolesterolémicos. El 96,5% de los participantes realizan algún tipo de actividad física diaria de intensidad de moderada a intensa. Han sufrido crisis de angor y de IAM durante el tiempo de seguimiento, el 4% y 2,9% de los entrevistados respectivamente. Los supervivientes que acudieron al examen actual ya tenían un perfil de riesgo coronario más favorable en el examen inicial realizado en 1968, especialmente en tabaquismo e hipercolesterolemia. Si se comparan las tasas de morbilidad ajustadas por edad (por 10<sup>5</sup>) de los sujetos que llegaron al 37 aniversario con los que no, se observa una tasa inferior tanto de IAM (661,16 vs 4436,98) como de Angor (2992,91 vs 3055,12). Actualmente, la mayoría de participantes presentan un estado de salud subjetivo muy satisfactorio.**Conclusiones:** Los supervivientes de la cohorte que han acudido al último examen de seguimiento presentan un perfil de riesgo cardiovascular saludable. El 95% de esta población anciana, con un estado subjetivo de salud satisfactorio en su mayoría, realizan niveles de ejercicio físico de intensidad moderada o intensa. Análisis adicionales pueden dilucidar el papel del ejercicio físico en el estado de salud de esta población anciana.

**TENDENCIAS TEMPORALES Y DE GÉNERO EN LA PREVALENCIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**S. Sans, G. Paluzie<sup>2</sup>, L. Balañá e I. Balaguer Vintró*Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona. <sup>2</sup>Consorci Sanitari del Maresme, Calella.*

**Antecedentes/objetivos:** La información sobre la prevalencia de cardiopatía isquémica (CI) no es abundante a pesar de la carga de esta enfermedad en los servicios asistenciales. Aunque la mortalidad por CI en España ha empezado a descender en años recientes, las hospitalizaciones y las tasas de ataque de infarto agudo de miocardio han mostrado una tendencia al aumento.

El objetivo de este estudio es analizar las tendencias temporales de la prevalencia de la CI, en particular, de la angina de esfuerzo entre 1986 y 1996.

**Métodos:** La población de estudio está constituida por una zona geográfica de más de un millón de habitantes del Norte de España. Los datos proceden de dos encuestas-exámenes de salud realizados en 1986-88 y 1994-96, en muestras aleatorias representativas e independientes de los residentes de la zona, de edades entre 35 y 64 años ( $n_1 = 2.571$  y  $n_2 = 3.485$ , tasas de respuesta 74 y 72%). Se siguieron los métodos internacionales de la OMS para el estudio de enfermedades cardiovasculares en ambas encuestas. Se aplicó el cuestionario estandarizado de angina de Rose y se realizó un electrocardiograma de reposo. La angina se definió como la presencia de dolor precordial desencadenado por el esfuerzo, según el algoritmo diagnóstico de la OMS. Todos los electrocardiogramas se codificaron independientemente por dos observadores entrenados, empleando el código de Minnesota (infarto antiguo códigos 1.1. y 1.2, isquemia: códigos 1.3, 4.1-3 and 5.1-5.3 or 7.1). Las discrepancias entre observadores, se dirimieron por un tercero.

Se utilizó la prueba de Pearson  $X^2$  para la comparación de proporciones y la regresión logística. El análisis estadístico se realizó con SPSS-9.

**Resultados:** La prevalencia de angina, según el cuestionario de Rose, se mantuvo estable durante el período estudiado de diez años. No se observaron diferencias de género. (hombres 2,7% (1,7-3,7) y 2,5% (1,7-3,3); mujeres 3,5% (2,3-4,6) y 2,4% (1,5-3,2). Tampoco se observaron tendencias temporales ni de género significativas en la prevalencia de ondas Q mayores indicativas de infarto antiguo de miocardio. Sin embargo, se observó un aumento claramente significativo de los signos isquémicos electrocardiográficos (segmento ST y onda T) en las mujeres (OR 1,78, 1,10-3,4) especialmente en las mayores de 45 años, pero no así en los hombres (prevalencia = 6,5%).

**Conclusiones:** Las manifestaciones crónicas de la CI, especialmente las formas sintomáticas como la angina de esfuerzo, se mantuvieron constantes e igualmente prevalentes en ambos sexos durante un período de diez años. Sin embargo, los signos objetivos de isquemia del miocardio, casi se doblaron en las mujeres. Estos hallazgos añaden nueva evidencia a la necesidad de intensificar la atención sanitaria cardiovascular en las mujeres de nuestro país.

*Financiación: Institut d'Estudis de la Salut*

**COMUNICACIONES ORALES**

Miércoles, 4 de octubre de 2006  
15:30 a 17:30

**Cáncer**

*Moderadora: Carmen Martínez García  
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada*

**SUPERVIVENCIA DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN NAVARRA. VARIACIONES RELACIONADAS CON LA EDAD**C. Moreno-Iribas<sup>1</sup>, E. Ardanaz<sup>1</sup>, N. Egües<sup>1</sup>, M.E. Perez de Rada<sup>1</sup> y C. Ezponda<sup>1</sup>*Instituto de Salud Pública de Navarra.*

**Antecedentes/objetivos:** La diferencias de supervivencia de las pacientes con cáncer de mama puede ser debidas a la disponibilidad de mejores tratamientos, a que los tratamientos consiguen mejores resultados porque la enfermedad se diagnostica en una fase más precoz, o a un diagnóstico más precoz pero sin ninguna ventaja para el paciente (lead-time bias). El objetivo de este trabajo es estimar las diferencias de supervivencia de las pacientes con cáncer de mama en función de la edad en las pacientes del registro poblacional de cáncer de mama en Navarra cuando el programa poblacional de screening de Navarra llevaba en marcha 5 años.

**Métodos:** Se identificaron 1.301 mujeres diagnosticadas entre 1995-1999 determinándose su estado vital a los 5 años del diagnóstico mediante seguimiento activo. No se incluyeron en el análisis los tumores conocidos solo por certificado de defunción y los descubiertos accidentalmente por necropsia porque se ignora su fecha de diagnóstico y la duración de la supervivencia es desconocida (0,28% entre las menores de 75 y 6,5% en el grupo de 75 años y más). Como medida de la supervivencia se calculó la tasa de supervivencia absoluta y relativa por el método de Hakulinen definida como el 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 y sexo.

**Resultados:** Las tasas de supervivencia relativa a los 5 años (TSR) más altas se observaron en el grupo de 45-54 años y 55-64 años (91,0% y 90,1% respectivamente); y a muy pequeña distancia las mujeres de menos de 45 años que presentaron una TSR del 87,5%. Las peores TSR se observaron en las mayores de 75 años (76%) y el grupo de 65-74 años (81,0%).

**Conclusiones:** La supervivencia fue más baja (un 12%) entre las mujeres mayores de 75 años respecto a las de menos de 75 años con un patrón que se asemeja a lo descrito en países europeos como Suecia. En los Estados Unidos las TSR se encuentran entre 85-90% en todos los grupos de edad no siendo las diferencias por edad tan marcadas como en Navarra. Los estudios comparativos entre Europa y aquel país indican además que en los Estados Unidos los diagnósticos en estadios avanzados son menos frecuentes entre las mujeres más mayores por lo que recomiendan invertir más recursos en Europa para lograr un diagnóstico más precoz del cáncer en este grupo de edad. Otro estudio realizado recientemente en Suecia concluye que las mujeres más ancianas reciben tratamientos menos agresivos que no se explicarían por la comorbilidad.



**MORTALIDAD MUNICIPAL POR CÁNCER DE TIROIDES EN ESPAÑA**

V. Lope, M. Pollán, B. Pérez-Gómez, N. Aragonés, R. Ramis, D. Gómez-Barroso, S. Rodríguez, J.M. Carrasco y G. López-Abente

Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

**Antecedentes/objetivos:** El cáncer de tiroides (CT) es un tumor con una baja pero creciente incidencia en España. La radiación ionizante es el único factor de riesgo fehacientemente establecido. El objetivo de este estudio es mostrar la distribución municipal de la mortalidad por dicho tumor usando técnicas espaciales de análisis de áreas pequeñas, y orientar los estudios sobre posibles factores etiológicos.

**Métodos:** Como fuente de casos se utilizaron los registros de defunciones para el período 1989-1998 por municipios proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística. Las poblaciones se han obtenido del censo de 1991 y del padrón 1996. Se han calculado los riesgos relativos suavizados (RRs) de los 8077 municipios españoles utilizando el modelo de Besag, York y Mollie. Los modelos se ajustaron mediante métodos bayesianos de simulación Markov chain Monte Carlo. Se han representado en mapas municipales las razones de mortalidad estandarizadas, RRs y la distribución de la probabilidad posterior de que los RRs > 1.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se han registrado 2538 defunciones por CT en 1041 municipios españoles. Los que presentan una mayor mortalidad (RRs > = 1,5) se concentran en el área noroccidental del país (Lugo, zona oriental de A Coruña y zona occidental de Ourense y Asturias) y en las Islas Canarias (La Palma, Fuerteventura, Gomera y algunos municipios de Tenerife y Gran Canaria).

**Conclusiones:** El patrón de mortalidad observado coincide con zonas declaradas con bocio endémico en España. La mayor frecuencia en estas zonas de carcinomas indiferenciados, más agresivos, podría verse reflejada en las cifras de mortalidad. Otros factores de origen genético o ambiental hasta ahora desconocidos podrían asimismo jugar un papel en la etiología de este tumor. Los estudios geográficos de áreas pequeñas pueden ser instrumentos eficaces para detectar zonas de riesgo que a menor escala podrían estar enmascaradas.

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III; Beca: 03/0007 (Proyecto ISCIII:1122/03); Proyecto ISCIII:1176/02, con apoyo de la Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública RCESP-FIS C03/09.

**CARGA DE ENFERMEDAD POR CÁNCER EN ESPAÑA EN EL AÑO 2000**

N. Fernández de Larrea<sup>1</sup>, E. Álvarez<sup>2</sup>, C. Morant<sup>3</sup>, R. Gènova<sup>4</sup>, B. Pérez<sup>5</sup> y G. López-Abente<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Documentación Clínica, Hospital La Paz. <sup>2</sup>Universidad Rey Juan Carlos. <sup>3</sup>Oficina Regional de Salud Mental, Comunidad de Madrid. <sup>4</sup>Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Comunidad de Madrid. <sup>5</sup>Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

**Antecedentes/objetivos:** Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) son un indicador sintético de salud: representan el número de años de vida saludable que se pierden por una determinada causa. El aumento de la supervivencia de los enfermos en muchas de las enfermedades neoplásicas resalta la importancia de tener en cuenta la discapacidad que conllevan, además de la mortalidad. El estudio de Carga Global de Enfermedad (CGE) de la OMS estima que en 2000, en la región EURO-A, el cáncer fue la tercera causa más frecuente de AVAD. El objetivo de este estudio es estimar los AVAD por cáncer en España en el año 2000.

**Métodos:** Los AVAD son la suma de los Años de Vida Perdidos por muerte prematura (AVP) y los Años de Vida perdidos por Discapacidad (AVD). La estimación de ambos parámetros se ha realizado según la metodología de la OMS.

Fuentes de información: para el cálculo de AVP: Registro de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) y tabla modelo nivel 26 modificado de Princeton; para los AVD: población del INE, datos de incidencia de los registros de tumores de España incluidos en el proyecto EUCAN, datos de supervivencia en España del estudio EURO-CARE-3 y pesos de discapacidad calculados en Holanda y Australia. La incidencia de los diferentes tumores para el año 2000 se han estimado ajustando modelos lineales generalizados mixtos basados en la relación incidencia-mortalidad y las duraciones ajustando los datos de supervivencia a una distribución de Weibull. Se han aplicado valoraciones sociales: tasa descuento (3%) y ponderación por edad ( $K = 1$ ). Cálculos con software Gesmor y Dismod II.

**Resultados:** La población residente en España en el año 2000 perdió 828.334 AVAD por cáncer (2101,4 AVAD/100000 hab.). La neoplasia responsable del mayor número de AVAD es la de pulmón (20% del total de AVAD), seguida de la de colon y recto (12%) y la de mama (9%). En todos los cánceres pesa más el componente de mortalidad (AVP) que el de discapacidad (AVD); en el conjunto de todos los tumores los AVD representan el 16% de los AVAD (máx: 45% tiroides y 31% vejiga – mín: 4% páncreas e hígado).

**Conclusiones:** El cáncer genera una importante Carga de Enfermedad en la población española, como se refleja también en el estudio de la CGE en España (segunda causa de AVAD). Las neoplasias con mayor incidencia y mortalidad son también las de mayor número de AVAD. En conjunto es una causa de enfermedad claramente más mortal que discapacitante, pero hay diferencias significativas según la localización tumoral.

**INTERVALO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO EN SEIS TIPOS DE CÁNCER EN CATALUNYA**

G. Pérez<sup>1</sup>, C. Borrell<sup>1</sup>, E. Fernández<sup>2</sup>, X. Bonfill<sup>3</sup>, I. Bolívar<sup>3</sup>, M. Casamitjana<sup>4</sup>, M. Gallen<sup>4</sup> y M. Porta<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Agencia de Salut Pública de Barcelona. <sup>2</sup>Institut Càtala d'Oncologia, Barcelona. <sup>3</sup>Hospital de Sant Pau, Barcelona. <sup>4</sup>Hospital del Mar, Barcelona. <sup>5</sup>Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona.

**Antecedentes y objetivos:** El retraso en el tratamiento del cáncer se relaciona con características de la enfermedad y con la provisión de servicios sanitarios. El objetivo fue medir el intervalo entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento (IDT) y los factores relacionados en seis localizaciones de cáncer en Catalunya.

**Métodos:** Diseño transversal con recogida de datos retrospectiva en 22 hospitales de la Red de Hospitales de Utilización Pública de Catalunya. La muestra de conveniencia fue 1000 casos de cáncer: 200 de pulmón, 250 de colo-rectal, 100 de próstata, 250 de mama, 100 de vejiga y 100 de cuerpo uterino. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de cáncer y que ingresaron en los hospitales seleccionados entre Enero de 2001 y Junio de 2002. La información se obtuvo de los registros hospitalarios y las historias clínicas. La variable dependiente fue el IDT que se dicotomizó en > 30 días y < = 30 días. Las independientes fueron: edad, sexo, estadio, nivel hospitalario, forma de admisión al hospital y tipo de médico visitado antes del ingreso. La asociación bivarida y multivarida entre el IDT y las variables independientes se analizó ajustando modelos de regresión logística.

**Resultados:** La mediana del IDT fue de 39 días en el cáncer de pulmón, de 25 días en el colo-rectal, de 107,5 días en el de próstata, de 69 días en el de vejiga urinaria, de 35 días en el de mama y de 40 días en el cuerpo uterino. En próstata y vejiga urinaria el 79% de los pacientes tenían un IDT > 30 días mientras que en el colo-rectal fue 42%. El estadio disseminado se asoció a un IDT < = 30 días en todos los cánceres. Una vez ajustado por estadio, los pacientes con cáncer de pulmón ingresados en hospitales de segundo nivel (OR: 3,76; IC95%: 1,26-11,22) y los de colo-rectal ingresados en hospitales terciarios (OR: 2,58; IC95%: 1,19-5,59) tenían un mayor riesgo de IDT largo. En estos mismos cánceres, los ingresos programados tenían mayor riesgo de IDT largo (OR: 3,92; IC95%: 1,84-8,33; OR: 6,90; IC95%: 3,26-14,58 respectivamente) ajustando por nivel hospitalario y estadio.

**Conclusiones:** Los IDT están relacionados con el estadio, el nivel hospitalario y la forma de ingreso hospitalario. Los IDT no se ajustan a los objetivos de los circuitos de diagnóstico y tratamiento rápidos impulsados desde el propio Sistema Nacional de Salud.

**POLIMORFISMOS EN LOS GENES DE REPARACIÓN DE ADN XPC Y XPD AUMENTAN EL RIESGO DE CÁNCER DE PULMÓN EN ASTURIAS**

M.F. López-Cima, P. González-Arriaga, L. García-Castro, T. Pascual, M.G. Marrón, X.S. Puente y A. Tardón

Unidad de Epidemiología Molecular del Cáncer, Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA), Universidad de Oviedo.

**Antecedentes:** El cáncer de pulmón es un problema de salud pública, debido a su alto grado de incidencia y su elevada tasa de mortalidad. En Asturias estas tasas se sitúan a la cabeza de España y entre las más altas de Europa. Aunque el tabaco es la principal causa de cáncer de pulmón, menos del 15% de los fumadores desarrollan un tumor, lo que indica que a parte de los factores ambientales, ampliamente estudiados, existen otros factores que influyen en el desarrollo de un cáncer, entre ellos los factores genéticos. En el caso del cáncer de pulmón, la susceptibilidad genética individual puede venir determinada por diferencias en la capacidad de reparar daños en el ADN. Polimorfismos genéticos en los genes implicados en este proceso podrían contribuir a la susceptibilidad a desarrollar cáncer de pulmón.

**Objetivo:** Analizar la relación entre polimorfismos en seis genes: XPC (PAT), XPD (Asp312Asn y Lys751Gln), XPG (Asp1104His), ERCC1 (C19007T), XRCC1 (Arg399Gln) y XRCC3 (Thr241Met) y el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón en Asturias.

**Métodos:** El estudio CAPUA (Cáncer de Pulmón en Asturias), de diseño caso-control de base hospitalaria, comprende 837 casos incidentes de cáncer de pulmón y 619 controles, apareados por área de residencia, género y edad ( $\pm 5$  años). Se recogen datos sociodemográficos básicos, antecedentes familiares y personales de cáncer y datos relativos a factores de riesgo (endógenos, medioambientales, de estilos de vida y ocupacionales), así como muestras biológicas (sangre o enjuague bucal) para analizar los distintos genotipos mediante PCR-RFLP. Se calculan odds ratios (OR) e intervalos de confianza del 95% mediante regresión logística, ajustando por las variables adecuadas.

**Resultados:** El análisis de 516 casos y 533 controles mostró una asociación significativa para los polimorfismos en los genes XPC y XPD. Así, los genotipos XPC PAT+/+, XPD 312 Asn/Asn y XPD 751Gln/Gln se asocian con un incremento del riesgo de cáncer de pulmón (OR<sub>ajust</sub> = 1,33 IC 95% 0,90-1,96; OR<sub>ajust</sub> = 1,60 IC 95% 0,99-2,59 y OR<sub>ajust</sub> = 1,48 IC 95% 0,91-2,44, respectivamente). Además, se observa una interacción entre ambos genes, ya que individuos con ambos genotipos de riesgo presentan una OR superior a 2.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que los polimorfismos en genes implicados en sistemas de reparación por escisión de nucleótidos (NER) contribuyen a la susceptibilidad individual a desarrollar cáncer de pulmón. Este trabajo demuestra la importancia del estudio de variantes polimórficas para determinar la distinta susceptibilidad individual al cáncer de pulmón.

Financiado por: FIS 01/310, MTA-00-INSTMUJER-46, FICYT-03-PB02-067

**TENDENCIAS DE LA INCIDENCIA DE CÁNCER DE TIROIDES EN LA PROVINCIA DE GRANADA, 1985-2002**

M.J. Sánchez-Pérez, C. Martínez-García, M. Rodríguez-Barranco e Y.L. Chang Chan

*Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.*

**Antecedentes/objetivos:** Durante las últimas décadas, en la mayor parte de los países europeos se ha observado una ligera disminución de las tasas de mortalidad por cáncer de tiroides y un aumento de las tasas de incidencia. La influencia de diferentes factores de riesgo, la mejora de las técnicas diagnósticas y la mayor agresividad diagnóstica podrían estar condicionando este aumento. El objetivo es analizar las tendencias temporales de la incidencia de cáncer de tiroides en la provincia de Granada en el período 1985-2002, según género y tipo histológico.

**Métodos:** Estudio descriptivo de base poblacional, que incluye los casos incidentes de cáncer de tiroides del período 1985-2002 en las personas residentes en la provincia de Granada. La información procede del Registro de Cáncer de Granada, que abarca un área geográfica de 800.000 hab. Los tipos histológicos se agruparon en carcinoma papilar, folicular, medular y anaplásico. Se incluyó un grupo de "otros tipos histológicos" que englobaba linfomas, carcinomas y adenocarcinomas sin otra especificación. Para el análisis de tendencias, se utilizó un modelo de regresión loglineal (joinpoint regression), que estima el Porcentaje de Cambio Anual (PCA). Se presentan las tendencias de las tasas estandarizadas de la incidencia (población estándar europea, ASR-E) según género y tipos histológicos.

**Resultados:** Las tasas de incidencia de cáncer de tiroides fueron superiores en las mujeres. La razón de tasas hombre/mujer en el período 1998-2002 fue de 1/8. Entre los años 1985 y 2002, la incidencia de cáncer de tiroides (ASR-E) aumentó de 3,1 a 7,4 por 100.000 mujeres (PCA = +6,6%; IC95%: 3,7-9,7), mientras que en los hombres descendió ligeramente (PCA = -1,8%; IC95%: -6,3-2,8). El aumento de la incidencia en las mujeres se produjo, fundamentalmente, a expensas del carcinoma papilar PCA = +8,2% (IC95% = 5,0-11,5). La variante micropapilar (menor de 1cm de tamaño) aumentó un 36% anual (IC95% = 10,1-68,1). No se observó un cambio significativo de la tendencia en los tipos histológicos menos frecuentes: carcinoma folicular, medular y anaplásico.

**Conclusiones:** En la provincia de Granada, a partir del año 1985 se ha observado un aumento de la incidencia de cáncer de tiroides, que afecta únicamente a las mujeres, y que se produce a expensas, fundamentalmente, del carcinoma papilar (variante micropapilar), lo que podría traducir cambios en las prácticas clínicas y en los criterios histológicos, diagnosticándose más lesiones tiroideas de pequeño tamaño en fase subclínica.

*Financiación: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Red de Investigación de Epidemiología y Salud Pública (C03/09)*

**HEPATITS C Y RIESGO DE LINFOMA: RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPILYMPH**

S. de Sanjose, A. Nieters, B. Kallinowski, P. Brennan, M. Ott, M. Mayrañadé, Y. Benavente, P. Boffetta, N. Becker et al

*Institut Català d'Oncologia, German Cancer Research Center, Alemania, Praxis for Gastroenterology & Oncology, Schwetzingen, Alemania, IARC, Francia, Gladstone Institute of Virology and Immunology, University of California, USA, Dijon University Hospital, Francia*

**Antecedentes/objetivos:** La asociación entre la infección por hepatitis C en la etiología de los linfomas es cada vez consistente aunque la mayoría de estudios no permite hacer una Buena valoración por subgrupo histológico.

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre HCV y subtipo histológico de linfoma.

**Métodos:** El estudio se realizó en 5 países europeos e incluye casos incidentes de linfoma diagnosticados entre 1998 y 2004. Los controles fueron apareados a los casos por edad, sexo y centro. Se realizaron entrevistas personalizadas para recoger información demográfica, médica, historia familiar de cáncer y exposiciones ambientales. Se obtuvieron sueros de 1807 casos y 1788 controles (se excluyeron pacientes VIH positivos o con historia de trasplante de órgano. Se detectaron anticuerpos contra el HCV utilizando ELISA de 3ª generación y se evaluó la existencia de RNA viral y genotipo.

**Resultados:** Entre los controles, la prevalencia de HCV varío entre 0,75% en Alemania y 4,1% en Italia. La infección por HCV se detectó en 53 (2,9%) casos y en 41 (2,3%) controles (OR = 1,42 95%CI = 0,93-2,15). El análisis evaluando la presencia de ARN viral la OR fue de 1,82 (95%CI = 1,13-2,91). En el análisis por histología, la OR para el linfoma difuso de célula grande fue de (OR = 2,19 95%CI = 1,23-3,91). No se evidenció un incremento de riesgo para el linfoma folicular, leucemia linfática crónica linfoma de Hodgkin o linfoma T.

**Conclusiones:** Estos resultados son consistentes con el modelo de que la replicación viral contribuye a la linfomagenesis y establece un papel específico de la HCV en el desarrollo de linfoma difuso de célula grande.

*Financiación: EC 5th Framework Program Quality of Life grant No. QLK4-CT-2000-00422; Federal Office for Radiation Protection grants No. StSch4261, StSch4420 (Alemania) y Ministerio de Sanidad Español: FIS: 04-0091 and RCESP 09-10.*

**EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE VULVA EN SALAMANCA (ESPAÑA)**

M.O. Rodríguez Martín\*, M. Alonso Sardón\*\*, J.A. Mirón Canelo\*\*, A. García Iglesias\* y J.L. Lanchares Pérez\*

*\*Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Salamanca. \*\*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Salamanca.*

**Objetivo:** Conocer el perfil epidemiológico del cáncer de vulva en Salamanca y valorar la importancia de los factores de riesgo en relación al pronóstico de las pacientes afectadas.

**Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal, retrospectivo de base poblacional aplicado a la población femenina diagnosticada y/o tratada por cáncer de vulva en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca (HUS) durante el período 1971-2005. Se realiza la descripción demográfica y epidemiológica de la zona y de la enfermedad a estudio (139 mujeres con cáncer de vulva) y a través de un protocolo (aplicado a 102 casos registrables), se recogen los factores de riesgo y pronóstico de la enfermedad.

**Resultados:** La provincia de Salamanca, en el período de estudio, no ha experimentado cambios demográficos relevantes, la población de mujeres es de 180.000, de las cuales, 139 mujeres fueron diagnosticadas y/o tratadas por esta enfermedad. Las medidas de frecuencia calculadas: Prevalencia de período: 0,64x1000 mujeres. Incidencia poblacional: 0,6x100.000 mujeres/año. Proporción de incidencia en mujeres con más de 50 años: 2,9x1000hab/año. Proporción de incidencia en los últimos 5 años: 9,4x100.000 hab/año. Tasa de mortalidad específica por cáncer de vulva en mujeres: 0,30x1000 habitantes. Con diferencias estadísticamente significativas, los factores de riesgo que más influyen negativamente en la supervivencia y pronóstico son los anatomopatológicos: profundidad de la invasión mayor de 5mm (p = 0,002), afectación de márgenes quirúrgicos (p = 0,003), afectación linfática (p = 0,000), diferenciación celular "pobremente diferenciado" (p = 0,005), el tamaño del tumor mayor de 6cm (p = 0,013), el aspecto macroscópico de la lesión "excrecente" o "ulcerado" (p = 0,014) y la localización central de la misma (p = 0,005). Por otro lado, las clasificaciones TNM (p = 0,001) y FIGO (p = 0,000), edad mayor de 70 años (p = 0,008), la no indicación de cirugía como terapia inicial (p = 0,003), tratamiento con quimioterapia (p = 0,007), dosis total de radioterapia inferior a 50Gy (p = 0,021) y dosis de radioterapia superior a 50Gy (p = 0,042) debido al aumento de complicaciones, constituyen factores pronósticos a tener en cuenta a la hora de individualizar los protocolos de actuación.

**Conclusión:** El cáncer de vulva en Salamanca tiene una incidencia similar a la encontrada a nivel global (según lo publicado). Hasta el momento, no se han producido casos en mujeres menores de 50 años. Los factores de riesgo encontrados nos permiten tomar decisiones e intervenir, para mejorar el pronóstico (supervivencia) y la calidad de vida de las pacientes.