

## PÓSTER SIN DEFENSA

Jueves, 5 de octubre de 2006  
11:30 a 13:30

### Servicios Sanitarios

#### IMPORTANCIA DE LA DIFERENCIA ENTRE OJOS EN LA EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE CIRUGÍA DE CATARATAS DEL SEGUNDO OJO

M. Comas, X. Castells, R. Acosta y J. Tuñí  
*Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS).*

**Antecedentes/objetivos:** Evaluar la asociación de la estereopsis (o percepción de profundidad) con las diferencias entre ojos (valor mejor menos valor peor) y la medida binocular de la agudeza visual y la sensibilidad al contraste y analizar los fenómenos de sumación o inhibición binocular debidos a las diferencias entre ojos.

**Métodos:** Se analizó una cohorte de 137 pacientes con cataratas bilaterales (agudeza visual de 0.3 LogMAR o peor en ambos ojos), seguidos a través de la cirugía de cataratas en el primer y el segundo ojo. Los pacientes se reclutaron en los servicios de oftalmología de dos hospitales universitarios. La agudeza visual y la sensibilidad al contraste monoculares y binoculares, y la estereopsis se midieron en el preoperatorio, después de la primera cirugía y después de la segunda. El análisis se realizó mediante los coeficientes estandarizados de la regresión lineal múltiple y análisis de correlaciones locales.

**Resultados:** La agudeza visual fue el factor que más influyó en la estereopsis en el postoperatorio del primer ojo (coeficientes estandarizados de 0,382 para la diferencia entre ojos y 0,356 para la agudeza visual binocular). La sensibilidad al contraste lo fue en el postoperatorio de la segunda cirugía (coeficientes estandarizados de 0,353 para la diferencia entre ojos y -0,312 para la sensibilidad al contraste binocular). Después de la cirugía en el primer ojo, la correlación de las diferencias entre ojos en agudeza visual con la estereopsis fue más fuerte (entre 0,4 y 0,5) cuando las diferencias eran mayores de 0,4 unidades de logMAR. Se detectó una ligera sumación binocular para la sensibilidad al contraste.

**Conclusiones:** En la evaluación de la indicación y los resultados de la cirugía de cataratas se deben incluir en el análisis de la función visual las medidas de ambos ojos, no solamente del ojo a operar. La presencia de diferencias entre ojos puede jugar un papel importante en las medidas de visión binocular, como la estereopsis y, por lo tanto, puede determinar diferentes niveles de necesidad de cirugía, especialmente del segundo ojo.

*Financiación: AATRM (10/31/98 y 089/07/2000), FIS (99/0686, PI020365, G03/202 y C03/09).*

**EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN FARMACIAS PARA INCREMENTAR LA CALIDAD DE LA DISPENSACIÓN. RESULTADOS PRELIMINARES**F. Caamaño<sup>a</sup>, L. Lorenzo-López<sup>b</sup> y M. Tomé-Otero<sup>a</sup><sup>a</sup>Área de Saúde Pública. <sup>b</sup> Área de Psicobiología. Universidade de Santiago de Compostela.

**Antecedentes:** La exigencia de receta para la dispensación de fármacos de obligada dispensación bajo prescripción facultativa puede considerarse el mínimo estándar de calidad. Un reciente estudio ha puesto de manifiesto que el nivel de exigencia de receta es extremadamente bajo. El objetivo de este estudio es valorar el efecto que tiene una intervención educativa en farmacéuticos sobre la necesidad de requerir receta para dispensar antibióticos y AINES.

**Métodos:** Ensayo comunitario de campo no aleatorizado. Las farmacias fueron asignadas a dos grupos: intervención (Santiago de Compostela y A Coruña) y control (Ferrol, Pontevedra, Vigo, Lugo, y Ourense). La intervención tuvo lugar entre el 15 noviembre y el 15 de diciembre de 2005. *Variable independiente:* Intervención educativa. Las farmacias asignadas al grupo intervención recibieron la visita de un miembro del equipo investigador. La visita tuvo una duración de 20' y en ella se discutieron las dificultades para la exigencia de receta. Se trabajó principalmente la idea del descrédito profesional que supone su no exigencia. Se inició principalmente en antibióticos y AINES. Se entregaron calendarios de bolsillo en cada farmacia con el lema: *Con receta: Más salud, menos gasto* para que el farmacéutico los repartiera entre los solicitantes de fármacos sin receta médica. Las farmacias control no recibieron intervención. *Variables dependientes:* Proporción de antibióticos y AINES dispensados por la farmacia en relación al total de recetas tramitadas a la Dirección Xeral de Farmacia. Se calcularon razones de proporciones intervención-control. Se analizaron los datos post-intervención disponibles que corresponden a los meses de enero y febrero.

**Resultados:** Han participado en el estudio 144 farmacias del grupo intervención, el 98%. Las razones de proporciones para la dispensación de antibióticos entre farmacias intervención y control ha presentado la siguiente evolución: diciembre 1,00, enero 0,962; febrero 0,921, razones ambas inferiores a todas las observadas en 2005. Analizando separadamente Santiago y A Coruña se encuentran resultados similares: 1,01, 0,96, 0,91 para Coruña y 0,99, 0,97, y 0,95 para Santiago. No se ha encontrado resultados significativos en la dispensación de AINES.

**Conclusiones:** Los resultados correspondientes al seguimiento durante dos meses sugieren que la intervención educativa en farmacias pudo haber disminuido la dispensación de antibióticos. La disminución en el volumen de recetas de antibióticos probablemente se explique por la disminución de la automedicación con antibióticos con cargo a la Seguridad Social de los clientes de las farmacias intervención.

Financiación: FIS: PI 04/0167

**CONOCIMIENTO DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA (PSE) POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS**

Y. Tomé Pérez, E. Molina Alén, M. Amador Galván, G. González Tovar, J.L. Ferrer Aguilerales, A. Brioso Jerez, T. Zarallo Barbosa y E. Molina Barragán.

Oficina del Plan de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

**Objetivo:** Medir el nivel de conocimiento que tienen los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE) sobre el nuevo Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, a los seis meses de su implantación.

**Método:** Estudio descriptivo transversal sobre una muestra representativa de los profesionales sanitarios del SSPE (universo muestral: 7.853 profesionales de las categorías de médico, D.U.E, farmacéutico y veterinario). La selección se realizó por muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional, utilizando una base de datos del Servicio Extremeño de Salud. La información se recogió mediante un cuestionario autoadministrado por envío postal, en el mes de diciembre del 2005. Las variables de estudio se analizaron según edad, sexo, área de salud, ámbito laboral y categoría profesional. Se utilizaron como estadísticos las frecuencias y porcentajes. La comparación de grupos se hizo utilizando la  $\chi^2$  para variables nominales y las pruebas de U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para las variables ordinales. Los datos se procesaron mediante el programa estadístico SPSS 12.0

**Resultados:** Se obtuvieron 830 cuestionarios (tasa de respuesta de 43,8%). El Plan de Salud de Extremadura (PSE) es conocido por el 76,9% de los profesionales encuestados, de ellos un 50,2% manifiesta un grado de conocimiento nulo o deficiente del contenido general. Los profesionales de Atención Primaria son los que en mayor porcentaje conocen la existencia del plan ( $p < 0,001$ ), no habiendo diferencias significativas por sexo, categoría profesional o áreas de salud. En Atención Especializada, son los médicos los que más conocen la existencia del Plan ( $p < 0,05$ ). En cuanto al contenido general del PSE, son los profesionales de Atención Primaria y los profesionales mayores de 50 años los que declaran mayor conocimiento ( $p < 0,05$ ), no encontrándose diferencias significativas por sexo, categoría profesional y área de salud.

**Conclusiones:** Según los resultados del estudio, a los seis meses de su implantación, tres de cada cuatro profesionales encuestados conocen la existencia del nuevo PSE, aunque el deficiente conocimiento del contenido general del mismo evidencia la necesidad de reforzar o desarrollar estrategias de información más próximas al profesional. Todo ello sugiere incrementar la divulgación del PSE, especialmente en la atención especializada, y adoptar medidas tendientes a conseguir una mayor proyección del mismo en los distintos ámbitos asistenciales, aumentando con ello la implicación de los profesionales en la consecución de sus objetivos.

**EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA POR TIPO DE ASISTENCIA. CATALUÑA, 1992-2004**

A. Freitas, R. Gispert y J.J. Coll

Servei d'Informació i Estudis, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

**Antecedentes/objetivos:** El pleno conocimiento de la actividad asistencial hospitalaria permite la toma de medidas eficaces y oportunas para el mejoramiento de la atención que ofrecen. En este sentido se analiza la evolución de los indicadores de actividad hospitalaria en Cataluña entre 1992 y 2004

**Métodos:** Los datos proceden de la Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (EESRI) de Cataluña correspondientes a los años 1992 a 2004. Se lleva a cabo un estudio descriptivo de la evolución de los indicadores de actividad hospitalaria (camas en funcionamiento, altas, estancias, índice de ocupación, índice de rotación y estancia media) según el tipo de asistencia. Se calcula la diferencia relativa del 2004 respecto 1992 para cada uno de los indicadores

**Resultados:** Entre 1992 y 2004, para el total de centros hospitalarios se observa que la rotación aumenta, la estancia media disminuye ligeramente y la ocupación permanece constante. Respecto a 1992, en el 2004 y para el total de centros hospitalarios en Cataluña, se observa que las camas en funcionamiento aumenta en un 1%, las altas hospitalarias en 21%, las estancias en 0,6%, el índice de ocupación en 1,42% y el índice de rotación en 22%, mientras que la estancia media ha disminuido en 26%. En los centros de atención de agudos las camas han disminuido en un 15% al igual que las estancias (14%) y la estancia media (40%). Para los centros sociosanitarios se observa un aumento en las camas en funcionamiento (34%), altas (76), estancias (34%), índice de ocupación (0,11%) e índice de rotación (63%), y un descenso en la estancia media (173%). Por último, para el total de centros de atención psiquiátrica, se observa una disminución en las camas en funcionamiento (8%), de estancias (13%), del índice de ocupación (4%) y estancia media (75%)

**Conclusiones:** Para el total de centros hospitalarios de Cataluña en el período 1992-2004 se observa un aumento de la rotación, mayoritariamente en los centros de atención sociosanitaria. La ocupación aumenta ligeramente aunque disminuye en centros psiquiátricos y la estancia media disminuye debida a la disminución de la misma en centros sociosanitarios. Se observa además una disminución mínima en las camas en funcionamiento y las estancias, pero aumentan las altas

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

**VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE PRIORIZACIÓN PARA PACIENTES EN LA LISTA DE ESPERA**A. Escobar<sup>a</sup>, J.M<sup>b</sup> Quintana<sup>b</sup>, A. Bilbao<sup>c</sup>, B. Ibáñez<sup>c</sup> y L.F. Gutiérrez<sup>d</sup><sup>a</sup>Unidad de Investigación, Hospital de Basurto. <sup>b</sup>Unidad de Investigación, Hospital de Galdakao. <sup>c</sup>Fundación Vasca de Investigaciones Sanitarias (BIOEF), <sup>d</sup>S<sup>o</sup> de Traumatología, Hospital de Basurto.

**Antecedentes/objetivos:** Se han elaborado diferentes sistemas de priorización para pacientes en la lista de espera para artroplastias de cadera o rodilla. Las variables incluidas en los mismos, aunque similares no siempre son las mismas. El objetivo del estudio fue valorar una variable no incluida en nuestro algoritmo de priorización para pacientes que iban a ser intervenidos de artroplastia primaria de cadera o rodilla y si en otros sistemas y denominada "capacidad de mejora" o "beneficio esperado"

**Métodos:** Los criterios explícitos fueron desarrollados mediante una adaptación del método RAND de uso apropiado. Las variables incluidas fueron: dolor mecánico (3 categorías), limitaciones funcionales al caminar (3 categorías), dolor en reposo (3 categorías), otro tipo de limitación funcional (2 categorías), alteraciones en la exploración física (3 categorías), amenazas al rol social (cuidado de familiares, capacidad de trabajo o vivir independientemente) (2 categorías), y existencia de otras patologías que puedan mejorar con la intervención (2 categorías). Para determinar los coeficientes de priorización de las categorías de las variables, estandarizada de 0 a 100 se usaron modelos de regresión y escalamiento óptimo. Para conocer el "beneficio esperado" o "capacidad de mejora" realizamos una prueba de Kruskal-Wallis tomando como variables dependientes el cambio en las puntuaciones obtenidas desde antes de la intervención quirúrgica hasta seis meses postcirugía en cada una de las dimensiones del cuestionario WOMAC dolor, rigidez y capacidad funcional. La variable de agrupación fue los tres grupos que define el método RAND adaptados (urgente, preferente y ordinario). Calculamos el coeficiente de correlación de Spearman entre el store de priorización de los pacientes y el cambio en las puntuaciones de cada escala del WOMAC

**Resultados:** Se estudiaron 838 pacientes. Las ganancias en calidad de vida establecieron un gradiente de mayor ganancia a menor, estadísticamente significativo, desde el grupo urgente al ordinario en las tres dimensiones del cuestionario WOMAC. Los coeficientes de correlación de Spearman entre las puntuaciones de priorización y las ganancias en calidad de vida fueron de 0,49 (dolor), 0,47 (capacidad funcional) y 0,37 (rigidez)

**Conclusiones:** Los presentes datos sugieren que la dimensión de "capacidad de mejora" o "beneficio esperado" puede estar medida por nuestro algoritmo de priorización para la artroplastia de cadera o rodilla

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 01/0184)

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS USUARIOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**

A. Carpio Pérez\*, M. Alonso Sardón\*\*, J.A. Mirón Canelo\*\* y M.C. Sáenz González\*\*

\*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. \*\*Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Salamanca

**Objetivo:** Conocer el perfil epidemiológico y clínico de los usuarios del Servicio de Urgencias (SU) de un Hospital de Referencia de Área.**Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo (después del alta o ingreso) de una muestra representativa de 1068 historias clínicas (HC) recogidas en el SU del Hospital Universitario de Salamanca, año 2003.**Resultados:** 1068 HC, 48,2%(515) hombres y 51,8%(553) mujeres. Edad media 48,21 años (DT: 22,56; Rango: 13-99 años). Tramos de edad con mayor representación 19-25 años (15,4%; 165), 36-45 años (14,3%; 153) y 66-75 años (14%; 150). La población mayor de 85 años representa un 4,8%(51). Falta de datos sociodemográficos y clínico-asistenciales en las HC referentes a situación familiar, laboral, ocupación, nivel de instrucción, forma de acceso al SU, etc. 90,9%(971) se desconoce cómo han llegado al SU. 51,5%(550) pertenecen a ZBS-urbanas (Salamanca), 41,7%(445) ZBS-rurales (provincia de Salamanca), 6,1%(65) desplazadas desde otras provincias y 0,6%(6) otro país. 69,3% tienen un PAC (Punto de Atención Continuada) en su misma localidad de residencia. El 72,2%(771) acuden al SU por "motu proprio", motivo rapidez y comodidad (55,1%; 438). El 20,6% es derivado, bien por su médico de cabecera habitual (11,1%; 119) o por el equipo de guardia del PAC de Atención Primaria (9,5%; 101). Los pacientes derivados por los equipos de emergencia suponen el 4,1%(44) y proceden de otros hospitales 1,9%(20). Motivo de consulta, 75,5% (806) se trata de un problema agudo y 11,2%(119) de la reagudización de un problema crónico. 106(10%) acuden para seguimiento y 63(6%) para conocer un diagnóstico. Reseñar que el 5,4%(43) de las asistencias en urgencias son debidas a accidentes de tráfico/laborales. Síntomas de consulta más frecuentes: dolor (30%;320), traumatismos/accidentes (24,5%;250), oftalmológicos (6,3%;67) y patología neurológica (6,1%;63). El inicio de los síntomas se sitúa en el 54,8%(585) de los casos horas antes y el 29,4%(314) no presenta antecedentes patológicos de interés. El 56%(617) no reconoce hábitos tóxicos. 554 pacientes (51,9%) no se monitorizan constantes vitales básicas; de los 500 monitorizados, 383(76,6%) no tenían alteración. Tampoco se realiza prueba diagnóstica 29,4%(314). No aparecen datos patológicos 56,9%(608). No se instaura tratamiento en el SU 58,7%(627). El 82,1% (877) de los pacientes que acuden al SU son dados de alta, siendo en el 91,1% (973) de los casos el diagnóstico principal al alta, según diagnóstico CIE, traumatismos/venenamientos.**Conclusiones:** Déficit de datos e información en las HC que podrían ayudar a describir el perfil de los usuarios de un SU y, por tanto, a la toma de decisiones.

Financiación: Proyecto de Gestión Sanitaria (Junta de Castilla y León).

**EVOLUCIÓN Y PAUTAS DE USO DE RECURSOS HOSPITALARIOS EN SALUD MENTAL**

A. Medel y A Sarría-Santamera

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

**Antecedentes/objetivos:** Hace más de dos décadas se inició en España un proceso de cambio en la atención psiquiátrica, conforme a la evolución que se desarrollaba en países de nuestro entorno. Con la desinstitutionalización de la psiquiatría se iniciaba un cambio que implicaría un uso diferente y una reorientación de los recursos. Resulta interesante, por ello, investigar el grado y el modo en que las cambiantes formas de atención implican el desuso, la reorientación o aparición de nuevos recursos, que podrán servir de indicador a la hora de evaluar la verdadera dimensión y orientación de tal cambio. El objetivo de este trabajo es hacer una lectura de la evolución de la desinstitutionalización de la psiquiatría a través del análisis de los indicadores de uso de los recursos hospitalarios que son empleados en atención psiquiátrica.**Métodos:** Se explotaron y analizaron bases de datos a nivel nacional, para el período de tiempo comprendido entre 1979 y 2003. Se utilizaron bases de datos del Ministerio de Sanidad y del Instituto Nacional de Estadística, con información de ámbito nacional relativa a múltiples aspectos de la atención hospitalaria a las patologías psiquiátricas. Para este estudio se incluyeron la Encuesta sobre Hospitales en Régimen de Internado e Indicadores Hospitalarios y la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Se analizaron, entre otras, las siguientes variables: establecimientos sanitarios, unidades de hospitalización, composición del personal asistencial, altas, consultas, estancias.**Resultados:** Durante las últimas dos décadas se ha producido un descenso muy acusado en los recursos de atención psiquiátrica, fundamentalmente por la reducción del número de hospitales psiquiátricos, aunque esta fuerte tendencia decreciente se ha mitigado en los últimos años. Tampoco se observa una reducción en las camas psiquiátricas en centros generales. Con respecto a la utilización, se observa un cierto aumento en las tasas de altas por causas psiquiátricas. Las estancias medias muestran una acusada reducción. Las consultas siguen una tendencia ascendente muy acentuada. El empleo de los servicios por urgencias también se está incrementando.**Conclusiones:** El estudio de las relaciones entre estos indicadores y el análisis de las líneas evolutivas en el uso de recursos asistenciales nos hacen pensar que se está produciendo un aumento en la demanda asistencial en psiquiatría al tiempo que disminuye el ritmo de cambio hacia un modelo de atención desinstitutional.

Financiación: Álvaro Medel Herrero disfruta de una beca de investigación predoctoral intramural del ISCIII.

**GUÍA PARA INDICAR LA DENSITOMETRÍA ÓSEA EN LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA Y CONTROL DE LA OSTEOPOROSIS**M.D. Estrada<sup>1</sup>, A. Ferrer<sup>2</sup>, A. Borràs<sup>3</sup>, D. Benítez<sup>1</sup>, M. Cortés<sup>1</sup> y M. Espallargues<sup>1</sup><sup>1</sup>Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM), Barcelona. <sup>2</sup>Hospital de Terrassa, Terrassa. <sup>3</sup>Laboratori Menarini, Badalona.**Antecedentes/objetivos:** Desde la publicación de la guía sobre la utilidad clínica de la densitometría ósea (DO) en adultos como herramienta pronóstica en la predicción de fracturas osteoporóticas han pasado más de 5 años, tiempo suficiente para que haya aparecido evidencia nueva fruto de trabajos de investigación válidos por lo que se planteó actualizar dicha guía incorporando un nuevo objetivo, la valoración de la utilidad de la densitometría ósea en el control evolutivo de la MO.**Métodos:** Guía basada en la evidencia (revisión sistemática de la evidencia científica). Para identificar la evidencia se realizó una búsqueda exhaustiva en diferentes recursos y fuentes de información (IME, Medline, Cochrane, HTA, DARE, NGC, etc.) durante el período 1998-octubre 2004 que se completó con la revisión de la bibliografía de los documentos incluidos. 2 revisores de forma independiente aplicaron los criterios de selección establecidos a priori y valoraron la calidad de la evidencia mediante instrumentos específicos (AGREE, EBM working group y CRD). La información extraída se sintetizó en tablas de evidencia y se realizó un análisis cualitativo adoptándose la clasificación de la guía previa. En la elaboración de las recomendaciones se seleccionó la mejor evidencia disponible adaptándose a la escala de la AATRM.**Resultados:** La estrategia más adecuada para estimar el riesgo de fractura osteoporótica es la que utiliza la DO de manera selectiva en aquellos individuos que presentan un mayor riesgo. La indicación de la DO debe realizarse en función del número de factores de riesgo de fractura osteoporótica y el tipo (riesgo elevado o moderado) que presente el paciente. Aunque múltiples factores de riesgo concomitantes determinan un riesgo de fractura osteoporótica mayor, aún no se ha conseguido establecer alguna escala de estimación de este riesgo con suficiente validez. Existe suficiente evidencia científica para recomendar la técnica de densitometría radiológica de doble energía central para la predicción de futuras fracturas y el seguimiento de la osteoporosis primaria o secundaria, tratada o no, con períodos variables entre las medidas en función de la causa que origine la necesidad del control.**Conclusiones:** La mejor evidencia disponible permite sugerir esta guía para la indicación de la DO en la valoración del riesgo individual de fractura y en el control evolutivo de la osteoporosis. Debe realizarse el seguimiento de la implementación de las recomendaciones de esta guía para valorar su factibilidad y adecuación.

Financiación parcial de Merck Sharp and Dhome de España

**BROTE DE ACINETOBACTER BAUMANII EN UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE REFERENCIA**

P. Giraldo, P. Vaca, M.M. Álvarez y J.M. Ramos  
 Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

**Antecedentes/objetivos:** En los últimos años ha habido un incremento en el número de infecciones hospitalarias causadas por *Acinetobacter Baumannii* (A. Baumannii). Este bacilo no se identifica como patógeno emergente ni reemergente sino como una bacteria con gran capacidad para originar resistencia antimicrobiana y siendo en la actualidad un agente etiológico de relevancia en las infecciones nosocomiales. El objetivo es comprobar y describir el brote ocurrido en un hospital por A. Baumannii.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de un brote acontecido en un hospital en 2005 a través de revisión de historias clínicas. La información se recogió a través de una ficha epidemiológica diseñada a tal efecto. Los resultados se presentan en números absolutos y porcentajes. Las estancias se calculan como la diferencia entre la fecha de hospitalización y la de alta.

**Resultados:** Entre los meses de marzo y agosto de 2005 se detectó 61 casos por A. Baumannii. Se dio una mayor afectación en hombres 65,57%. La edad media de los afectados fue de 58,51 años, rango de 17-86 años. En el 9,84% de los casos el motivo de ingreso fue la realización de bypass coronario, seguido de shock séptico, 8,20%. El 55,74% de los casos estuvieron ingresados en UCI, seguido del Servicio de Neurocirugía, 8,20%. Según factores de riesgo el 21,13% son diabéticos, el 18,03% fumador y el 14,75% con antecedentes de enfermedades pulmonares. Según aparatos utilizados en el 59,02% fueron usuarios de ventilador, el 63,93% portaron sonda nasogástrica y 63,93% vías periféricas. La media de estancia fue 26,12 días (máxima 57 correspondiéndose a un caso que ingresa por traumatismo craneoencefálico y mínima de 1 día en 1 caso de deterioro cognitivo) En cuanto a la enfermedad ocasionada en el 36,07% se identificó neumonía, seguido de sepsis (22,95%) e infección de heridas (18,03%) Según tratamientos antibióticos previos a la identificación del A. Baumannii en el 21,31% se habían aplicado triple terapia antibiótica y en el 14,75% algún tipo de tratamiento antibiótico antes de la aparición de infección por A. Baumannii. El 60,66% de afectados falleció, de ellos el 51,35% la causa fue fracaso multiorgánico, seguido de parada cardiorrespiratoria en el 13,51%. De los fallecidos por fracaso multiorgánico el motivo de ingreso fue en el 10,81% la realización de bypass coronario.

**Conclusiones:** Se constata la existencia de un brote de infección nosocomial por A. Baumannii. Se identifica la relación de técnicas invasivas y no invasivas junto con la presencia de complicaciones en los casos en la aparición de infección por A. Baumannii.

**BROTE DE GASTROENTERITIS AGUDA EN UN CENTRO PENITENCIARIO**

M. Basterrechea y L. Alvarez  
 Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa.

**Introducción:** *Clostridium perfringens* es una causa relativamente frecuente de brotes de transmisión alimentaria. Del total de 28 toxi-infecciones alimentarias declaradas en Gipuzkoa el año 2005, en 3 de ellas el agente causal probable fue *C. perfringens*.

**Objetivos:** Estudio de un brote de gastroenteritis aguda por *C. perfringens* en un centro penitenciario de preventivos de Gipuzkoa notificado el 8 de agosto de 2005 por el médico del centro penitenciario.

**Métodos:** Para el estudio descriptivo se recogió información relativa a las variables de persona lugar y tiempo, encuesta alimentaria e investigación ambiental. Se obtuvieron muestras para estudio microbiológico de enfermos, manipuladores y alimentos testigos. En el estudio analítico se definió caso a toda persona que comió alimentos en el comedor el 7 de agosto y presentó diarrea los días 7-8. Se analizó la información de la encuesta alimentaria de 25 casos y 20 controles estimándose la OR para cada uno de los alimentos.

**Resultados:** De los 212 expuestos enfermaron 72 (tasa de ataque 34%). Todos los casos iniciaron síntomas entre la noche del día 7 y la tarde de 8. El cuadro se caracterizó por dolor abdominal tipo cólico y diarrea en el 100%. La duración de los síntomas fue inferior a 1 día. La información preliminar orientaba a que el alimento responsable estaba dentro del menú general: arroz con carne, carne de cerdo, fruta, ensalada, tortilla de patatas, tomate en salsa y natillas. El único alimento que presentó una OR superior a 1 fue la carne de cerdo (OR: 9,75; IC 95% 2,3-39,9). En la investigación ambiental se observaron deficiencias en los carros de servicio y mesas calientes. Entre las malas prácticas de manipulación observadas destacaron el cocinado y horneado de piezas cárnicas grandes sin comprobar la temperatura que alcanzaba en el centro, preparación de los alimentos con gran antelación y enfriamiento inadecuado. Se recogieron muestras de heces de 8 casos y 9 manipuladores. 1 caso dio positivo para *C. perfringens* con recuentos suficientes para considerar a este microorganismo como causante de un brote. La muestra de carne de cerdo fue positiva para *C. perfringens* con un recuento de 30 ufc/g. Aunque este recuento era bajo, teniendo en cuenta el proceso de preparación y conservación, se pensó que en el momento del consumo la carga de este microorganismo fuera muy superior.

**Conclusiones:** Brote de gastroenteritis aguda en un Centro Penitenciario de Gipuzkoa. De los 212 expuestos enfermaron 72. El estudio de brote indicó que la etiología más probable fue *C. perfringens* vehiculizado por la carne de cerdo.

**BROTE POR SALMONELLA ENTERITIDIS: PERIODO DE INCUBACIÓN MÁS CORTO DE LO DESCRITO EN LA LITERATURA**

E.J. Espiña Casals<sup>1</sup>, J.L. Castro<sup>1</sup>, A. Boulosa Cortés<sup>1</sup>, A. Feijoo-Montenegro<sup>1</sup> y A. Pousa Ortega<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Delegación Provincial de Sanidade de Pontevedra. <sup>2</sup> Dirección Xeral de Saúde Pública (Xunta de Galicia).

**Antecedentes/objetivos:** La Salmonelosis tiene un periodo de incubación habitual de entre 12 y 36 horas, que se mueve en un rango de 6 a 72. Recientemente, se produjo un brote entre los huéspedes de un hotel, que pertenecían, por un lado a un grupo de excursionistas y el resto sin relación entre ellos. La investigación desarrollada sugirió un periodo de incubación excepcionalmente breve. El objetivo del estudio se dirigió, entonces, a confirmar que el alimento sospechoso era realmente el implicado y, por ello, el periodo de incubación era el observado.

**Métodos:** Se realizó una encuesta sobre exposición a alimentos y cuadro clínico en los casos. Para confirmar la hipótesis sobre el alimento se diseñó un estudio de cohortes retrospectivo y se realizó el cálculo del RR para un IC del 95%. Se realizaron coprocultivos a enfermos y manipuladores y se analizaron muestras del alimento sospechoso. Las cepas de Salmonella aisladas se caracterizaron fenotípica y molecularmente. Se realizó la historia del alimento mediante una evaluación cualitativa de los posibles factores de contaminación, supervivencia y multiplicación.

**Resultados:** El total de casos fue de 47 y de no casos 25. Los casos presentaban diarrea (100%), vómitos (83%) y fiebre (87,2%). El alimento implicado fue la crema pastelera de 2 postres, natillas y brazo de gitano, (RR conjunto = 23,75; IC 95%: 1,555-362,019) Las natillas se sirvieron al mediodía sólo a huéspedes que no pertenecían al grupo de excursionistas, el brazo de gitano se sirvió en la cena sólo a dicho grupo. El día anterior aún no había llegado al hotel el grupo de excursionistas. La mediana del periodo de incubación fue de 5,5 horas y los percentiles 25 y 75, respectivamente, 4,5 y 9 horas. El periodo de incubación más corto fue de 3,5 horas. Se aisló *Salmonella enterica* serotipo Enteritidis en 6 muestras de enfermos, 1 manipuladora y en la crema pastelera. La caracterización molecular de los aislados mostró un origen común de todas las cepas. El análisis de la materia prima resultó negativa para Salmonella. La manipuladora presentó diarrea poco después de preparar el alimento, que no consumió.

**Conclusiones:** Hay que contar, si bien excepcionalmente, que brotes de Salmonelosis pueden cursar con periodos de incubación muy breves, de medianas inferiores a las 6 h. No tenemos datos (dosis infectiva, virulencia, etc) que nos indiquen la causa del acortamiento del periodo de incubación en este caso.

**ANÁLISIS DE LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS SOBRE BROTES ESTUDIADOS EN ESPAÑA. PERIODO 1994-2005**

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

Programa de Epidemiología Aplicada de Campo. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

**Antecedentes/objetivos:** Una de las prioridades de la epidemiología de intervención es la difusión de los resultados para que sirvan de referencia en la toma de decisiones y para la divulgación científica. El Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC), ha sido también un referente en este aspecto. El objetivo de este trabajo es identificar y caracterizar las publicaciones científicas de brotes que se han realizado en España entre 1994-2005, coincidiendo con el inicio del PEAC.

**Métodos:** Mediante búsqueda bibliográfica se identificaron los brotes estudiados en España. Se incluyeron las publicaciones recogidas en Pubmed y Knowledge y en la base de datos del PEAC. Se realizó un estudio descriptivo de acuerdo a las variables de: año de publicación, comunidad autónoma, ámbito (escolar, comunitario, hospitalario, laboral, residencias de ancianos), población afectada, agentes implicados, causa del brote, organismo responsable de la publicación y participación del PEAC.

**Resultados:** En el periodo 1994-2005 se han publicado un total de 264 artículos relacionados con brotes. El 92% (242) de los artículos se recogen en revistas indexadas, de las que sólo el 23% corresponde a revistas españolas. Un total de 27 (10,2%), artículos aparecen en "Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica", y 30 (11,4%) artículos en "Medicina Clínica". Según la comunidad autónoma, 61 (23,3%) artículos corresponden a Cataluña, 31 (11,8%) a Valencia y 28 (10,7%) a Madrid; hay 12 (4,5%) artículos en los que participa más de una comunidad autónoma. De los brotes publicados, 142 artículos (el 54,6%) corresponden al ámbito comunitario, y 51 (el 19,6%), al hospitalario. Las patologías de sistema digestivo con 79 (30%) artículos y aparato respiratorio, con 61 (23%) son las más frecuentes. El PEAC ha participado en 36 artículos, de los que 20 (55%) aparecen en revistas indexadas, y 16 (45%) en no indexadas.

**Conclusiones:** Se aprecia un predominio de publicaciones en revistas internacionales. Hay un alto porcentaje de publicaciones de brotes dentro del ámbito comunitario, aunque en los últimos años ha aumentado el peso de los hospitalarios. En lo que se refiere a la distribución de publicaciones según la CCAA se observa un desigual reparto en la participación de las mismas. Los brotes que afectan a sistemas digestivo y respiratorio son los que ocupan un mayor porcentaje de artículos. La participación de alumnos del PEAC no es homogénea, y sus artículos aparecen en mayor proporción en boletines epidemiológicos.

## PÓSTER SIN DEFENSA

Jueves, 5 de octubre de 2006  
11:30 a 13:30

### VIH-SIDA, Tuberculosis, Otras enfermedades infecciosas y Vacunas

#### EVOLUCIÓN DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y MICROBIOLÓGICOS DE UNA CONSULTA DE ETS EN DOS PERIODOS DE TIEMPO (2000-2002 Y 2003-2005)

L. Metola, J.R. Blanco, V. Ibarra, M. Sanz, I. Barrio, M. Beltrán y J.A. Oteo  
Área de Enfermedades Infecciosas y Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro-de La Rioja. Hospital de La Rioja. Logroño (La Rioja).

**Antecedentes/objetivos:** Conocer las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas en nuestra consulta de ETS, en 2 periodos diferenciados: del año 2000 al año 2002 y del año 2003 al año 2005.

**Pacientes y método:** A todos los pacientes se les aplicó un protocolo de estudio en el que se recogieron datos de filiación, procedencia, motivo de consulta, práctica de riesgo (uso o no de preservativo) y exploración física dirigida fundamentalmente a inspección genital. En dependencia del motivo de la consulta se tomaban muestras de exudados genitales y/o anales y/o faríngeos que se procesaron para la investigación de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* y *Cándida* sp, además de cultivo para bacterias comunes o para virus (Herpes o Papiloma) según clínica. En todos los casos se realizó un estudio serológico frente al VIH, VHB, VHC y VDRL (TPHA si procedía). Los datos se han agrupado en dos periodos de tiempo del año 2000 al año 2002 y del año 2003 al año 2005. Los datos se han procesado en el programa SPSS v.10.0 aplicando test convencionales.

**Resultados:** En total se han atendido en el periodo 2000-2002: 772 primeras consultas y en el periodo 2003-2005: 698 consultas. Las principales diferencias observadas ( $p < 0,05$ ):

	2000-2002	2003-2005	p
Sexo (varones)	35,7%	45,1%	< 0,001
Ejerce prostitución	38,3%	22,5%	< 0,001
Infectados por VIH	2,2%	4,3%	0,02
Uso de preservativo	40,3%	27,3%	< 0,001
Relación con prostitutas	7%	10%	0,046
ETS previa	4,5%	14,7%	< 0,001
Asintomáticos	29,7%	65,6%	< 0,001
Candida sp.	11,1%	7,3%	0,01
<i>Chlamydia</i> sp.	1,8%	0	< 0,001
Anti HBs (+)	20,6%	27,4%	0,003
Herpes genital	0,8%	2,1%	0,046
Uretritis inespecífica	1,8%	4,4%	0,005

El análisis del resto de los parámetros analizados no mostró diferencias estadísticas.  
**Conclusiones:** 1) El patrón del paciente que acude a la consultas de ETS es variable en el tiempo. 2) Cada vez acuden menos profesionales del sexo y más personas con prácticas de riesgo no profesional. 3) Sigue habiendo un gran porcentaje de la población que no utiliza preservativo en sus prácticas de riesgo. 4) Han aumentado los pacientes con herpes genital y uretritis inespecíficas frente a otras ETS clásicas.

#### DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS CASTILLA-LA MANCHA, 2003-2005

G. Gutiérrez Ávila, J. Castell Monsalve, M. Chico Mena, V. García Rivera, M. Muñoz, M. Blanco Álvaro y C. Navarro

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

**Antecedentes/objetivos:** A partir del 1 de enero de 2003 se comenzó a aplicar en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica un nuevo modo de vigilancia de la tuberculosis incluyéndose sustanciales cambios tales como: Aplicación del método de cohorte en la vigilancia, declaración de todas las formas clínicas, tipo de caso según diagnóstico/tratamiento previo y otros. El objetivo del estudio ha sido describir las variables: diagnóstico, microbiología y tratamiento de la tuberculosis en Castilla-La Mancha según las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona desde que se cambió el nuevo modo de vigilancia de la enfermedad.

**Métodos:** Los datos se obtuvieron de la explotación de la base de datos del Programa de Vigilancia de la Tuberculosis en Castilla La Mancha.

**Resultados:** Considerando conjuntamente el periodo 2003-2005, en los 564 casos declarados en Castilla-La Mancha, la enfermedad Tuberculosa se confirmó bacteriológicamente en 373 casos (66,1%). En 216 casos (38,3%), el germen identificado fue *Mycobacterium tuberculosis*, en uno (0,2%) se identificó *Mycobacterium complex* y en otro caso (0,2%) *Mycobacterium bovis*. En tres (0,5%) no se procedió a la identificación del germen y en 343 casos (60,8%) no consta información al respecto. Se desconoce la pauta de tratamiento en 91 casos (16,1%). Del resto se ha prescrito la combinación H+R+Z en 331 casos (58,7%), H+R+Z+E en 101 casos (17,9%), H+R+Z+E+S en cuatro casos (0,7%) y otros en 37 casos (6,6%). Al menos en 159 casos (28,2%) no se puede precisar la pauta de tratamiento prescrita. Las combinaciones más frecuentes fueron para tres fármacos: 2HRZ+4HR en 244 casos (43,3%), 3HRZ+3HR en 7 casos (1,2%), 3HRZ+6HR en 28 casos (5,0%) y 2HRZ+7HR que se prescribió a 7 casos (1,2%). Las combinaciones más frecuentes para cuatro fármacos fueron 2HRZE+4HR que se prescribió a 76 casos (13,5% del total de casos), 2HRZ+7HR que se prescribió a tres casos (0,5%) y 3HRZ+6HR que se prescribió a dos casos (0,4%). De los 21 casos en los que se detectó resistencia en 14 se identificó, al menos, resistencia a isoniacida (3,02%) cuatro de estos últimos casos son resistentes a isoniacida exclusivamente. Dos casos son resistentes a estreptomocina y uno a etambutol. Siete casos son resistentes a dos fármacos. Un caso es resistente a tres fármacos (H+R+Z), otro a 4: (H+R+Z+E).

**Conclusiones:** Los cambios en el sistema de vigilancia, sin duda, nos van a proporcionar una herramienta más útil para llevar a cabo una vigilancia epidemiológica más efectiva para la gestión de los programas de control de esta enfermedad.

#### CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES CON SIDA

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

Área de Epidemiología de VIH/sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

**Antecedentes/objetivos:** La epidemia de sida en nuestro país ha afectado más a hombres que a mujeres. A lo largo de la epidemia, la razón hombre/mujer ha sido siempre mayor de 3. Este estudio describe las características de los casos en mujeres en comparación con los varones.

**Métodos:** Estudio descriptivo utilizando los datos del Registro Nacional de Sida (años 1981-2005). Se obtuvieron distribuciones de frecuencias de sexo, edad, país de origen, año de diagnóstico de sida, grupo de riesgo, antecedentes de prisión, CCAA de residencia y enfermedades definitivas de sida. Se realizó un análisis bivariante dónde la asociación entre variables se evaluó mediante las pruebas de chi-cuadrado y t de Student. Se realizó un análisis multivariante ajustando un modelo de regresión logística (OR; IC95%).

**Resultados:** Se identificaron 72.099 casos de sida, cuya edad media fue de 34,5 años (DE:9.9). El 80% eran hombres, el 3,5% personas de otros países, el 17,9% habían estado en prisión y el 63% eran o habían sido usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). Del total de mujeres (14.349), la mayoría eran españolas (96,3%), con una edad media de 32 años (DE:10) y el 8,1% estaban o habían estado en prisión. Un 60% eran UDVP y un 30,8% tenían riesgo heterosexual. Las enfermedades definitivas de sida más comunes fueron: tuberculosis (TB) (28,1%), neumonía por *P. carinii* (24,3%) y síndrome caquético (11,8%). Desde 1994, año de máxima incidencia, hasta el 2005 el número de casos de sida en mujeres ha descendido en un 82%. Se ajustó un modelo de regresión logística multivariante, sin tener en cuenta los casos cuyo riesgo eran las relaciones homo/bisexuales ya que todos eran hombres. Los factores asociados positivamente con ser mujer fueron: diagnóstico de sida a partir del año 1996 (OR = 1,3; 1,2-1,3), riesgo heterosexual respecto a UDVP (OR = 3,0; 2,8-3,1); presencia de herpes simple (OR = 1,6; 1,4-1,8), retinitis por CMV (OR = 1,6; 1,4-1,8) y neumonía bacteriana recurrente (OR = 1,3; 1,2-1,4); se detectó una interacción entre la edad y el país de origen: aunque la probabilidad de ser mujer es más elevada en los casos de sida más jóvenes, este efecto es mayor entre los españoles que entre los casos de otros países. Las variables asociadas negativamente fueron: estancia en prisión (OR = 0,32; 0,30-0,35), presencia de neumonía por *P. carinii* (OR = 0,9; 0,86-0,95), TB extrapulmonar (OR = 0,7; 0,68-0,76), TB pulmonar (OR = 0,8; 0,74-0,85) y Sarcoma de Kaposi (OR = 0,5; 0,4-0,6).

**Conclusiones:** Entre los casos de sida españoles, la probabilidad de ser mujer es más alta para los diagnosticados en 1996-2005, para los más jóvenes y para aquellos casos cuya vía más probable de transmisión es la heterosexual. Estos resultados son coherentes con los cambios en los patrones de transmisión del VIH en los últimos años.

**EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE SIDA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA**S. Pineda<sup>2</sup>, M. Álvarez Díaz<sup>1</sup>, J. Ramos Aceitunero<sup>1</sup> y D. Herrera Guibert<sup>2</sup><sup>1</sup>Servicio de Epidemiología, Dirección General de Consumo y Salud Comunitario Extremadura. <sup>2</sup>Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

**Antecedentes/objetivos:** El registro Autonómico de SIDA se implementó en 1995, estableciéndose posteriormente el sistema de vigilancia epidemiológica del SIDA en función de cubrir las necesidades de información para determinar intervenciones sanitarias. El objetivo de este estudio es evaluar el sistema de Vigilancia de SIDA en Extremadura en el periodo 1986 – 2004.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo del periodo 1986 – 2004. La población bajo estudio es de 1.100.583 habitantes. Se utilizaron los datos del Registro Autonómico de SIDA desde 1986 hasta el 31 de diciembre del 2001 y el Registro de CMBD de los hospitales de las 8 áreas de salud. Siguiendo los criterios de caso de SIDA del CDC, se incluyeron en los tres primeros diagnósticos los códigos CIE-9 042, 043 y 044. Se hizo una descripción del sistema valorando los atributos cualitativos y cuantitativos. Para calcular las tasas de exhaustividad se utilizó el método de captura-recaptura.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se notificaron al registro autonómico de SIDA 730 casos, y en el CMBD 661 casos, entre las dos fuentes se encontraron 227 casos comunes. El número de casos estimados fue de 2.121 (95% IC = 1.937 – 2.306). Las tasas de exhaustividad encontradas fueron de 34,41% para el registro autonómico de SIDA y de 31,16% para el CMBD; para ambos registros la exhaustividad fue del 54,87%. En el 35,6% de los casos el retardo de notificación fue menor de tres meses. Se observó un alto grado de cumplimentación del registro de SIDA, mayor del 98%.

**Conclusiones:** El sistema de vigilancia de SIDA es simple, la calidad de los datos del Registro Autonómico de SIDA es muy buena. Sin embargo, la subnotificación del 45% en el Sistema de Vigilancia Epidemiología en Extremadura requiere mejorar la notificación entre las áreas de salud y el centro de epidemiología.

**ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON SIDA EN ANDALUCÍA, 1982-2001**E. Corpas<sup>1</sup>, J. García<sup>2</sup>, A. Lara<sup>2</sup> y J.M. Quesada<sup>2</sup><sup>1</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. <sup>2</sup>Universidad de Granada.

**Antecedentes/objetivos:** Desde su aparición en 1981, el SIDA se ha convertido en la última epidemia del siglo XX. A pesar de que los avances terapéuticos han modificado el desarrollo de esta enfermedad en los países desarrollados y han logrado un aumento del tiempo de supervivencia, el SIDA se encuentra lejos de estar bajo control. El objetivo de este trabajo fue estudiar el tiempo de supervivencia de los pacientes diagnosticados de SIDA en Andalucía, analizando cuales son los factores asociados a un mayor tiempo de supervivencia.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio de seguimiento de una cohorte de 8766 pacientes diagnosticados de SIDA en Andalucía en el periodo 1982-2001. La información se obtuvo del Registro Andaluz de Casos de Sida. El tiempo de supervivencia se definió como el tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico hasta la fecha de fallecimiento o hasta la fecha 31 de mayo de 2005 (en los casos que continuaran vivos). Las principales variables de estudio fueron: sexo, edad, periodo de diagnóstico, provincia de residencia y categoría de transmisión. Se han empleado técnicas de análisis de supervivencia que incluyeron test de Kaplan-Meier, Log-rank y el modelo de regresión de Cox.

**Resultados:** De los 8766 pacientes estudiados, el 84% eran hombres, la edad media fue de 33 años y el 74% usuarios de drogas por vía parenteral. Las provincias andaluzas con mayor proporción de casos fueron Málaga (26%), Cádiz (21%) y Sevilla (20%). La mayor concentración de pacientes se encuentra en el periodo previo a la introducción del TARGA (1982-1995), con un 61% de los casos. La supervivencia de la población de estudio a los 1, 3 y 5 años del diagnóstico fue 0,71 (I.C. 95%: 0,70-0,72), 0,51 (0,50-0,52) y 0,44 (0,43-0,45), respectivamente. Las mujeres presentaron mejor supervivencia (p-valor < 0,001), siendo la supervivencia a los 5 años 0,52 (0,49-0,55) y en los hombres de 0,43 (0,42-0,44). Los más jóvenes (p-valor < 0,001), los diagnosticados en el periodo 1996-2001 (p-valor < 0,001) y los homosexuales con prácticas de riesgo (p = 0,05) también tuvieron mejor supervivencia. Controlando por el resto de variables, los hombres presentaron un riesgo de muerte 1.19 veces superior que las mujeres. Los mayores de 35 tuvieron un riesgo 1,41 veces superior que los menores de 30 años. Los diagnosticados en el periodo 1982-1992 tuvieron un riesgo de morir 1,91 veces superior que los diagnosticados en el periodo 1996-2001.

**Conclusiones:** La supervivencia de los pacientes con SIDA ha mejorado tras la introducción del TARGA en el año 1996. El perfil de pacientes con mayor supervivencia entre los diagnosticados de SIDA en Andalucía es el de las mujeres, con una edad menor de 30 años, diagnosticadas con fecha posterior a 1995 y residentes en las provincias de Granada o Sevilla.

**PRUEBA DE VIH EN SAUNAS DE HOMBRES QUE MANTIENEN RELACIONES CON HOMBRES**F. Barranco, S. Carvajal, G. Prieto, E. Díez, P. García de Olalla, J.A. Caylá y grupo de trabajo en prevención de VIH/SIDA en saunas gay  
Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Antecedentes/objetivos:** Las saunas y locales gay en los que se practica sexo son lugares privilegiados de acceso a personas con prácticas de riesgo de infección por VIH. Atendiendo prioridades nacionales, autonómicas y locales y los resultados de una prueba piloto de oferta del test se llevó a cabo un estudio de la prevalencia de VIH entre los usuarios de estos locales en Barcelona. Objetivos: 1 Estudiar la prevalencia de VIH en usuarios de saunas masculinas. 2 Estudiar características de las personas que se hacen la prueba. 3 Estudiar factores asociados a la reactividad al VIH.

**Métodos:** Diseño transversal, estudio de prevalencia y de asociación cruzada. Ambito: Las tres saunas gay más frecuentadas de Barcelona. Muestra: usuarios que solicitan la prueba. Periodo: febrero a mayo de 2006. Procedimientos: dos médicos ofrecieron la prueba dos tardes a la semana. Prueba: rápida. Retorno de resultados y consejo al día siguiente. Derivación de reactivos a un centro sanitario para confirmación y seguimiento. Se recogió anónimamente la edad, el país de nacimiento, el nivel de estudios, el trabajo sexual, la realización de prueba alguna vez y en el último año. Se llevó a cabo un análisis descriptivo univariado, bivariado y multivariado.

**Resultados:** Se realizaron 200 pruebas, de las que resultaron reactivas un 8%. La edad mediana fue de 31 años (de 18 a 66 años). Un 31% eran españoles. Un 32% declaró ejercer la prostitución. Un 24% nunca se había hecho la prueba y un 54% se la había hecho hacía más de un año. En los análisis de los factores relacionados con la reactividad no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad, el trabajo sexual, ser inmigrante, tener estudios universitarios o haberse hecho la prueba en el último año.

**Conclusiones:** Se hace la prueba un alto porcentaje de usuarios inmigrantes, de trabajadores sexuales y aparece un alto porcentaje de seropositividad al VIH. Las saunas gay son un lugar excelente para acercarse a poblaciones con prácticas de alto riesgo. Es aconsejable mantener y extender las intervenciones preventivas primarias y secundarias, como son la educación sanitaria, la distribución de preservativos y la oferta de pruebas diagnósticas en espacios no sanitarios.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS EN EL DISTRITO SEVILLA ENTRE 2004 Y 2006**

R. Perea-Rafael, R. Sillero Sánchez y M. Cortés Majó

<sup>S</sup> Epidemiología y Programas, Distrito Sanitario Sevilla. <sup>S</sup> Medicina Preventiva y Salud Pública, HHUU Virgen del Rocío.

**Antecedentes/objetivos:** En el Distrito Sanitario Sevilla se pretende mejorar la vigilancia epidemiológica específica de la tuberculosis integrando los distintos niveles asistenciales en el control de la enfermedad por lo que debemos conocer la situación de la Tuberculosis en el Distrito Sanitario Sevilla e identificar los puntos débiles de la vigilancia epidemiológica para proponer áreas de mejora.

**Métodos:** - Estudio de Prevalencia. Variables: Datos obtenidos de las declaraciones de tuberculosis del distrito Sevilla en el periodo 2004-2006 presentes en la Red de Alerta Sanitaria de Andalucía. Análisis estadístico: Análisis descriptivo y chi-cuadrado para comparación de variables.

**Resultados:** Entre el año 2004 y 2006 se declararon 311 casos de tuberculosis lo que significa una tasa de Prevalencia del 46,22 por 100.000 habitantes. El 69,8% de los casos fueron hombres, 92,9% eran casos autóctonos, el 80,1% era una forma inicial de la enfermedad y el 81,7% forma pulmonar. El 70,7% de los casos no tenían ninguna situación especial, siendo la inmigración la más frecuente entre los que sí tenían (8,7%). El VIH/SIDA y otras toxicomanías fueron los factores de riesgo más frecuentes (9 y 3,9% respectivamente). Los centros de Salud con mayor tasa de enfermedad fueron Polígono Sur (181 x 100000 habitantes) y la Candelaria (136x 100000 habitantes). Se observó un incremento importante en la incidencia de enfermedad en lo que va de 2006. El 54% de los casos de 2004 acabó el tratamiento existiendo además un 31% de casos perdidos. La mediana de la demora entre el inicio de síntomas y el diagnóstico de la enfermedad fue de 32 días con diferencias no estadísticamente significativas entre los años (p = 0,21). La mediana de demora entre el diagnóstico y la declaración fue de 10 días encontrándose una disminución estadísticamente significativa en el año 2005 con respecto al 2004 (p = 0,02). 14 casos estuvieron asociados a brotes de la enfermedad.

**Conclusiones:** La tasa de tuberculosis del distrito Sevilla entre 2004 y 2006 es mayor que la tasa andaluza (46,22 frente a 36,30) siendo el triple en los primeros 5 meses del 2006 (9,95 frente a 3,94). Este incremento se produce a costa de dos núcleos de población con un nivel socioeconómico bajo. El principal problema de la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en el distrito es la falta de registro tanto de la finalización del tratamiento como del estudio de contactos. Esto es debido a que se realiza en diferentes niveles asistenciales que no se comunican suficientemente entre ellos. Debería ser el médico de atención primaria y el sistema de vigilancia epidemiológica quienes integraran la información para coordinar el control de la enfermedad.

**EVALUACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS EN GUADALAJARA (CLM) PERIODO 2001 – 2005**N.R. Gerónimo Ortega<sup>1</sup>, D. Herrera Guibert<sup>1</sup>, S. De Mateo<sup>1</sup>, G. Gutiérrez Ávila<sup>2</sup>, N. Orta<sup>2</sup> y M. Blanco Alvaro<sup>3</sup><sup>1</sup>PEAC, CNE, Instituto Salud Carlos III. <sup>2</sup>Serv. Epidemiología, Consejería de Sanidad, Castilla – La Mancha. <sup>3</sup>Sec. Epidemiología, Delegación Provincial Salud, Guadalajara

**Antecedentes/objetivos:** La vigilancia de la Tuberculosis en España se realiza dentro del sistema de información de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), siendo conocido que hay un grado de subdeclaración habitual. Con el fin de conocer el comportamiento de esta situación se realiza la presente evaluación en la Provincia de Guadalajara, en Castilla – La Mancha, con el objetivo de describir el funcionamiento y objetivos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) de la TB, evaluar sus atributos cualitativos y cuantitativos y estimar la exhaustividad del registro de casos en el periodo 2001 – 2005.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, del funcionamiento del SVE de la TB de la Provincia de Guadalajara para un periodo de cinco años (2001 – 2005). Se estudio el flujo de información, así como los actores del Sistema, los documentos utilizados y los responsables de la información. Se utilizó para el análisis de la exhaustividad tres fuentes de datos: las EDO reportadas a la Delegación Provincial de Salud, los del registro Conjunto Mínimo de Datos (CMBD) de los pacientes diagnosticados de Tuberculosis del Hospital General de Guadalajara, único hospital de referencia para la patología, y los del SIM del Laboratorio Cl. del mismo Hospital. Se calcularon las tasas de incidencia para cada fuente y se utilizó el método de captura – recaptura. Se usaron características epidemiológicas, de las personas, como edad, genero, y datos asistenciales de los casos ingresados, tales como fecha de ingreso, diagnóstico, etc.

**Resultados:** En el periodo estudiado se reportaron 62 casos por las EDO, 78 por CMBD y 84 por el SIM (17 cada año en promedio). Se contaron 63 hombres y 21 mujeres en edades de 0 a 93 años (Media 45 años). La exhaustividad del sistema por las EDO en tuberculosis es de 46,50 a 50,22% para detección de casos positivos. La correspondiente al CMBD y el SIM, va de 65,18% a 65,22% y de 63,04% a 70,26%, respectivamente. Los datos del CMBD y del SIM se envían al SESCAM directamente. La combinación de los datos de dos bases va de 80,38% al 89,73%. La incidencia total estimada por el método de Captura – Recaptura es de 119 casos por 10<sup>5</sup> habitantes (IC<sub>95%</sub>: 105 – 134).

**Conclusiones:** La exhaustividad del sistema de las EDO es baja y no alcanza los niveles recomendados por la OMS para la Vigilancia y Control de la TB. Los registros del CMBD y del SIM son un buen complemento de información de casos y deberían ser incorporados al SVE centralizados en la Delegación Provincial de Salud. Una nueva evaluación del Sistema en dos años es recomendable.

**PÓSTER SIN DEFENSA**

Jueves, 5 de octubre de 2006

11:30 a 13:30

**Políticas y desigualdades en salud y Salud Laboral****INFORME DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2004**

J. Astral y R. Génova

*Servicio de Informes de Salud y Estudios. Instituto de Salud Pública. DGSPyA, Comunidad de Madrid*

**Antecedentes/objetivos:** La ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) establece como una de las funciones de Salud Pública "la elaboración del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid (IESPCM)"(art.55.2), "que se deberá elaborar con carácter anual y deberá ser incorporado al documento de planificación del reparto del presupuesto que no es otra cosa que la función de compra de los servicios asistenciales del sistema, que tiene encomendada el Servicio Madrileño de Salud"(Preámbulo).

**Métodos:** El Informe 2004 sigue la estructura de los 12 primeros objetivos (Salud Pública) de la Estrategia Salud XXI de la Oficina Regional Europea de la OMS. Los capítulos 1-5 tienen una orientación transversal: situación demográfica, principales tendencias de mortalidad, morbilidad, carga de enfermedad (CDE) y condiciones en las edades iniciales de la vida, los jóvenes y los ancianos. Se analizan (Cáp.6-9) las enfermedades Transmisibles, No Transmisibles y las Causas Externas. Se estudian (Cáp.10-12) los principales factores de riesgo: ambientales, laborales, de higiene alimentaria, estilos de vida y hábitos de consumo no saludables (alcohol, tabaco, drogas). En la elaboración han participado coordinadamente los distintos servicios de la DGSPyA y expertos externos, utilizando intensivamente los sistemas de información sanitaria.

**Resultados:** Madrid está experimentando importantes cambios sociodemográficos (fuerte crecimiento, inmigración, envejecimiento) que están en la base de los procesos de salud y enfermedad. La esperanza de vida es muy alta (77,51 en hombres, 84,36 en mujeres en 2003) y la tasa de mortalidad infantil de las menores del mundo (3,81 por mil NV). El acceso al sistema sanitario y la integración social inciden en las condiciones de salud (p.ej. 52% del total de IVEs corresponden a mujeres no españolas; reemergencia de enf. transmisibles (rubéola, sarampión)). Las principales causas de muerte son: isquemia cardiaca, enf cerebrovascular, cáncer de pulmón, EPOC, demencia, cáncer de colon y recto. Las principales causas de CDE son: depresión, demencia, enf osteomioarticulares, abuso de alcohol, enf de órganos de los sentidos, isquemia cardiaca. Las prevalencias de obesidad y consumo de tabaco son altas.

**Conclusiones:** La organización por objetivos del IESPCM2004 ha resultado útil para poner de manifiesto las condiciones de salud de la población madrileña y transmitir los resultados de manera comprensible. Esta estructuración permite su continuidad en futuras ediciones mediante la monitorización permanente de los indicadores de salud.

**TENDENCIAS EN LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD EN BARCELONA. PERÍODO 1992-2003**

E. Azlor, G. Cano-Serral, M. Rodríguez, R. Puigpinós, M. Pasarín y C. Borrell

*Agència de Salut Pública de Barcelona.***Antecedentes y objetivos:** El objetivo de este estudio es analizar la evolución de las desigualdades en mortalidad según el nivel de estudios en Barcelona durante el período 1992-2003.**Métodos:** Diseño de tendencias, que incluye los residentes en la ciudad mayores de 19 años. Las fuentes de información son el registro de mortalidad de Barcelona y del Padrón de habitantes. Las variables son la edad (agrupada en quinquenios), sexo, nivel de estudios, período de la muerte (en trienios) y causa de la defunción. Las causas de muerte se codifican según la 9ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (hasta 1999) y la 10ª (a partir de 1999). Se han calculado las tasas de mortalidad estandarizadas por edad -por el método directo- para cada año. Los modelos de regresión de Poisson se han ajustado para obtener el índice relativo de desigualdad de mortalidad por nivel de estudios (RII), que compara la mortalidad de la población con menos estudios respecto a la que tiene más, y tiene en cuenta el tamaño poblacional en cada nivel de estudios, ajustado por edad en cada período. La variable dependiente es la tasa de mortalidad, y las variables independientes son nivel de estudios (con 5 valores entre 0 y 1) y el grupo de edad. Para saber si hay cambios en el RII a lo largo del tiempo, agrupamos las defunciones de todos los períodos y ajustamos los modelos de regresión de Poisson con las variables independientes nivel de estudios, período, edad y la interacción nivel de estudios-período.**Resultados:** No existe una variación significativa en el RII para el total de las causas tanto en hombres -el RII 92-94 es de 1,52, con IC 95% [1,45 - 1,60], y el RII 01-03 es de 1,59 con IC 95% [1,52 - 1,66]- como en mujeres -el RII 92-94 es de 1,42, con IC 95% [1,34 - 1,51], y el RII 01-03 es de 1,46 con IC 95% [1,39 - 1,55]-. El RII para el SIDA en hombres es significativamente diferente ( $p < 0,05$ ) para cada período -RII 92-94: 3,83, IC 95% [2,82-5,19], RII 01-03: 9,27, IC 95% [5,11-16,83]-, así como las enfermedades infecciosas para ambos sexos y las lesiones en mujeres -RII 92-94: 1,36, IC 95% [0,97-1,92], RII 01-03: 2,27, IC 95% [1,70-3,04]-. El riesgo de mortalidad en cáncer de pulmón en mujeres es más bajo en el colectivo de sin estudios en todos los períodos.**Conclusiones:** La evolución de las desigualdades en mortalidad según nivel de estudios demuestra que la situación es estable para la mayoría de las causas de muerte. Este estudio puede ser útil para la orientación y mejora de políticas de salud pública, al reflejar el mayor riesgo que tiene la población con menos estudios de morir por alguna causa.*Financiación. Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (PI042013) y la Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública (C03/09).***EVALUACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE UN ÍNDICE SINTÉTICO DE PRIVACIÓN Y EL ESTADO DE SALUD DE LOS INDIVIDUOS EN ANDALUCÍA**E. Torres<sup>1</sup>, A. Escolar<sup>1</sup>, A. Fernández-Ajuria<sup>2</sup> y R. Ocaña<sup>2</sup><sup>1</sup>*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.* <sup>2</sup>*Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.***Antecedentes/objetivos:** Existen estudios sobre desigualdades en salud en Andalucía que han empleado la mortalidad como indicador de salud. La existencia de información individualizada y actualizada sobre el estado de salud de la población, hace posible la evaluación de la asociación entre características del contexto (nivel socioeconómico y entorno residencial), y el estado de salud de los individuos.**Objetivo:** Evaluar la asociación entre un índice sintético de privación y el estado de salud de los individuos, en las secciones censales de las provincias andaluzas.**Métodos:** El ámbito de estudio fue la población andaluza mayor de 16 años. El índice sintético de privación se construyó con datos del Censo de población de 2001. La información individual procede de la Encuesta Andaluza de Salud de 2003. Se evaluó la asociación entre variables independientes de carácter individual ("nivel de educación", "situación laboral" y "dificultad para llegar a fin de mes") y de carácter ecológico ("índice sintético de privación"), y la variable dependiente "estado de salud". Se introdujeron otras covariables: edad, hábitos de vida y tamaño de municipio.**Resultados:** La situación laboral, la dificultad para llegar a fin de mes y el nivel de estudios fueron las variables individuales de nivel socioeconómico que se asociaron de forma estadísticamente significativa al estado de salud física y/o mental. Los jubilados presentaron peor salud física que los que trabajaban (OR = 3,16 para hombres y OR = 2,15 para mujeres). Las mujeres con cualquier tipo de dificultad para llegar a fin de mes presentaron peor salud mental respecto a las que llegan con facilidad o mucha facilidad (OR = 3,88). En cuanto al nivel de estudios, se observa un aumento de riesgo de presentar peor salud física en los de menor nivel, para ambos sexos; los analfabetos y con estudios primarios respecto a los que tenían estudios superiores presentaron peor estado de salud física, con una OR = 1,80 para hombres y OR = 2,01 mujeres. Sin embargo, ninguno de los componentes del índice sintético se asocia en un modelo multivariante a incrementos de riesgo de tener peor salud, independientemente de las características individuales.**Conclusiones:** Si bien se observa que el nivel socioeconómico individual se asocia a la salud física y mental, en hombres y mujeres, no se ha podido detectar la asociación del contexto, de carácter socioeconómico y del entorno residencial, con la salud de los individuos, independientemente de las características de éstos.**CONSTRUCCIÓN DE UN ÍNDICE SINTÉTICO DE PRIVACIÓN DE LAS SECCIONES CENSALES DE LAS CAPITALES DE PROVINCIA ANDALUZAS**E. Torres Butrón<sup>1</sup>, A. Escolar Pujolar<sup>1</sup>, A. Fernández-Ajuria<sup>2</sup> y R. Ocaña Riola<sup>2</sup><sup>1</sup>*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.* <sup>2</sup>*Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.***Antecedentes/objetivos:** Durante los últimos años, diversos grupos de investigación han documentado la existencia de las desigualdades en salud. El desarrollo de indicadores sintéticos de privación son una herramienta empleada a menudo en este tipo de estudios. Este tipo de indicadores se han creado en estudios realizados en algunas ciudades españolas como Barcelona, con resultados relevantes. La escasez de información en la Andalucía, y la disponibilidad de información censal actualizada, hacen posible el desarrollo de estudios que permitan un mayor conocimiento sobre las desigualdades en salud, y determinantes asociados.**Objetivo:** Construir un índice sintético de privación para las secciones censales de las capitales de provincia andaluzas.**Métodos:** El índice sintético de privación se ha construido con los datos del Censo de población de 2001. La metodología empleada ha sido el análisis factorial de componentes principales. La unidad de análisis ha sido la sección censal, y su ámbito de estudio las capitales de provincia andaluzas.**Resultados:** El índice sintético de privación construido tiene dos componentes, que sintetizan la información de cuatro variables cada uno. El significado que traducen se ha definido como privación socioeconómica y privación del entorno residencial. Comparando la distribución de las desigualdades entre las ocho capitales andaluzas, aparecen diferencias entre ellas.**Conclusiones:** El índice creado es un indicador sobre el nivel socioeconómico y la calidad del entorno residencial que puede ser utilizado en estudios de desigualdades sociales en salud, para evaluar posibles asociaciones entre estas características ecológicas e indicadores de salud de los individuos. Dado que los índices sintéticos de privación son una de las herramientas fundamentales a elaborar y validar para el desarrollo de estudios sobre desigualdades en salud, sería adecuado crear otros indicadores que integren otro tipo de información relacionada también con el nivel socioeconómico, de forma que mejoren o complementen el ya construido. Por otro lado, sería adecuado introducir el carácter de ruralidad en los índices de privación, para poder construir índices aplicables a todo tipo de municipios, sean o no capitales de provincia.**INMIGRACIÓN, TRABAJO Y SALUD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA**

E.Q. Ahonen, F.G. Benavides, J. Benach y V. Porthé

*Unitat de Recerca en Salut Laboral, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.***Antecedentes/objetivos:** El incremento exponencial de la inmigración es una realidad en los países desarrollados, lo que tiene claras consecuencias sociales, políticas y económicas tanto en los inmigrantes, las sociedades emisoras y las sociedades de recepción. A pesar de la extensión de este fenómeno, sabemos poco sobre la salud laboral de poblaciones inmigradas. Este trabajo resume la información reciente disponible en la literatura científica sobre la salud laboral de poblaciones inmigrantes.**Métodos:** Se realizó una búsqueda sistemática en Pubmed, empleando los términos de interés relacionados con trabajadores inmigrantes y salud laboral, más las palabras claves proporcionadas por el mismo buscador. Los artículos fueron seleccionados mediante el siguiente proceso: 1) lectura del título y resumen, en inglés o castellano, para el período 1990-2005; 2) lectura del texto completo de los artículos seleccionados 3) búsqueda manual de las citas bibliográficas referenciadas en estos artículos 4) eliminación de los artículos que no se relacionan con los temas centrales de interés (inmigración, trabajo y salud); 5) lectura de artículos definitivos**Resultados:** De la combinación final de las palabras claves, resultaron 267 artículos, de los cuales 63 resultaron de interés. Los 48 estudios finalmente incluidos son de carácter: cualitativos (n = 6), revisiones (n = 12), cuantitativos (n = 25), métodos mixtos (2), intervención (n = 2) y descripción de casos (1). La mayoría proceden de países históricamente asociados a la inmigración y describen factores de riesgo laborales (tareas peligrosas, pesticidas, movimientos repetitivos, falta de vigilancia), consecuencias en salud (lesiones, problemas musculoesqueléticos, dermatitis, problemas psicológicos) e intervenciones preventivas (clases de estiramientos y modificación de lugar de trabajo, el uso más seguro de pesticidas). Entre los temas estudiados con más frecuencia fueron las lesiones por accidente de trabajo. Aparecen como tema central en 10 artículos, aunque otros también las incluyeron entre sus elementos de estudio. Aunque no de manera concluyente, estos artículos coinciden en que los trabajadores inmigrantes y minorías étnicas presentaban más riesgo que los trabajadores nativos.**Conclusiones:** La información disponible revisada es escasa y poco comparable. Parece necesario realizar estudios con metodología adecuada, basada en datos primarios, especialmente en los países emisores y en vías de desarrollo.*Financiación: Este estudio fue financiado por FIS PI050497 y RCESP C03/09.*



**ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ODONTÓLOGOS, ESTOMATÓLOGOS, AUXILIARES E HIGIENISTAS FRENTE A LOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN ALICANTE**O.M. Jiménez<sup>1</sup>, E. Ronda<sup>1</sup>, J.M. Aranaz<sup>2,3</sup> y J. Requena<sup>2,3</sup><sup>1</sup>Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. <sup>2</sup>Servicio de Medicina preventiva. Hospital de San Juan (Alicante). <sup>3</sup>Departamento de Salud Pública Universidad Miguel Hernández de Elche.**Antecedentes/objetivos:** Diversas investigaciones afirman que el personal de las consultas de odontología conoce que el riesgo de infección por VIH, VHB y VHC durante la práctica profesional por punciones o cortaduras es muy bajo. Sin embargo, en España, al ser una profesión que en mayor medida se ejerce dentro del ámbito privado, ha sido objeto de pocos estudios. Nuestro objetivo es valorar los conocimientos de los odontólogos, auxiliares e higienistas dentales sobre este tipo de riesgos a los que están expuestos**Métodos:** Estudio transversal descriptivo con información obtenida mediante encuesta realizada al personal de odontología en ejercicio de su actividad profesional en la ciudad de Alicante (España) mediante entrevista personal. La muestra no fue aleatoria, porque no todos los profesionales accedieron a dar una cita para la realización de la encuesta. La población de referencia son los 130 odontólogos. Criterios de inclusión: Los odontólogos-estomatólogos, auxiliares e higienistas que accedieron a dar una cita para la realización de la encuesta. El trabajo de campo se realizó durante los meses de Junio a Octubre de 2004. Se realizó un estudio descriptivo de las variables implicadas en el fin de obtener la distribución porcentual, usando el programa estadístico SPSS versión 11.**Resultados:** Se entrevistaron 53 odontólogos, 36 auxiliares e higienistas, y 17 estudiantes (n = 106). El 41% cree que el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa por algún tipo de accidente laboral es "alto" o "muy alto". Para el 80%, el VHB y el VHC son los principales agentes o enfermedades infecciosas ligados a la exposición laboral. La mayoría (91,5%) desconoce el riesgo promedio de infección por VIH entre el personal sanitario. La mayoría cree necesario utilizar gafas, mascarilla y guantes como medida de precaución para prevenir la transmisión ocupacional de agentes infecciosos, y manifestó haber recibido las tres dosis de la vacuna frente al VHB.**Conclusiones:** Se evidencian problemas de desconocimiento sobre riesgos biológicos, y en especial de la infección por exposición laboral a VIH y VHB. El uso de equipos de protección individual y la proporción de vacunados frente a VHB es alto, pero causa preocupación el uso tan bajo en conjunto de los procedimientos recomendados para el control de infecciones, cuando esto debe ser un elemento indispensable para la prevención de infecciones.

Financiado parcialmente con la Ayuda a la Investigación de la Fundación Navarro – Tripoli.

**PÓSTER SIN DEFENSA**

Jueves, 5 de octubre de 2006

11:30 a 13:30

**Metodología y Encuestas y calidad de vida****EL CONTROL DEL SESGO POR INDICACIÓN EN LA VALORACIÓN DE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS: EL CASO DE LA ANTIOTERAPIA PRECOZ EN ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA**E. Perea-Milla<sup>1</sup>, J. Olalla<sup>1</sup>, E. Sánchez-Cantalejo<sup>2</sup>, F. Rivas-Ruiz<sup>1</sup>, A. Jiménez-Puente<sup>1</sup>, G. Carmona<sup>2</sup>, Y. Fornieles<sup>2</sup>, P. Matute<sup>3</sup>, en nombre del Grupo ANCA.<sup>1</sup>Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga); <sup>2</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; <sup>3</sup>Dirección General de Salud Pública, Tenerife, Canarias. Red IRYSS-Investigación en Servicios Sanitarios.**Antecedentes/objetivos:** El sesgo de indicación puede afectar a la estimación del efecto de cualquier tratamiento en condiciones no experimentales. Para controlarlo, se puede ajustar en modelos multivariantes por los signos y síntomas que indujeron a la prescripción. El Objetivo fue valorar el papel protector de la antibioterapia precoz pre-hospitalaria ajustando por indicación y forma clínica, en la reducción de la mortalidad por enfermedad meningocócica (EM).**Métodos:** Diseño: estudio de seguimiento histórico de base hospitalaria. Población: enfermos con EM diagnosticados entre 1995 y 1999, clasificados como EM B ó C, mayores de 1 año. Ambito: Comunidades Autónomas de Andalucía y Canarias. Variables: Dependiente, muerte o no. Independientes: características antes del ingreso, cuadro clínico al ingreso. Obtención de datos: revisión de Historias Clínicas en los hospitales donde se ingresaron los casos. Tamaño de muestra: 848 casos válidos. Análisis: estadística descriptiva y análisis univariante. Inicialmente, para conseguir el "propensity score individual", se contruyó un modelo de regresión logística múltiple para la variable dependiente "indicación o no de antibióticos precoces", incluyendo los síntomas presentados. Para la variable dependiente muerte o no, se construyó un modelo de regresión logística múltiple, forzando la antibioterapia precoz, con ajuste de la indicación mediante el uso del "propensity score". Posteriormente se ajustó por forma clínica.**Resultados:** La antibioterapia pre-hospitalaria precoz se asoció con una reducción de la mortalidad por EM (OR: 0,37; IC95%: 0,15-0,90), ajustando por el "propensity score". Al ajustar, adicionalmente, por forma clínica (sepsis, meningitis, o ambas), el efecto de la antibioterapia se redujo (OR: 0,45; IC95%:0,18-1,10).**Conclusiones:** La antibioterapia precoz se comportó como un protector del riesgo de muerte en EM; este efecto fue independiente del posible sesgo de indicación. Sin embargo, el ajuste adicional por forma clínica podría no ser adecuado cuando ya se ajusta por la constelación de síntomas que define a cada cuadro clínico. Se discuten las implicaciones del concepto de forma clínica y su posible superposición con signos y síntomas que inducen la prescripción de un tratamiento. Un análisis preliminar de estos datos se presentó en la IX Reunión de la SEE de 2001 y no se le encontró una respuesta clara al manejo del ajuste por indicación.

Financiación: FIS (00/004901/02/03) y SAS (247/00)

**EFICACIA DE LA PRESCRIPCIÓN DE DIACETILMORFINA INYECTADA: VALORACIÓN DEL ÉXITO SEGÚN UN ÍNDICE DICOTÓMICO MULTIDIMENSIONAL**

E. Perea-Milla López<sup>1</sup>, E. Oviedo-Joekes<sup>2</sup>, L.C. Silva Ayçaguer<sup>3</sup>, J.C. March Cerdá<sup>2</sup>, F. Rivas-Ruiz<sup>1</sup>, en nombre el Equipo PEPESA.

<sup>1</sup>Hospital Costa del Sol, Marbella; <sup>2</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; <sup>3</sup>Departamento de Investigaciones, INFOMED, La Habana (Cuba).

**Antecedentes/objetivos:** Varios estudios en los últimos años han aportado evidencia sobre la eficacia, seguridad y viabilidad, así como el coste-efectividad de la prescripción de heroína en usuarios de opioides ilegales que no han respondido a los tratamientos disponibles. En el ensayo clínico aleatorizado (ECA) Holandés (van den Brink W, 2003) la eficacia del tratamiento (tto.) se ha evaluado a través de una variable multidimensional de resultados (VMR) a fin de obtener una medida global del éxito o fracaso del tratamiento. Este estudio tiene como objetivo evaluar los resultados del ensayo realizado en Andalucía (PEPSA) utilizando esa misma VMR.

**Métodos:** El PEPESA (programa experimental de prescripción de estupefacientes en Andalucía) es un ensayo clínico en fase III, abierto y aleatorizado, que compara el tto. de heroína intravenosa y metadona oral, en la mejoría de la salud física, mental e integración social. El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Granada, en el Hospital Virgen de las Nieves. La intervención duró 9 meses. 44 pacientes finalizaron el tratamiento, 50 fueron analizados (ITT). Se usó una aproximación bayesiana, usando como probabilidad a priori la del ensayo holandés.

**Resultados:** El porcentaje de respondedores al tto., para los pacientes del grupo experimental es del 70,4% y para los pacientes del grupo control de 34,8%. La probabilidad de responder positivamente al tto. en el grupo experimental en relación al grupo control (RR) es de 2,2 (IC95% = 1,2-4,2; p = 0,012). Al aplicar los datos del presente estudio para actualizar la información a priori (análisis bayesiano), toda la distribución no paramétrica de la diferencia de porcentajes de éxito (experimental menos convencional) se ubica a la derecha del cero, por encima del 7%.

**Conclusiones:** El grupo tratado con DAM intravenosa tiene una probabilidad mayor de responder al tto. a la del grupo que sólo recibió metadona oral, tanto desde el punto de vista clínico como estadístico. Al comparar este estudio y el holandés se debe tener en cuenta que el grupo control en el ensayo andaluz recibió dosis medias de metadona mayores y lo que se denomina una metadona optimizada (con más recursos psico-sociales que el tto. ofertado regularmente). La aproximación bayesiana en este análisis resulta especialmente adecuada debido al tamaño de la muestra del ensayo andaluz. Además, es coherente con las recomendaciones generalmente admitidas en la actualidad, orientadas a concentrarse en la estimación de la magnitud que tenga el efecto del tratamiento estudiado, más que en su potencia estadística.

**EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL EN LA VIGILANCIA DE ENFERMEDADES**

M. Hernández, G. Hernández, R. Fernández-Cuenca, E. Díaz-Guerra, O. Díaz e I. Nogueira

*Instituto de Salud Carlos III.*

**Antecedentes.** La vigilancia de enfermedades precisa en muchas ocasiones de la utilización de datos de carácter personal (identificados o identificables). Las condiciones de seguridad de estos datos son similares en todos los niveles donde son tratados, desde el local hasta el internacional. En España, la Ley Orgánica de Protección de Datos y el Reglamento de medidas de seguridad proporcionan el marco que permite garantizar la seguridad para este tipo de datos, que al ser relativos a salud, requieren un nivel de seguridad alto. La implantación de las medidas técnicas y organizativas que eviten la alteración, pérdida y el tratamiento o acceso no autorizados, necesita una continua revisión y actualización. El objetivo de este trabajo es proponer un procedimiento básico para la evaluación de la seguridad de los datos de carácter personal, en sistemas de vigilancia de enfermedades.

**Métodos.** Se revisa la Ley Orgánica de Protección de Datos y el Reglamento de medidas de seguridad para el nivel alto, teniendo en cuenta lo que afecta al funcionamiento de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Se plantea un procedimiento de evaluación de la seguridad de los datos de carácter personal en los sistemas de vigilancia de enfermedades.

**Resultados:** Se identifican 3 áreas de seguridad (aspectos formales, accesibilidad y transmisión) y 11 elementos necesarios para efectuar la evaluación. Las áreas y elementos definidos son: *Aspectos formales:* 1) Actores implicados y responsabilidades, 2) Documento de seguridad: procedimientos, manuales y registros 3) Control y seguimiento rutinario de las incidencias y 4) Verificaciones (permanentes y auditorías periódicas). *Accesibilidad:* 1) Física, 2) Usuarios, definición de perfiles y gestión de contraseñas, 3) Registro de accesos (trazabilidad), 4) Copias de respaldo y 5) Plan de contingencias. *Transmisión:* 1) Vías de transmisión seguras, con cifrado de datos y 2) Cesiones autorizadas. Con carácter previo a la evaluación se debe valorar la pertinencia o no del fichero de datos personales.

La evaluación, en cada nivel del sistema, debe comprobar la existencia o no de cada elemento y valorar su grado de cumplimiento: 1) suficiente o 2) superando a lo regulado por la ley.

**Conclusiones.** Es posible contar con elementos normalizados para efectuar una evaluación de la seguridad informática aplicada a la vigilancia de enfermedades. Una valoración real en los diferentes niveles de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica permitiría detectar, y potencialmente subsanar, las insuficiencias en este terreno.

**SEGUIMIENTO DE LA COHORTE DE NIÑOS DEL PROYECTO INFANCIA Y MEDIO AMBIENTE (INMA) - VALENCIA**

S. Pérez Aliaga<sup>1</sup>, A. Quiles<sup>2</sup>, G. León Bello<sup>2</sup>, E. Romero-Aliaga<sup>2,3</sup>, M.P. Rodríguez<sup>1,3</sup>, M. Monzonis<sup>3</sup>, N. Gómez<sup>1</sup>, R. Ramón<sup>2</sup> y M. Rebagliato<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fundación Investigación Hospital La Fe de Valencia. <sup>2</sup>Departamento Salud Pública Universidad Miguel Hernández. <sup>3</sup>Unidad Epidemiología y Estadística EVES, CS-GV.

**Antecedentes/objetivos:** El proyecto INMA es un estudio de cohortes prospectivo de embarazadas y niños hasta los 4 años, que evalúa la relación de la exposición a contaminantes ambientales y dieta sobre el desarrollo pre y postnatal. Los objetivos de esta comunicación son: 1) describir la proporción de abandonos de niños durante el primer año de vida, el momento del abandono y los posibles motivos; 2) determinar si existen diferencias entre los niños que abandonan y los todavía en curso en relación a las características sociodemográficas de la madre y antecedentes de ingresos hospitalarios.

**Métodos:** El reclutamiento de los niños de la cohorte INMA-Valencia se realizó tras su nacimiento en el Hospital la Fe (Valencia) entre mayo de 2004 y febrero de 2006. El primer contacto postnatal lo realizaron los pediatras del proyecto antes de las 48 horas de vida, donde explicaban a los padres en qué va a consistir el seguimiento del niño, firmando éstos un consentimiento si decidían continuar. Los posteriores contactos tienen lugar a través de una carta en los meses 3, 9 y 11 del niño y con una llamada a los 6 y 11 meses y medio, concertándose en esta última la visita del año que se realiza en el hospital.

**Resultados:** De los 790 niños nacidos en la cohorte de Valencia continúan 732 en curso en mayo 2006, siendo esta diferencia debida a 5 fallecimientos postnatales, 2 pérdidas de seguimiento y 51 abandonos. De éstos últimos, 19 abandonaron al nacimiento, 2 en la llamada de 6 meses, 21 en la de 11 meses, y 9 en la visita del año. Los motivos de estos abandonos no son todos conocidos, ya que los padres pueden abandonar el estudio en cualquier momento sin tener que dar ningún tipo de explicación. Entre los motivos registrados los más frecuentes son: falta de tiempo o trabajo (10), cambio de residencia (5), negativa del padre (2), problemas con el hospital o con el desplazamiento (2). Abandonan con más frecuencia (p < 0,05) los hijos de madres más jóvenes, sin pareja estable, menor nivel de estudios y etnia gitana. No se observa asociación con país de origen, zona de residencia, situación laboral, paridad o ingresos hospitalarios previos al abandono.

**Conclusiones:** El control exhaustivo de la cohorte ha permitido que el número de pérdidas de seguimiento sea muy reducido (0,29%), pero no ha evitado que exista un 6,50% de abandonos, los cuales se asocian con un determinado perfil sociodemográfico de la madre.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (G03/176, C03/09)

**PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN SOLAR, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS ASOCIADAS A LOS HÁBITOS DE BAÑO EN LA PLAYA**

M. de Troya Martín, E. Perea-Milla López, F. Rivas-Ruiz, N. Blázquez, I. Fernández Canedo, A.I. Bernal Ruiz, A. Rupérez Sandoval y A. Jiménez-Puente

*Hospital Costa del Sol (Marbella) Red IRYSS-Investigación en Servicios Sanitarios.*

**Antecedentes/objetivos:** El principal factor de riesgo para el cáncer de piel en el momento actual es la exposición solar de carácter recreacional. En nuestro país el cáncer de piel es la causa más frecuente de cáncer y su incidencia aumenta año tras año, sin embargo, existen escasos datos sobre la prevalencia de las prácticas de riesgo de la población.

Estudiar los hábitos de exposición solar y de fotoprotección de las personas que practican baños de sol en la playa con el objetivo de conocer la prevalencia de conductas de riesgo de cáncer de piel de entre los que practican esta actividad recreativa durante los meses estivales en nuestro país.

**Métodos:** Estudio transversal. Mediante cuestionarios previamente validados y administrados por entrevistadores entrenados se recogió información sobre prácticas, actitudes y conocimientos ante el sol, además de datos demográficos y otros factores de riesgo de cáncer de piel en 700 participantes seleccionados de forma aleatoria entre personas (adolescentes y adultos) que se encontraban en la playa de 10:00/20:00h, durante el verano (2005) en la Costa del Sol Occidental. Se definió conducta de riesgo (CR+) a aquellos individuos que iban en un verano tipo, más de 5 días a tomar el sol en la playa y que estaban más de 2 horas en la franja central del día. Se realizó análisis descriptivo de los diferentes apartados del cuestionario, y un análisis bivariado de la conducta de riesgo respecto a resto de variables, mediante Chi-Cuadrado de Pearson para variables cualitativas, y t-Student para variables cuantitativas, significación p < 0,05.

**Resultados:** Un total de 247 encuestados (35,3%) se determinaron como individuos con CR+. En el análisis bivariado entre las diferencias entre CR+/CR- se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: en la edad media 33,8/37,1 años; estado civil 51,8/40,8% eran solteros; según fototipo 42,5/21,0% pertenecían al tipo I (buen bronceado y sin quemadura en 1ª exposición al sol). También se asoció una CR+ con malas prácticas de protección (no utilización de gafas de sol, gorras, cremas solares o ponerse a la sombra) y peores actitudes (exposición por estética y placer) ante el sol.

**Conclusiones:** Algo más de una tercera parte de la población encuestada presentaban una conducta de riesgo ante los baños solares. El perfil de riesgo es gente joven, soltero con fototipo de piel I y II. Este grupo a su vez es quién presentó peores prácticas de protección solar, y una actitud negativa dado que su principal motivación para el baño es la estética y el placer.

Financiación: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proyecto 172/04

**ACEPTABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO**J. Palacio-Vieira<sup>1</sup>, E. Villalonga-Olives<sup>2</sup>, F. Codina<sup>3</sup>, J. Alonso<sup>2</sup> y L. Rajmil<sup>1</sup><sup>1</sup>Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM), Barcelona. <sup>2</sup>Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS), Barcelona. <sup>3</sup>Centro de Atención Primaria, Lloret de Mar.

**Antecedentes/objetivos:** Pocos estudios longitudinales han analizado la influencia de las conductas relacionadas con la salud, los eventos vitales y la salud mental materna sobre la calidad de vida relacionada con salud (CRVS) durante la adolescencia. El proyecto KIDSCREEN desarrolló una medida de CVRS y entrevistó una muestra representativa de chicos/as entre 8 a 18 años de edad. Esta muestra será entrevistada nuevamente 3 años después (2006). El objetivo de la prueba piloto fue analizar los nuevos cuestionarios haciendo énfasis en la comprensión y factibilidad de su contenido para detectar cambios en los últimos 3 años

**Métodos:** Se seleccionó una muestra de conveniencia de 12 parejas madre-hijo/a en el Centro de Atención Primaria (CAP) de Lloret de Mar, Girona, según criterios de edad (chicos/as de 11-12 años) y de estado de salud. Los participantes rellenaron el cuestionario en su casa y 8 días después se llevaron a cabo entrevistas individuales con las madres, y grupos focales separados por edad con los chicos/as. Se discutió la comprensión, entendimiento y conceptualización de los ítems incluidos en ambos cuestionarios, haciendo énfasis en la factibilidad de las preguntas con períodos recordatorios de más de un año, la escala de eventos vitales, el uso de servicios sanitarios y las preguntas que hacían referencia a la primera etapa del estudio. Las entrevistas fueron grabadas y se llevó a cabo un análisis de contenido de las mismas

**Resultados:** Se obtuvieron 21 respuestas a los cuestionarios y se entrevistaron 11 chicos/as y 12 madres. Los chicos/as fueron distribuidos en 2 grupos focales: menores de 15 años (n = 4) y de 15 o más años (n = 6), y una chica se entrevistó individualmente. No se encontraron problemas de comprensión en los módulos de los cuestionarios: eventos vitales, uso de servicios sanitarios, conductas relacionadas con la salud, ni en con períodos recordatorios mayores de un año. Algunos términos fueron adaptados de acuerdo a las recomendaciones de los chicos/as. Los chicos/as más pequeños, (11 y 12 años) se mostraron confusos frente a preguntas relacionadas con sexualidad y consumo de drogas. El orden de algunas secciones de los cuestionarios se modificaron siguiendo las recomendaciones de las entrevistas

**Conclusiones:** "KIDSCREEN seguimiento" cuenta con instrumentos de adecuado nivel de aceptabilidad y comprensión y es factible de ser aplicado en el nuevo contacto con la muestra.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, becas FIS: PI042504, PI042315 y Red IRYSS G03/202

**PÓSTER SIN DEFENSA**

Jueves, 5 de octubre de 2006

11:30 a 13:30

**Salud reproductiva y Salud en colectivos específicos****CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES CON ESCLEROSIS**

C. Antonaya, M.A. García, J.A. González Lucio, P. Fernández y J.M. Ramos

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

**Antecedentes/objetivos:** La Esclerosis es una Enfermedad Rara (ER) que, actualmente, se considera como la segunda causa de origen neurológico de limitación de la actividad en adultos jóvenes; conduce a la incapacidad funcional del individuo progresivamente, con limitaciones en su autonomía y afectaciones en su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), a nivel físico y psicosocial y en la de sus familiares. El objetivo de este estudio es valorar la CVRS de pacientes con Esclerosis.

**Métodos:** Estudio observacional de corte y retrospectivo mediante encuesta por entrevista a 45 pacientes con Esclerosis procedentes del Sistema de Información de ER de Extremadura, a través de cuestionarios que recogen la información sociodemográfica de los pacientes y sus cuidadores y las variables relacionadas con la enfermedad. La CVRS se evalúa mediante el cuestionario de salud SF-36 y se diferencia entre las puntuaciones de pacientes con y sin necesidad de cuidador y los que usan silla de ruedas.

**Resultados:** Los pacientes se clasificaron según la necesidad de cuidador y el uso de silla de ruedas en la vida diaria. El 62% de los pacientes requerían cuidador, el 47% utilizaba silla de ruedas y el 47% tenía una incapacidad laboral permanente. En general, las dimensiones mejor valoradas fueron las de dolor corporal, salud mental y función social, mientras que las peor valoradas fueron las de función física, rol físico y vitalidad. Las diferencias más significativas entre los pacientes con y sin necesidad de cuidador residen en el área de rol emocional como la mejor valorada y la de vitalidad como una de las peor valoradas (64,71 y 42,06 puntos respectivamente en la escala de 0 a 100); el resultado de las escalas para los pacientes en silla de ruedas no se diferencia del resultado general.

**Conclusiones:** A mayor nivel de dependencia más afecta la enfermedad al estado emocional mientras que el dolor corporal no afecta la CVRS de los pacientes con esclerosis. El SF-36 ha resultado útil para la evaluación de la CVRS en pacientes con esclerosis, permitiendo la comparación entre los pacientes con y sin necesidad de cuidador y los que usan la silla de ruedas para su vida cotidiana.

Financiación parcialmente por REPIER (proyecto G03/123 FIS) y por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura (proyecto "SCSS0432").

**ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. "FACTORES DE RIESGO EN EL ABORTO ESPONTANEO"**M.L. Gabás<sup>1</sup>, I. Aguinaga<sup>2</sup> y F. Guillén<sup>2</sup><sup>1</sup>COSPLAN <sup>2</sup>Dpto. Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra.

**Antecedentes:** El 15% de los embarazos finalizan en aborto clínicamente reconocido, pero se estima que la incidencia de abortos espontáneos es muy superior. El Grupo de Consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia considera abortos de repetición, la producción de dos o más abortos, y aconseja iniciar el estudio de su causa, sobre todo en parejas de edad avanzada o con alta ansiedad.

**Objetivos:** Determinar la relación entre la ingesta de determinados alimentos y/o nutrientes y los abortos espontáneos en mujeres residentes en la Comarca de Pamplona.

**Métodos:** Se realiza un estudio caso-control, con 40 casos (mujeres que han sufrido un aborto espontáneo) y 40 controles (mujeres en edad fértil que no haya sufrido ningún embarazo espontáneo detectado clínicamente ni pérdida fetal confirmada con prueba de embarazo positiva, y que haya tenido al menos un hijo). La muestra se ha seleccionado entre las mujeres que han acudido a la consulta del Centro de Orientación Sexual y Planificación Familiar Natural de Pamplona (COSPLAN), desde enero de 2002 a marzo de 2006. Mediante entrevista personal o telefónica se cumplimentaba un cuestionario adaptado del cuestionario de Willett y validado por Martín-Moreno. Se utilizaron las *Tablas de composición de alimentos españoles 1999* y las *tablas de Moreiras*. Se desarrolló un programa estadístico llamado TANTALO® que permite el cálculo del consumo diario de alimentos, macronutrientes y micronutrientes, además de ajustarlos por la energía total diaria. Se transformó el nivel de consumo de cada alimento en cuartiles. Análisis estadístico: Con el programa SPSS.12.0., el test de  $\chi^2$  se discriminó los factores con influencia en un aborto espontáneo, y posteriormente mediante regresión logística exacta - con el paquete LOGXACT-5 - se calculó Odds Ratio.

**Resultados:** El consumo de cuatro alimentos y 9 nutrientes mostraron ser factores protectores en el primer nivel de análisis, pero al final sólo se confirmó para la leche desnatada (O.R. de 9,6 en el cuartil 2) y las coles (O.R. de 5,2 en el cuartil 2) como posibles factores protectores para evitar los abortos espontáneos. Los nutrientes como: Hidratos de carbono (O.R. de 4,8 en el cuartil 2), Vitamina B2 (O.R. de 10,1 en el cuartil 2), Ácido Fólico (O.R. de 11,6 en el cuartil 3), Hierro (O.R. de 9,3 en el cuartil 3) y Rj 5 (O.R. de 111,6 en el cuartil 3) ya son factores tenidos en cuenta en la práctica habitual del seguimiento del embarazo.

**Conclusiones:** El hallazgo de que el consumo de leche desnatada, coles y los nutrientes: Hidratos de carbono, hierro, ácido fólico y vitamina B2, tienen un factor protector en la prevención del aborto espontáneo, aconseja continuar con un estudio de cohorte que confirme esta asociación.

**EFFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS NACIDOS POR REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN CATALUÑA, 2001-2003**

R. Bosser, M.M. Torné, R. Gispert, J.J. Coll y M. Femenias  
*Servei d'Informació i Estudis, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes/objetivos:** FIVCAT.NET es el registro de Reproducción Humana Asistida (RHA) de Cataluña, donde se recogen los datos que declaran todos los centros autorizados para realizar estas actividades. El objetivo de este trabajo es describir la efectividad de las técnicas de RHA y las características de los nacidos durante el tiempo de vigencia de este registro (2001-2003).

**Métodos:** Los datos se obtienen de la declaración de los centros de RHA para este período. Se analizan todos los ciclos de obtención iniciados (recuperación ovocitaria), los ciclos de transferencia embrionaria, el número de embriones transferidos, los embarazos clínicos (exclusión de embarazo bioquímico) y los nacidos (nacidos vivos, muertos y muertes neonatales) de estos embarazos. Se describe la prematuridad (< 37 semanas de gestación), el bajo peso (< 2.500 gramos) y la multiplicidad de estos nacidos.

**Resultados:** Todos los datos de actividad han aumentado durante el período (2001-2003). Los ciclos de obtención iniciados en 2003 han sido de 5.619 (aumento del 39,8% respecto al 2001), se realizaron 6.596 transferencias de embriones (incremento del 56,1%) y se consiguieron 2.401 embarazos clínicos (aumento del 71,2%). En el 2003 la efectividad global para todas las técnicas ha sido de 36,4 embarazos clínicos por cada 100 transferencias (9,6% embarazos más que en 2001). Desglosando éste indicador por técnicas, con fecundación *in vitro* convencional (FIV), la efectividad es del 34,3, con inyección intracitoplasmática de esperma (ICSI) del 36,7 y combinando las dos técnicas se sitúa en el 38,2. En la mayor parte de los casos se transfirieron 2 embriones (40,9%) y en el 37,3% se transfirieron 3. En 2003 hubo 2.113 nacidos, el 37,1% fueron gemelos, el 4,5% trigéminos y no hubo ningún cuadrigémico. El porcentaje de nacidos prematuros en el 2003 fué del 29,9% y los nacidos con bajo peso fueron el 30,8%. Estos datos indican que respecto al 2001 ha habido una disminución del 10,7% de los nacidos gemelares y del 25,0% de los trigéminos. La prematuridad y el bajo peso sufren un retroceso del 20,5 y del 23,4% respectivamente.

**Conclusiones:** Para el 2003 la multiplicidad, el bajo peso y la prematuridad de los nacidos han sufrido un importante retroceso. El número de embriones transferidos por ciclo es menor que en años anteriores. La limitación de los efectos adversos de las técnicas de RHA, no ha implicado un descenso en la efectividad, tal y como nos indican las tasas para este período.

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

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE USUARIA DE LOS RECURSOS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS DE BARCELONA**

A. Gabilondo<sup>1</sup>, J.M. Jansá<sup>1</sup>, T. Brugal<sup>1</sup>, C. Vecino<sup>1</sup>, E. Henar<sup>2</sup>, C. Sanclemente<sup>3</sup> y O. Díaz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Agència de Salut Pública de Barcelona. <sup>2</sup>Asociación Bienestar y Desarrollo. <sup>3</sup>AMBIT Prevenció. <sup>4</sup>Creu Rotja.

**Antecedentes/objetivos:** Las estrategias de reducción de daños dirigidas a usuarios de drogas pretenden minimizar los efectos adversos del consumo en aquellos toxicómanos que por sus características socioeconómicas o de grave dependencia no están en condiciones de iniciar tratamientos convencionales. Desde el año 1991 han implantado en Barcelona diversos centros de reducción de daños (CRD) que atienden a drogodependientes no tributarios de la red especializada de tratamiento. De forma paralela al fenómeno migratorio en el estado español se ha observado un aumento en el número de usuarios de estos recursos procedentes de otros países, registrándose en los últimos años porcentajes cercanos al 60% en los CDR de Barcelona. El objetivo de este trabajo se centra en identificar aspectos esenciales del patrón de consumo, características sociodemográficas y necesidades sociosanitarias de este colectivo.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal, realizado mediante entrevista basada en cuestionario dirigida a una muestra de 150 individuos, seleccionados de forma aleatoria entre los usuarios nacidos fuera de España de los 3 CDR de mayor afluencia de usuarios de la ciudad.

**Resultados:** Del análisis preliminar se obtuvo una edad media de los usuarios de 33,2 años, siendo el tiempo de estancia media en España de 7 años. El 92% eran hombres. Un 37% procedían del Magreb, un 22% de Europa Occidental y un 24% de Europa del Este. Un 47% afirmó dormir en la calle, frente a un 24% que lo hizo en habitaciones alquiladas. Un 75% afirmó no tener familia en el estado español. El 50% de los usuarios refirieron encontrarse solos y un 23% afirmaron estar acompañados por otros inmigrantes. Un 65% refirió no tener su situación administrativa regularizada. Únicamente el 29% de los entrevistados afirmó tener un trabajo regular. El nº medio de años de consumo fue de 10,3. Un 60% refirió emplear la vía intravenosa frente a un 26% para la vía pulmonar. La sustancia más consumida fueron la cocaína (74% de los entrevistados), heroína (70%) seguidas de las BZD (18%). Un 73% refirió haber iniciado el consumo de la sustancia después abandonar su país de origen. Un 40% afirmó encontrarse en tratamiento de mantenimiento con metadona (PMM).

**Conclusiones:** Se trata de una población en situación de privación socioeconómica, con un perfil de consumo dilatado y de alto riesgo. Los resultados sugieren un perfil de consumo similar al de los usuarios autóctonos. Un porcentaje muy elevado inició el consumo durante el proceso migratorio sugiriendo una relación entre las dificultades de dicho proceso y el desarrollo de hábitos nocivos para su salud.

**PERFIL DE LOS HÁBITOS SALUDABLES EN LOS CIUDADANOS MAYORES DE LA CIUDAD DE MADRID**

M. Esteban y Peña, J.M. Díaz Olalla, A. Martín Martínez, M.T. Pérez Álvarez, A. Rivero García, C. Ortiz Fuillerat y J. Galván Romo  
*Instituto de Salud Pública. Ayuntamiento de Madrid.*

**Antecedentes/objetivos:** Desde que en 1993 Mc Ginnis y Foege publicaran los principales factores modificables (no genéticos) y los clasificaran como "causas reales de muerte", las intervenciones en estilos de vida pueden producir cambios sustanciales. El objetivo del presente estudio es conocer el perfil de hábitos saludables que tienen las personas mayores de nuestra ciudad.

**Métodos:** Encuesta de Salud en la Ciudad de Madrid año 2004-2005. Se realizaron 1595 cuestionarios a mayores de 65 años, de 8504 en total con muestreo por conglomerados bietápicos estratificados en 21 distritos, con un mínimo de 381 entrevistas por unidad territorial. El cuestionario plantea preguntas socio-sanitarias incluyendo cuestiones referentes a alimentación, ejercicio físico, tabaco, alcohol y accidentes entre otros. Las variables se han desagregado por sexo, grupos de edad, distritos etc...

**Resultados:** El seguimiento de las recomendaciones según la estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) por grupos de alimentos en los mayores es la siguiente: en fruta fresca (84,8%), siguen la sugerencia, en carne (45,1%), huevos (19,8%), pescado (51,3%), pasta, arroz, patatas (19,2%), pan, cereales (83,3%), verduras y hortalizas (47,1%), legumbres (28,3%), embutidos y fiambres (80,3%), productos lácteos (83,4%) y dulces (46,6%). El 21% de los mayores realiza actividad física con regularidad en su tiempo libre. El 8,3% fuma diariamente y el 2% bebe de forma moderada. El 7,2% de los mayores de 65 años de la Ciudad de Madrid ha sufrido en los últimos doce meses un accidente.

**Conclusiones:** La realidad en los llamados hábitos y estilos de vida de la población mayor es distinta a la población adulta, en algunos casos como la alimentación, tabaco o alcohol con un patrón más saludable, en otros como el ejercicio o los accidentes reflejan peores resultados. Es por tanto fundamental el ajuste de los programas de educación en esta población a la realidad de nuestra ciudad.

*Financiación. Madrid Salud*

**ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD EN JÓVENES UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES Y OTRAS NACIONALIDADES**

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

*\*Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Salamanca. \*\*Médico de Familia. Sanidad de Castilla y León (SACYL)*

**Objetivo:** Conocer, analizar y comparar los estilos de vida relacionados con la salud, consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, en jóvenes universitarios españoles y de otras nacionalidades.

**Métodos:** Estudio transversal mediante encuesta por entrevista personal a una muestra representativa de 395 estudiantes españoles y 252 extranjeros de la Universidad de Salamanca. Para la recogida de información se utilizó un cuestionario de 55 ítems que se aplicó a las 647 unidades muestrales.

**Resultados:** Del total, 647 universitarios, 395 (61,1%) son españoles y 252 (38,9%) proceden de otras nacionalidades. El 35,9% (232/647) de los universitarios consumen tabaco a diario, siendo mayor el consumo entre los españoles (41,5%) que entre los extranjeros (27%) ( $p = 0,001$ ). El 78,2% (506/647) declaran haberse embriagado alguna vez, el 28,1% (182/647) lo ha hecho en más de 10 ocasiones. Este comportamiento, es más frecuente entre los alumnos españoles 76,4% (139/182) que entre los extranjeros 23,6% (43/182) ( $p = 0,000$ ). Mientras que son los alumnos extranjeros quienes más han aumentado significativamente ( $p = 0,000$ ) su consumo a lo largo del último año, 78,6% (121/154), frente al 21,4% (33/154) de los españoles. Más de la mitad de los universitarios entrevistados, 56,6% (366/647), declaran consumir hachish, porros, marihuana...; le siguen en frecuencia, cocaína 11% (71/647), alucinógenos 9,9% (64/647) y estimulantes 7,9% (51/647), no existiendo diferencias significativas entre el alumnado español y extranjero. El 87% (563/647) ha recibido información sobre tabaco, el 83,5% (540/647) sobre alcohol y 82,5% (534/647) sobre drogas ilegales.

**Conclusiones:** El alcohol sigue siendo la droga más consumida por los jóvenes universitarios. Existe asociación entre consumo de tabaco, alcohol y drogas y el patrón de ocio de los jóvenes.

**ENSAYO CLÍNICO DE PRESCRIPCIÓN DE HEROÍNA EN ANDALUCÍA (PEPSA)**

E. Perea-Milla López<sup>\*1</sup>, E. Oviedo-Joekes<sup>2</sup>, J.C. March Cerdá<sup>2</sup>, M. Romero<sup>2</sup>, F. Carrasco<sup>3</sup>, S. Rodríguez<sup>3</sup>, F. Rivas-Ruiz<sup>1</sup>, en nombre el Equipo PEPSA

<sup>1</sup>Hospital Costa del Sol, Marbella; <sup>2</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; <sup>3</sup>Servicio Andaluz de Salud.

**Antecedentes/objetivos:** Comparar la eficacia de la prescripción diversificada, individualizada y protocolizada de agonistas opioides, apoyada en la diacetilmorfina por vía intravenosa en relación a la prescripción de metadona oral, ambas con apoyo médico-psico-social, en la mejoría de la salud física, mental y en la integración social de personas dependientes con graves problemas médico-sanitarios, psicológicos y en situación de exclusión social, para quienes los tratamientos disponibles no han sido efectivos. El programa experimental de prescripción de estupefacientes en Andalucía: PEPSA.

**Métodos:** Ensayo clínico en fase III, abierto y aleatorizado, llevado a cabo en la ciudad de Granada, en el Hospital Virgen de las Nieves. El porcentaje de pacientes aleatorizados que completó el tratamiento fue del 71% (23 en DAM y 21 en metadona), y de los 18 abandonos se recuperaron para el seguimiento y evaluación 6 pacientes (4 de DAM y 2 de metadona). Los análisis se han realizado por intención por tratar con 50 participantes que han completado las evaluaciones a los 9 meses.

**Resultados:** Ambos grupos mejoran a los nueve meses. Las comparaciones de las diferencias entre las puntuaciones basales y a los nueve meses para cada grupo, muestran que el grupo DAM ha mejorado más que el grupo control en su estado de salud general (razón de medias experimental/control = 2,5;  $p = 0,034$ ), en los problemas asociados al consumo de drogas (razón de medias experimental/control = 2,1;  $p = 0,004$ ), en la reducción de conductas de riesgo del VIH (razón de medias experimental/control = 1,6;  $p = 0,012$ ), y en el consumo de heroína (razón de medias experimental/control = 2,4;  $p = 0,020$ ) y cocaína ilegal (razón de medias experimental/control = 2,6;  $p = 0,030$ ). No se observan diferencias en las variables psico-sociales, excepto en el número de días que se han cometido actividades delictivas (razón de medias experimental/control = 3,2;  $p = 0,096$ ).

**Conclusiones:** El presente estudio sugiere que la prescripción médica de diacetilmorfina por vía endovenosa es segura y factible de llevarse a cabo en el contexto que nos afecta, y que es eficaz en el tratamiento de personas dependientes con importantes deterioros en su salud y ajuste psico-social asociados a dicho consumo, para las cuales no han sido efectivos otros tratamientos. En este estudio, a igual intervención médico-psico-social y legal, los pacientes del grupo experimental mejoran más que el comparación en aquellas dimensiones evaluadas que están más directamente relacionadas con el uso de la DAM inyectada en condiciones salubres, controladas y dentro del marco legal actual.

**TIPOLOGÍA DE LAS LESIONES DE TIPO FÍSICO POR VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA**

V. Escribà-Agüir, C. Barona-Vilar, C. Calvo-Mas, M.L. Carpio-Gesta y A. Fullana-Montoro

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

**Antecedentes/objetivos:** Describir las características sociodemográficas de los casos declarados por violencia doméstica (VD) en la Comunidad Valenciana durante un año, así como la tipología de las lesiones físicas.

**Métodos:** Partiendo de la obligatoriedad del personal sanitario de declarar ante la autoridad judicial los casos de VD, que se dan en personas adultas, en la Comunidad Valenciana se ha establecido un modelo unificado, de fácil cumplimentación, que sirve como parte específico para declarar estas lesiones. Este incluye variables sociodemográficas, presencia de antecedentes de maltrato, descripción de las lesiones, datos de exploración física y tipo de tratamiento instaurado. Desde inicios de junio de 2005 a finales de mayo de 2006, se han recibido y procesado 1500 casos de VD, de personas atendidas en situación de crisis en centros sanitarios de la red sanitaria pública de la Comunidad Valenciana. Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos.

**Resultados:** Los casos se han atendido mayoritariamente por médicos de atención primaria (70%). Se dan principalmente en mujeres (91%) y en personas de edad comprendida entre 20 a 39 años (64%), con estado civil casadas o convivientes en pareja (45%) o solteras (33%) y con estudios primarios o secundarios (78%). El 48% tenía un trabajo remunerado y el 37% eran extranjeras, mayoritariamente de América Latina (19%). El tipo de lesión más frecuente es la física y psíquica (59%) y un 6% presentan sólo daño psíquico. En un 84% de los casos hay al menos un antecedente previo de maltrato. Un 68% recibió un tratamiento farmacológico o curas y sólo un 0,5% requirió un tratamiento quirúrgico. Las lesiones de tipo físico se localizan, mayoritariamente, en los brazos (67%), cráneo (24%), cuello (22%), piernas (22%) y manos (18%). Las localizaciones menos frecuentes son en la boca, oídos, abdomen, glúteos y pies. Los tipos de lesión física más frecuente son: hematomas (53%), erosiones (43%), equimosis (38%) y heridas superficiales (23%). Ahora bien, su distribución varía en función de la localización corporal. Los hematomas son más frecuentes en los glúteos (64%), piernas (63%) y genitales (55%) y los esguinces en pies (23,5%) y cuello (6,5%).

**Conclusiones:** Los casos de VD presentan mayoritariamente daño físico o físico y psíquico, lo que puede ser explicado porque la atención se hace en momentos de crisis. Se dan mayoritariamente en mujeres de edad joven que son casadas o que conviven en pareja.