
XXVI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología

“¿Quién es quién frente a las emergencias en la salud pública?”

Girona, 14-17 de octubre de 2008

COMUNICACIONES ORALES I

Miércoles, 15 de octubre de 2008
9:00 a 11:00

Vigilancia I

Modera: Josep Álvarez Rodríguez

PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR *BORDETELLA PERTUSSIS* EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DE CATALUÑA

P. Plans, J. Jansà, N. Doshi, T. Harrison, A. Plasència, et al
Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Respiratory and Systemic Infection Laboratory, HPA Centre for Infections, London, United Kingdom.

Antecedentes/objetivos: Las infecciones por *Bordetella pertussis* ocurren todavía en la población infantil y adulta de los países europeos a pesar de las elevadas tasas de vacunación. El objetivo de este estudio ha sido investigar la prevalencia de anticuerpos anti-pertusis en una muestra representativa de embarazadas de Cataluña.

Métodos: Se ha investigado la prevalencia de anticuerpos anti-pertusis (PT) en muestras de cordón umbilical obtenidas de una muestra representativa (n = 508) de mujeres atendidas para el parto en Cataluña. Los anticuerpos Ig G anti-PT se determinaron mediante la técnica ELISA. Se consideró que un nivel ≥ 195 eU/ml indicaba infección reciente (12 meses) por *B. pertussis* en las mujeres embarazadas. El estudio se realizó en 2003.

Resultados: Se observó una media de anticuerpos anti-PT de 23.9 eU/ml. La prevalencia de infección reciente por *B. pertussis* fue del 1,8% (IC 95%: 0,5-3,0%) y la prevalencia de anticuerpos detectables (> 4 eU/ml) fue del 72,8 % (IC 95%: 68,9-76,8%). La prevalencia de infección reciente por *B. pertussis* descendía con la edad ($p < 0,01$) y la prevalencia de anticuerpos detectables anti-PT aumentaba con la edad ($p < 0,05$). La prevalencia de infección reciente era $> 2\%$ en las madres de los siguientes grupos socio-demográficos: edad de 15-24 años, hábitat rural, nacidas en Cataluña, clase social VI.

Conclusiones: Los resultados de este estudio muestran que puede ser necesario desarrollar un programa de vacunación anti-pertusis (vacuna acelular) en las mujeres embarazadas para reducir el riesgo de infección durante el embarazo y en los neonatos.

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE “CRITERIOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA GESTIÓN DE SITUACIONES EPIDÉMICAS O DE RIESGO QUE GENERAN CRISIS DE SALUD PÚBLICA”

T. Rodrigo, J.A. Caylà, Grupo de trabajo RCESP, et al
Agencia de Salud Pública de Barcelona; Direcciones Generales de Salud de las 17 CCAA; Centro Nacional de Epidemiología.

Antecedentes/objetivos: España ha sufrido diversos problemas sanitarios que han generado crisis de salud pública, alarma social o problemas políticos debido a que los brotes epidémicos se

han cronificado. Por ello, se realizó un estudio nacional cuyos objetivos eran: - Conocer qué situaciones provocaban mayores y más frecuentes crisis de salud - Consensuar las respuestas que deben llevarse a cabo - Ofrecer las recomendaciones pertinentes para su gestión - Difundirlas entre los gestores potencialmente implicados.

Métodos: Mediante encuesta a responsables de cada CCAA, se identificaron las situaciones que con mayor frecuencia habían provocado crisis entre 1999-2004. Se buscó consenso entre los técnicos de salud de las 17 CCAA y el CNE sobre como resolverlas (mediante el método RAND/UCLA). Con los resultados de consenso se elaboró un documento.

Resultados: Participaron el 100% de las CCAA. Las situaciones que más frecuentemente provocaron crisis fueron: Legionelosis, TIA, SARS, EEB, Bioterrorismo, Meningitis, TB, Olas de calor y Gripe. El 75% de las crisis eran de etiología infecciosa y el 25% por otras causas. Hubo consenso en que el tipo de enfermedad, la alarma social, el tipo de población afectada, las actuaciones de los estamentos públicos y los medios de comunicación, son los factores que influyen en la aparición de las crisis. Por otra parte, factores como información correcta, personal cualificado, disponibilidad de protocolos estandarizados, intercambio de información, creación de gabinete de crisis, único portavoz ante los medios de comunicación y evaluación de las acciones, son los aspectos positivos que favorecen su resolución.

Conclusiones: Las crisis de salud pública se deben frecuentemente a problemas infecciosos. Mediante protocolos adecuados se podrían minimizar su frecuencia y sus consecuencias.

Financiación: Red de Centros de Investigación en Epidemiología y Salud Pública (RCESP).

ATLAS INTERACTIVO DE MORTALIDAD EN ANDALUCÍA (AIMA)

R. Ocaña-Riola, C. Sánchez-Cantalejo, S. Toro-Cárdenas, A. Fernández-Ajuría, J.M. Mayoral-Cortés, C. Méndez-Martínez, M. Ruiz-Ramos, et al
Escuela Andaluza de Salud Pública; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/objetivos: Los fenómenos de salud son dinámicos, habiendo experimentado un ritmo de cambio importante en la mayoría de países europeos durante las últimas décadas. Por este motivo, la evaluación de los resultados en salud, incluida la mortalidad, ha de abordarse desde una perspectiva temporal dinámica. Sólo así será posible describir la evolución de los indicadores de salud, evaluar la repercusión de las políticas sanitarias del pasado y conocer el estado de salud actual de la población para afrontar futuras mejoras. El objetivo de este proyecto fue diseñar el Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía (AIMA), un Sistema de Información Geográfica (SIG) interactivo que permite visualizar en web-site la evolución espacio-temporal de las principales causas de muerte en los municipios de Andalucía desde 1981.

Métodos: El estudio se llevó a cabo en dos etapas, correspondientes al diseño epidemiológico y análisis estadístico de datos y a la implementación de la aplicación informática en web. Para el análisis de la información se realizó un diseño ecológico, utilizando el municipio como unidad territorial. La variable depen-

diente fue el número de muertes observado para cada una de las 19 causas estudiadas, año, grupo de edad y sexo. El suavizado de las tasas específicas de mortalidad y la razón de tasas con respecto a España se realizó mediante modelos jerárquicos bayesianos espacio-temporales, incorporando efectos aleatorios condicionales autorregresivos. El análisis se hizo por separado para cada causa, sexo y grupo de edad. La información resultante se integró en el SIG diseñado para este estudio, basado en arquitectura cliente-servidor que opera en entorno PHP y utiliza cartografía dinámica en formato Flash.

Resultados: AIMA permite visualizar en web-site más de 12.000 mapas y 338.000 gráficos de tendencias correspondientes a la distribución espacio-temporal de la mortalidad en Andalucía. Es el primer SIG interactivo de estas características implementado en España. La selección de mapas temáticos muestra el carácter dinámico de la distribución geográfica de la mortalidad, con un patrón diferente para cada año, grupo de edad y sexo. Para casi todas las causas se observa una tendencia decreciente de la mortalidad en la mayor parte de los municipios andaluces. El acceso a AIMA puede hacerse a través del enlace 'productos' de www.demap.es.

Conclusiones: El estudio de la evolución espacio-temporal de la mortalidad ofrece una imagen dinámica del estado de salud de la población desde los años previos a la reforma sanitaria hasta la actualidad. El análisis y actualización anual de AIMA contribuirá a la reflexión sobre el pasado, presente y futuro de la salud en Andalucía.

EVOLUCIÓN DE LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS DE LOS AISLAMIENTOS DE *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* EN UN HOSPITAL TERCIARIO. PERÍODO 2001-2006

F.X. Belvis, M. Riu, M. Sala, S. Grau, M. Salvado, H. Knobel, J.P. Horcajada, F. Álvarez-Lerma, R. Terradas, et al
Hospital del Mar-IMAS.

Antecedentes/objetivos: Las infecciones nosocomiales por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) multiresistente constituyen un problema creciente en muchos hospitales, pues limitan las opciones terapéuticas e incrementan las tasas de mortalidad y morbilidad. Se pretende describir la evolución de la resistencia a los antibióticos de las infecciones incidentes por PA, e identificar los factores asociados a la misma.

Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes con cultivo positivo por PA entre 2001 y 2006, identificados a partir de la base de datos de Laboratorio. Características del paciente y tratamiento antibiótico recibido se obtuvieron del registro del Hospital (CMBD) y de la base de Farmacia, respectivamente. Se estableció esta tipología de resistencias: PA sensibles (PAS) a todos los antipseudomonónicos habituales; PA multiresistentes (PAMR), únicamente sensibles a Amikacina y/o Colistina; y PA con patrones de resistencia intermedios (PAI), el resto. Se describió la incidencia total y anual, en función de la tipología de resistencias, y de las características del paciente, del proceso clínico y del tipo de tratamiento antibiótico recibido. Mediante regresión multivariable se obtuvo el riesgo de infección multiresistente ajustado.

Resultados: La incidencia global de infecciones por PA durante el período fue de 11,89 por 1000 asistencias (12,67 en 2001; 9,92 en 2006). El porcentaje de PAMR sobre el total de infecciones por PA aumentó de 4,6% en 2001 a 29,9% en 2006, observándose una correspondiente reducción del porcentaje de PAS (49,8% a 38,5%) y PAI (45,6% a 31,6%). En pacientes con tratamiento antibiótico previo, el crecimiento de PAMR fue mayor, pasando de 0,0% en 2001 a 50,9% en 2006, con una reducción correlativa de PAI (72,9% a 32,1%) y PAS (27,0% a 17,0%). La regresión logística PAS vs. PAMR confirmó el tratamiento previo con Quinolonas como principal factor de riesgo (OR = 14,2; $p < 0,001$), ajustando por el resto de variables. Este resultado se repitió en la regresión PAI vs. PAMR (OR = 2,9; $p < 0,001$).

Conclusiones: Las infecciones por PA se han mantenido estables a lo largo del período, observándose en cambio un aumento de las infecciones por PAMR. El tratamiento previo con Quinolonas apa-

rece como el principal factor de riesgo de las mismas. Estos resultados pueden orientar las estrategias de tratamiento antibiótico para el control de la aparición de multiresistencias.

DETECCIÓN TEMPRANA DE ALERTAS: FUENTES INFORMALES

P. Santa-Olalla, M. Cortés, M.J. Sierra, A. Limia, I. Pachón, C. Amela, et al
Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Antecedentes/objetivos: La identificación temprana de alertas es crítica para la preparación y la toma de medidas oportunas frente a posibles amenazas para la salud. El SARS demostró que los medios de comunicación y otras fuentes informales son fuentes valiosas de alertas por su mayor sensibilidad y rapidez. Tres meses antes de la alerta emitida por OMS en marzo de 2003, se tenían noticias de la aparición en Guandong (China) de una neumonía atípica de características inusuales. Si OMS hubiera podido investigar esta información, la historia del SARS podría haber sido otra. A raíz de este hecho, OMS ha oficializado la consulta de este tipo de fuentes pasando a ser un elemento clave de su sistema de alertas. En este trabajo se exploran las posibilidades de uso de fuentes informales en la detección temprana de potenciales amenazas para la salud.

Métodos: Se describen las características de las principales fuentes informales: buscadores de noticias, prensa, foros de discusión electrónicos y las nuevas herramientas de alerta temprana (GPHIN, MedISys y HealthMap).

Resultados: Los sitios de noticias como Google permiten buscar alertas de salud de forma genérica o específica, permitiendo seguir su evolución en el tiempo. ProMED, es un foro electrónico de acceso libre y gratuito sobre brotes de enfermedades transmisibles y toxinas que afectan a la salud humana, vegetal y animal, moderado por expertos y abierto a cualquier fuente de información. Como GPHIN y MedISys, proporciona información actualizada 24/7/365 en varios idiomas. GPHIN es un sistema de alertas basado en Internet con acceso restringido a suscriptores. Controla, recopila y distribuye información preliminar y relevante sobre brotes de enfermedades y otros acontecimientos. Constituye actualmente la principal fuente de información de OMS. MedISys es un sistema de alertas de noticias sobre temas de salud, desarrollado por la Comisión Europea, con acceso restringido y público. Su finalidad es reforzar la red de vigilancia de enfermedades transmisibles y la detección temprana de actividades de bioterrorismo. HealthMap, de acceso libre y gratuito, integra información por ubicación geográfica, de diferentes fuentes y fiabilidad, ofreciendo una visión unificada y exhaustiva del estado de los brotes de enfermedades infecciosas emergentes a nivel mundial.

Conclusiones: Las fuentes informales proporcionan información rápida, detallada, fácilmente accesible y sin restricciones políticas. Permiten obtener alertas en tiempo real. Sin embargo, la información no está estructurada y ninguna fuente es exhaustiva. La necesidad de consultar varias fuentes y de cribar y verificar la información, requiere una sistemática de análisis específica, la inteligencia epidemiológica.

SITUACIÓN DEL SARAMPIÓN EN EL MUNDO EN LA ERA DE LA ELIMINACIÓN

I. Peña-Rey, M.V. Martínez de Aragón, T. Castellanos, E. Alcalde, L. Salamanca, M.M. Mosquera, J.E. Echevarría, F de Ory, et al
Centro Nacional de Epidemiología; Centro Nacional de Microbiología; CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: La eliminación de una enfermedad infecciosa se alcanza cuando la transmisión mantenida del agente no puede ocurrir por falta de susceptibles. La Región de las Américas (AMR) ha eliminado la circulación autóctona del sarampión en 2000. 3 regiones de la OMS: Europea (EUR), Este del Mediterráneo (EMR) y Pacífico (WPR) establecieron planes para hacerlo en 2010. Las regiones del Sudeste asiático (SEA) y Africana (AFR) están en fase de reducir mortalidad. La mortalidad mundial ha descendido en 2006 un 68% (91% en África)

con respecto a 2000 gracias a las altas coberturas vacunales. Para conseguir la eliminación se necesitan coberturas superiores al 95% con dos dosis. Objetivo: conocer la situación del sarampión España, Europa y el mundo, ante la eliminación de la enfermedad.

Métodos: Análisis de la base de datos del plan nacional de eliminación y comparación con el resto de EUR a partir de brotes publicados y bases de datos disponibles de OMS.

Resultados: La tendencia descendente del sarampión en la EUR se ha modificado durante 2005-2006 por la aparición de grandes brotes, reduciéndose en 2007. Un brote en Ucrania fue responsable del 86% (55,700) de los casos en 2006. En España el incremento se registró en 2006, 7 brotes (tasa de incidencia más alta desde 2001, 0,82x100000) y se mantuvo en 2007, con dos brotes. Tras un origen importado se detectó transmisión autóctona en todos ellos. Los casos fueron adultos que no se beneficiaron de la vacunación cuando las coberturas no eran suficientes y menores de 15 meses, edad de administración de la primera dosis. En el resto de EUR, los brotes afectaron a niños y adolescentes. Se identifican los mismos genotipos en toda la región: D6, D4, B3, D5. La AMR notifica anualmente pequeños brotes desde su certificación de eliminación, a partir de casos procedentes en parte de EUR. La cobertura media de vacunación de los 53 estados miembros de EUR en 2006 fue 94% para primera dosis, 9 todavía no alcanzaron el 90%. Sólo Finlandia, ha declarado haber eliminado el sarampión.

Conclusiones: Las altas coberturas en España y en el resto de la región nos sitúan en buen momento para eliminar la circulación autóctona en 2010, si se mantienen coberturas superiores al 95%. Los indicadores de calidad de vigilancia en España y EUR son superiores al estándar del 80% y similares a los de la AMR. La mayor movilidad de la población entre los países miembros favorece la transmisión del virus y mientras sigan existiendo bolsas de susceptibles, incluso en fase de eliminación, la aparición de brotes puede ocurrir, como se observa en la AMR. Los esfuerzos se deben focalizar en adultos jóvenes, autóctonos y extranjeros, población de etnia gitana y otros colectivos minoritarios.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA HIDATIDOSIS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA, 2003-2005

M. Gamarra-Villaverde, I. Pérez, C. Serrano, M.M. Álvarez, J.M. Ramos, A. Barrasa, D. Herrera, et al

Programa de Epidemiología Aplicada de Campo PEAC ISCIII; Servicio de Estadística y Análisis Sanitario Conserjería de Sanidad y Dependencia Junta de Extremadura).

Antecedentes/objetivos: La hidatidosis en Extremadura presentó un marcado descenso en sus tasas, pasando de 6,84/100.000 habitantes en 1984 a 1,04 en 2002, no obstante en los últimos años se aprecia un aumento de casos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) en la Comunidad, siendo de 1,30 en 2003, 1,66 en 2004 y 3,13 en 2005. Con el objetivo de valorar este aumento se realiza la evaluación del SVE estimando su exhaustividad y la calidad de la información.

Métodos: Se realiza el estudio sobre población y territorio extremeño, con datos de vigilancia de hidatidosis durante el período 2003-2005. Se estima la exhaustividad mediante el método captura-recaptura con dos fuentes, el sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) Como definición de caso se sigue el criterio del Protocolo de EDO de la Junta de Extremadura. Se evalúa la calidad del sistema calculando el porcentaje de cumplimentación de las variables recogidas en la ficha epidemiológica. Se presentan las frecuencias de las principales variables y tasas brutas por 100.000 habitantes y año.

Resultados: Durante el período de estudio se han declarado 66 casos al sistema EDO extremeño. La tasa global del período ha sido del 6,6 por 100.000 habitantes. En Badajoz se declararon 14 casos (21%), 9 eran hombres (64%). En Cáceres se declararon 52 casos (79%), 29 eran hombres (56%) En el CMBD se

identificaron 153 casos, de los que 36 eran comunes a EDO. En Badajoz se identificaron 87 casos (74%), 57 eran hombres (63%). En Cáceres se registraron 30 casos (26%), 15 eran hombres (50%) Para toda la comunidad se estima la exhaustividad del sistema EDO en 23,75%, la del CMBD 55,01%, la de ambos registros 65,86%. El total de casos estimados es de 277 (IC 95% 227-329) lo que supondría una tasa bruta de 25,6 por 100.000 habitantes (IC 95% 20,98-30,41). La exhaustividad del sistema EDO ha ido mejorando a lo largo del período (16% en 2003, 20% en 2004 y 33% en 2005). Las variables con peor cumplimentación son: teléfono (46%), localidad del trabajo (52%) y lugar de trabajo (62%).

Conclusiones: Se aprecia una subnotificación al SVE para la hidatidosis, al cual no se notifican todos los casos de esta enfermedad, aunque en el año 2005 se ha apreciado una mejora en la exhaustividad, que influye en el aumento de la tasa de incidencia para este período. Se hace necesaria la búsqueda de otras fórmulas de vigilancia que mejoren la detección de la enfermedad, así como los cruces periódicos entre los sistemas EDO y CMBD para mejorar en lo posible la exhaustividad.

ANÁLISIS DE LA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA RABIA EN EL DISTRITO SANITARIO DE JAÉN DESPUÉS DE UNA DÉCADA (1998-2007)

J.A. Gata Díaz, I. Cuesta Bertomeu, M.L. Gómez Mata, M. Mariscal Ortiz, et al

Unidad de Gestión de Salud Pública. Distrito Sanitario Jaén. Técnico de Salud de Epidemiología. Distrito Sanitario Jaén.

Antecedentes/objetivos: La rabia es una zoonosis con una compleja epidemiología que sigue estando presente en Europa, aunque la incidencia humana es limitada gracias a la aplicación de estrictas medidas de inmunización y profilaxis (tratamientos antirrábicos), así como de las medidas de control veterinario de la rabia en poblaciones animales salvajes y domésticas. En España el territorio peninsular está libre de esta zoonosis desde 1977, aun se siguen detectando algunos casos en animales en el norte de África y que afectan a las ciudades de Ceuta y Melilla, o de viajeros en tránsito hacia los países miembros de la Unión Europea. Realizar una evaluación de los datos obtenidos en el Distrito Sanitario de Jaén en relación a las actividades de vigilancia y control durante el período 1998 a 2007.

Métodos: Se obtuvieron los datos de la memoria-resumen anuales de las actividades de vigilancia y control de la rabia que elabora la Unidad de Gestión de Salud Pública del Distrito Sanitario Jaén. Estos datos fueron analizados comparativamente año a año respecto a las personas lesionadas, los animales agresores controlados y no controlados, los animales vacunados y las personas vacunadas, así como a las diferentes especies animales agresoras.

Resultados: En el Distrito Sanitario de Jaén se produjeron en la década de estudio una media de 211 agresiones a personas por distintas especies animales. De estas agresiones el principal agente agresor (84,94%) fueron los cánidos domésticos, seguido de los felinos domésticos (11,23%). Se controlaron oficialmente el 60,84% de los animales que ocasionaron agresiones y de éstos el 62,62% estaban vacunados. Respecto al valor porcentual de personas agredidas que habían sido vacunadas contra la rabia, fue de 3 de cada 1.000 expuestos (0,37%).

Conclusiones: Los datos de vacunación de animales domésticos agresores pueden reflejar de una forma aproximada cual es la situación respecto a la inmunización de los animales de compañía en la provincia de Jaén, destacando como casi cuatro de cada diez animales domésticos no son sometidos a prácticas de inmunización preventiva. Aunque la rabia es una enfermedad que se percibe como lejana para los ciudadanos es importante concienciar a los propietarios de los animales de compañía de que su papel es fundamental para garantizar nuestro actual estatus sanitario respecto a esta mítica enfermedad.

COMUNICACIONES ORALES I

Miércoles, 15 de octubre de 2008
9:00 a 11:00

Desigualdades y género I

Modera: Isabel Ruiz

DESIGUALDADES SOCIODEMOGRÁFICAS EN TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA, 2004-2005

S. Broker, N. Torner, A. Domínguez, A. Martínez, J. Cayla, J.M. Jansa, G. Trabajo para Toxiinfecciones Alimentarias de Cataluña, et al
CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Departamento de Salud Pública. Universidad de Barcelona; Departamento de Salud. Generalitat de Cataluña; Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: El objetivo de este estudio fue investigar la posible relación entre la tasa de incidencia de los brotes de toxiinfecciones alimentarias registradas en Cataluña y las características demográficas y socioeconómicas de la población residente en dicha comunidad autónoma durante el periodo comprendido entre octubre de 2004 y octubre de 2005.

Métodos: Se realizó un estudio ecológico transversal tomando como unidad de análisis los municipios de los establecimientos o domicilios implicados (brotes familiares), considerando al municipio de Barcelona subdividido en distritos. Se analizaron los brotes registrados durante este periodo, excluyéndose aquellos que no se pudo localizar su ubicación. Se utilizaron datos del Instituto de Estadística de Cataluña y del Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Barcelona para construir, según los niveles de agregación elegidos, las siguientes variables demográficas y socioeconómicas: proporción de población mayor de 65 años, proporción de mujeres, renta familiar disponible por habitante, proporción de adultos con estudios superiores, proporción de parados, tamaño medio del hogar y proporción de la población que realiza tareas del hogar no remuneradas. Se utilizaron modelos de regresión de Poisson para estudiar la asociación entre la tasa de brote y las variables explicativas, categorizadas en los niveles bajo, medio y alto con el nivel bajo como referencia, y teniendo en cuenta características tales como el ámbito, el tamaño y las muestras recogidas en cada brote. Se utilizó el logaritmo de la verosimilitud (LV) como medida de bondad de ajuste.

Resultados: Los valores LV para los distintos modelos variaron entre -171,5 y -54,7. El modelo que mejor ajustó mostró que la tasa de incidencia de brote disminuyó en municipios donde: la proporción de personas con estudios superiores es alta (RR = 0,59; IC 95%: 0,37-0,95), la proporción de personas mayores de 65 años es alta (RR = 0,69; IC 95%: 0,47-0,99), la proporción de la población que realiza tareas en el hogar es media (RR = 0,64; IC 95%: 0,43-0,94), la proporción de mujeres es media (RR = 0,45; IC 95%: 0,30-0,66) y la tasa de paro es media (RR = 0,51; IC 95%: 0,32-0,82).

Conclusiones: Se observó alta colinealidad entre las variables renta y estudios superiores, y que las variables que más influyen en la aparición del brote, a nivel municipal y distrital, son la proporción de paro, de mujeres, de personas mayores de 65 años, de personas con estudios superiores y de personas que realizan tareas del hogar.

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD POR CIRROSIS Y OTRAS HEPATOPATÍAS CRÓNICAS EN VARONES. ZARAGOZA, 1996-2003

I. Aguilar, C. Feja, M.L. Compés, M. Esteban, M.C. Martos, et al
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón; GRECS. Universitat de Girona.

Antecedentes/objetivos: Las desigualdades socioeconómicas conllevan un exceso de morbi-mortalidad en los colectivos más desfavorecidos, generando diferencias en salud que han au-

mentado en los últimos años. La cirrosis y las hepatopatías crónicas son enfermedades estrechamente relacionadas con el consumo de alcohol, hábito que se ha encontrado asociado a su vez a una clase social baja. En el marco del proyecto MEDEA, el objetivo de este estudio es identificar desigualdades geográficas en la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en varones residentes en la provincia de Zaragoza en el periodo 1996-2003 y su asociación con factores socioeconómicos.

Métodos. Las defunciones por cirrosis y otras hepatopatías crónicas (CIE-9 571; CIE-10 K70, K72.1, K73, K74, K76.1.9) se obtuvieron del Registro de Mortalidad de Aragón y los datos socioeconómicos del Censo del 2001. La unidad geográfica de análisis para Zaragoza capital fue la sección censal (SC) y para el resto de la provincia el municipio. Para cada SC se calculó la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME), utilizando como referencia la mortalidad en España en el 2001. Se calculó un índice sintético de privación mediante el análisis de componentes principales, utilizando 5 indicadores socioeconómicos (% desempleo, % instrucción insuficiente, % instrucción insuficiente en jóvenes, % trabajadores manuales y % asalariados eventuales). En Zaragoza capital este índice explicaba el 75% de la variabilidad, mientras que para el resto de la provincia fue del 31%. El índice se incluyó en el modelo en cuartiles. La RME fue ajustada por un modelo GLMM bayesiano.

Resultados: En el periodo 1996-2003 se registraron para las causas estudiadas 717 defunciones (495 en la capital y 222 en el resto de la provincia). En Zaragoza capital se observó que las SC con menor índice de privación presentaron un riesgo menor de mortalidad por cirrosis y otras hepatopatías crónicas, y que este riesgo se incrementaba a medida que aumentaba el índice de privación. Así, la mortalidad del cuartil superior fue 2,1 (1,5-2,8) veces mayor que la del inferior, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas. A nivel de la provincia, sin embargo, no se encontró relación entre el nivel socioeconómico y la mortalidad por cirrosis.

Conclusiones: Las SC de Zaragoza capital más deprimidas presentan una mayor mortalidad por cirrosis y otras hepatopatías crónicas. Esta relación no se ha encontrado para el resto de la provincia, posiblemente debido a la baja variabilidad explicada por el índice utilizado. Se plantea por tanto la necesidad de buscar un índice de privación adecuado a nivel rural.

Financiación: Proyecto FIS: PI042602.

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN. COMUNIDAD DE MADRID, 1996 A 2003

A. Gandarillas, F. Domínguez, M.J. Soto, L. López, M.I. Marta, B. Zorrilla, I. Duque, I. Galán, et al

Dirección General de Atención Primaria; Dirección General de Ordenación e Inspección; Subdirección General de Estadísticas de Población e Inmigración (INE).

Antecedentes/objetivos: El objetivo es describir el patrón geográfico de mortalidad por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (CIE 9ª 162, CIE 10ª C33, C34) por sección censal y estimar su asociación con la privación socioeconómica, según género.

Métodos: Estudio ecológico transversal en el que la población de estudio son los fallecidos en viviendas familiares entre 1996 y 2003 y residentes en la Comunidad de Madrid (CM), datos cedidos por el Registro de Mortalidad del Instituto de Estadística regional. Se ha calculado la razón de mortalidad estandarizada (RME) por sección censal. Los casos esperados se obtuvieron con la población de la CM y las tasas de mortalidad específicas por edad de España del año 2001. Se ha tomado el índice de privación socioeconómica elaborado en el proyecto MEDEA a partir de 5 indicadores censales: desempleo, instrucción insuficiente (total y en jóvenes), trabajadores manuales y asalariados eventuales. Mediante modelos mixtos de poisson y métodos bayesianos de suavización espacial se ha obtenido el RR suavizado y la probabilidad a posteriori de $RR > 1$, que se representan en mapas. Con la misma metodología se calcula el RR de mortalidad por cuartiles del índice de privación socioeconómica y se describen las diferencias por género.

Resultados: En los 8 años del estudio fallecieron por esta causa 13863 hombres, RME = 93,7 (92,2-95,3) y 2.061 mujeres, RME = 1,07(1,02-1,12). En hombres, a excepción del distrito de Parla al sur de la región, que muestra la mayor mortalidad, el mayor riesgo se observa en las secciones de los distritos del centro y sur del municipio de Madrid; en mujeres la mayor mortalidad se observa en los distritos del centro y norte del municipio de Madrid, destacando fuera de éste el distrito de Majadahonda. Los RR de mortalidad por cuartiles (Q) del índice de privación socioeconómica y sus intervalos de credibilidad, (IC 2,5%-97,5%), tomando Q1, menor privación, como categoría de referencia, son: Q2 = 1,18 (1,12-1,25); Q3 = 1,36 (1,28-1,45); Q4 = 1,60(1,50-1,71), para los hombres; y Q2 = 0,74 (0,65-0,84); Q3 = 0,76 (0,66-0,88); Q4 = 0,75 (0,64-0,89), para las mujeres.

Conclusiones: Respecto a España la CM muestra menor mortalidad por cáncer de pulmón en hombres y mayor en mujeres. Dentro de la región, el patrón geográfico de riesgo es diferente por género, y así también su asociación con la privación socioeconómica: en hombres se observa un claro gradiente positivo entre mortalidad y privación socioeconómica, mientras que en mujeres la relación es inversa y estable entre cuartiles.

Financiación: Financiación: FIS: PI040069.

22 AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD EN LA CIUDAD DE BARCELONA

A. Dalmau-Bueno, A. García-Altés, M. Marí-Dell'Ollmo, K. Pérez, A.E. Kunst, C. Borrell, et al

CIBER Epidemiología y Salud Pública; Agència de Salut Pública de Barcelona; Erasmus University Rotterdam.

Antecedentes/objetivos: Existe evidencia sobre la asociación entre la mortalidad y la posición socioeconómica de la zona de residencia. El análisis de las desigualdades es de vital importancia para estimular a los agentes implicados a reducirlas. El objetivo de este estudio es analizar la evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas en Barcelona durante los años 1983-2004.

Métodos: Estudio ecológico de tendencias con cuatro cortes transversales (1983-1988, 1989-1994, 1995-1999 y 2000-2004), siendo el Área Básica de Salud (ABS) la unidad de análisis. La población de estudio son los hombres y mujeres fallecidos residentes en Barcelona de 20 o más años. Las fuentes de información son el Registro de Mortalidad y el Padrón de Habitantes. Como variables dependientes se utilizan las tasas de mortalidad (TM) por todas las causas. Como variable independiente contextual se ha calculado un índice compuesto de privación socioeconómica de las ABS basado en el desempleo y la instrucción insuficiente. Las ABS se han agrupado en cuartiles según los valores del índice. Se han realizado modelos de Poisson para estimar el riesgo relativo de mortalidad por todas las causas (RR) en las cuatro agrupaciones de ABS, estratificado por edad (20 a 39 años, 40 a 59, 60 a 79 y 80 o más años) y sexo.

Resultados: En todos los periodos de estudio se observan desigualdades en mortalidad según el ABS de residencia tanto en hombres como en mujeres. Las TM de las ABS menos favorecidas son mayores que las TM de las ABS más favorecidas. No obstante, las desigualdades disminuyen tanto en términos absolutos como en términos relativos. Por ejemplo, en los hombres del grupo de edad de 60 a 79 años el RR es de 2,45 [2,14-2,79] en el período 1983-1988 y de 1,08 [1,01-1,16] en el período 2000-2004, mientras que en las mujeres del mismo grupo de edad el RR de mortalidad es de 2,33 [1,93-2,80] y de 1,12 [1,04-1,20] en los períodos 1983-1988 y 2000-2004, respectivamente. Si bien las TM son mayores en los hombres que en las mujeres, las desigualdades son similares entre ambos sexos. Finalmente, las desigualdades son mayores en los grupos de edad más jóvenes que en los grupos de edad más avanzadas.

Conclusiones: Se mantienen las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en las ABS de Barcelona tanto en hombres como en mujeres, a pesar de la disminución de las desigualdades tanto en términos absolutos como en términos relativos. Las desigualdades son mayores en los grupos jóvenes que en los ma-

yores. Las políticas públicas deberían tener en cuenta esta información en el abordaje las desigualdades a nivel de ABS. Financiación: FIS PI052639.

LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS EN CATALUNYA

M. Rodríguez-Sanz, K.B. Rocha, M.I. Pasarín, G. Pérez, C. Borrell, et al
Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/objetivos: La universalización de la atención sanitaria no garantiza totalmente la equidad en la accesibilidad a los servicios sanitarios. En España y Catalunya, a pesar de disponer de un sistema nacional de salud (SNS), hay personas que contratan seguros privados, lo que potencia el aumento de las desigualdades. El objetivo del estudio es analizar las desigualdades socioeconómicas en la realización de prácticas preventivas en Catalunya el 2006.

Métodos: El diseño es transversal. La población de estudio es la residente en Catalunya que contestó la Encuesta de Salud de Catalunya de 2006 (N = 15161). Las variables dependientes son la declaración de realizar una serie de prácticas preventivas (vacunación de la gripe, control periódico de la tensión arterial y el nivel de colesterol en sangre, y visitas al dentista). Las variables explicativas son la edad, la clase social (manuales/no manuales) y el tipo de cobertura sanitaria (pública/doble cobertura –pública y privada–). Se estiman, para hombres y mujeres, las prevalencias de realización de las prácticas preventivas según la clase social y el tipo de cobertura sanitaria, estandarizadas por edad. Se ajustan modelos de regresión log-binomial para estimar las razones de prevalencias (RP) y sus intervalos de confianza (IC 95%).

Resultados: Un 28% de la población catalana tenía doble cobertura (37% en no manuales y 18% en manuales). Un 65% de los mayores de 60 años se había vacunado de la gripe, los mayores de 40 años que se tomaban regularmente la tensión arterial y el colesterol en sangre fueron el 36% y el 68%, respectivamente, sin diferencias según clase social o cobertura sanitaria. Sin embargo, sí se observan desigualdades en las visitas al dentista, siendo la frecuentación mayor en las mujeres (38% de mujeres y 31% de hombres), las personas de clases privilegiadas (RP = 1,2 IC 95% = 1,1-1,3 hombres, RP = 1,2 IC 95% = 1,2-1,3 mujeres) y la población beneficiaria de doble cobertura (RP = 1,3 IC 95%=1,2-1,4 hombres, RP = 1,2 IC 95% = 1,2-1,3 mujeres).

Conclusiones: La población que realiza controles periódicos de la tensión arterial aún es bajo, comparado con la vacunación de la gripe y el control del nivel de colesterol en sangre; de todas maneras, estas prácticas preventivas no presentan diferencias entre grupos sociales probablemente porque pueden realizarse desde el SNS. Sin embargo, la frecuentación al dentista es baja y además presenta desigualdades relacionadas con las clases sociales más privilegiadas y con el hecho de disponer de cobertura sanitaria mixta. La inclusión de prácticas preventivas en la cartera de servicios prestados por el sistema público puede disminuir las desigualdades socioeconómicas en estas prácticas.

Financiación: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica 098/12/06.

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PREVALENCIA Y DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑOLES Y ECUATORIANOS

I. Jarrin, A. Llacer, A. García-Fulgueiras, V. Ibáñez-Rojo, R. García-Pino, D. Díaz del Peral, V. García-Ortuzar, M.V. Zunzunegui, J. del Amo, et al

ISCIII; Consejería de Sanidad de Murcia; Hospital de Poniente; Universidad de Montreal.

Antecedentes/objetivos: Estimar la prevalencia y factores de riesgo de posible caso psiquiátrico (PCP) en mujeres y hombres españoles y ecuatorianos.

Métodos: Encuesta domiciliaria con dos niveles: individuos y áreas de residencia (AR). Se seleccionaron 33 AR (pueblos/barrios) de 4 CCAA según máxima diversidad (urbanidad, densidad étnica

y riqueza) realizándose un muestreo probabilístico de sujetos entre 18-55 años con proporcionalidad de sexo y nacionalidad desde el padrón municipal. El trabajo de campo se hizo en Mayo-Diciembre 06. Para maximizar la tasa de respuesta se envió una carta a los seleccionados con logos institucionales y aviso de bonificación de 10?. La Salud Mental (SM) se midió con GHQ-28 considerándose PCP puntuaciones mayores a 5. Se utilizó regresión logística múltiple para determinar los factores de riesgo de PCP utilizando métodos robustos para calcular intervalos de confianza.

Resultados: Se entrevistaron 1.144 sujetos, 50% mujeres y 50% ecuatorianos. La tasa de respuesta fue 58% en hombres y 61% en mujeres, 68% en Ecuatorianos/as y 54% en Españoles/as. La prevalencia de PCP fue 24% en mujeres españolas, 34% en ecuatorianas, 12% en españoles y 14% en ecuatorianos. En el análisis multivariante (OR; IC 95%), los factores de riesgo de PCP en mujeres fueron: tener hijos (2,9;1,3-6,2) o tener hijos y pareja (2,2;1,1-4,5) comparado con mujeres que viven solas y sin hijos o en pareja y sin hijos, insatisfacción laboral (3,9;1,8-8,3), ganar menos del salario mínimo interprofesional (2,4;1,0-5,3), no tener confidente económico (1,7;0,9-3,1). Tener estudios universitarios era protector en españolas (0,2;0,1-0,6) pero factor de riesgo en ecuatorianas (2,3;0,8-6,9). La falta de confidente afectivo era factor de riesgo sólo en españolas (5,2;1,2-22,5). En hombres, los factores de riesgo de PCP fueron: mal ambiente en el trabajo (2,4;1,3-4,4), no tener confidente económico (3,6;1,3-9,1) y no tener amigos (2,5;0,9-6,7) ni apoyo social (1,6;0,9-2,9). La falta de apoyo de la pareja era factor de riesgo solo en españoles (5,9;2,7-12,5).

Conclusiones: Las mujeres tienen peor salud mental que los hombres. Los factores de riesgo de PCP en mujeres se relacionan con su papel de madre, insatisfacción laboral, bajo salario y falta de apoyo económico. La falta de confidente económico es factor de riesgo sólo en españolas. El alto nivel educativo protege de ser PCP en españolas pero es factor de riesgo en ecuatorianas. En hombres, los factores de riesgo de PCP son un mal ambiente en el trabajo, falta de apoyo social y económico y no tener amigos. La falta de apoyo de la pareja se asocia con PCP sólo en españoles.

Financiación: FIS PI041026 y CIBER Salud Pública y Epidemiología.

LA CONTRIBUCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO A LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO: UNA APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE LA MORTALIDAD EVITABLE

U. Martín, C. Audicana, S. Esnaola, A. Bacigalupe, et al
Universidad del País Vasco; Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

Antecedentes/objetivos: Las desigualdades en el acceso y calidad de la asistencia sanitaria constituyen factores de producción y reproducción de las desigualdades sociales en salud. La mortalidad evitable, entendida como las muertes que se considera no deberían haberse producido ya que existen intervenciones efectivas para evitarlas, constituye una de las posibles aproximaciones para estudiar y cuantificar la contribución del sistema sanitario a las desigualdades sociales en salud.

Métodos: Estudio transversal y ecológico. Mediante el análisis de componentes principales se calculó un índice de privación que combinaba cuatro indicadores socioeconómicos. Utilizando este índice se ordenó el total de secciones en quintiles y se calcularon, para los periodos 1996-99 y 2001-2004, las tasas estandarizadas de mortalidad total y evitable para cada quintil y sexo, y los riesgos relativos ajustados por edad mediante modelos de Poisson. Se utilizó la lista de causas propuesta por Nolte et al en 2008. Las desigualdades en la mortalidad evitable y su evolución se compararon con las desigualdades en la mortalidad total en el mismo rango de edad (0-74) utilizando diferentes medidas resumen (cociente y diferencia entre extremos y pendiente de regresión). La contribución del sistema sanitario a las desigualdades en mortalidad

se estimó como el cociente entre las desigualdades en mortalidad evitable y mortalidad total.

Resultados: En 2001-2004 las desigualdades en la mortalidad evitable en hombres fueron, en términos relativos, menores que las encontradas en la mortalidad total, mientras que en las mujeres fueron similares. En el periodo estudiado las desigualdades en la mortalidad evitable aumentaron más que las desigualdades en la mortalidad total en hombres, mientras que en las mujeres lo hicieron de forma similar. La contribución del sistema sanitario a las desigualdades sociales en la mortalidad se estimó en un 15-20% en hombres y en un 30-40% en mujeres. En hombres, la mortalidad evitable de las clases más favorecidas disminuyó en mayor medida que la de las menos favorecidas. En el caso de la mortalidad general, la diferencia del descenso entre clases fue menor, por lo que la contribución del sistema sanitario a las desigualdades en la mortalidad creció en hombres. En el caso de las mujeres se mantuvo constante en el periodo estudiado.

Conclusiones: Al igual que otros determinantes, el sistema sanitario también contribuye a la existencia de desigualdades sociales en la salud y, por tanto, debe constituir un área de intervención para la implementación de medidas dirigidas a su reducción.

PROMOCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES INMIGRADAS Y AUTÓCTONAS. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ENSAYO SIRIAN

E. Díez, S. Gómez, E. Cobo, J. Cortés, J.C. Oliva, R. Almirall, E. Vela, C. Martínez, G. Pérez, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; CAP Les Hortes; Universitat Politècnica de Catalunya; Associació CEPS; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/objetivos: En Barcelona las tasas de interrupción voluntaria del embarazo y los embarazos no planificados son más elevadas entre las mujeres inmigradas. De acuerdo con un estudio cualitativo ad-hoc, las inmigradas demandan información sobre los métodos contraceptivos. Se estudia la efectividad de una intervención dirigida a aumentar el conocimiento y el uso de contracepción pre y postcoital, y el uso de los servicios de salud reproductiva, culturalmente sensible, mediante una intervención multicomponente.

Métodos: Ensayo controlado aleatorizado. Ámbito: dos barrios de Barcelona con alta proporción de inmigración. Datos analizados: de octubre 2006 a marzo 2008. Muestra estimada: 200 por grupo para detectar una diferencia del 15%, con $p = q = 0,5$ y 95% de confianza. Participantes: mujeres inmigradas y autóctonas de 17 a 49 años. Captación: centros sociales, de salud, entidades, escuelas y tiendas. Asignación: aleatoria con minimización según país de origen. Recogida de datos: entrevista con cuestionario. Variables principales: conocimiento y uso de contracepción pre y postcoital, y de los servicios de salud reproductiva. Plan: en grupo de intervención (GI), encuesta + intervención y, tres meses después, encuesta; en el grupo control (GC), encuesta y, tres meses después, encuesta + intervención. Intervención: entrevista a medida, de 30 minutos, con derivación preferente a servicios de salud según criterios y facilitación de preservativos, píldoras o DIU gratuitos. Análisis: por intención de tratar, descriptivo, OR e IC.

Resultados: Se evalúan 237 mujeres. Se aleatorizan 189. Se asignan al GI 99 y al GC 90. Pedidas: 3 en GI y 3 en GC. Grupos comparables respecto a edad, captación, país de nacimiento, educación, situación laboral, pareja, tarjeta sanitaria, padrón, conocimiento y uso del CAP y del centro de salud sexual y reproductiva, y conocimiento y uso de métodos contraceptivos. Con la intervención aumenta el conocimiento de métodos contraceptivos (OR: 14,7; IC: 4,3-50,5) y de anticoncepción poscoital (OR: 6,3; IC: 3,3-12,1), el uso de métodos se acerca a la significación (OR: 1,8; IC: 0,9-3,7) y el uso de servicios permanece estable (OR: 1,3; IC: 0,6-2,8). Aumenta el uso del DIU (OR: 5,0; IC: 1,1-23,5).

Conclusiones: Los resultados preliminares muestran que una intervención de consejo individualizado en mujeres autóctonas e

inmigradas aumenta el conocimiento de los métodos contraceptivos pre y postcoitales y el uso de un método que se proporciona de forma gratuita.

Financiación: FIS 2005/2727.

COMUNICACIONES ORALES I

Miércoles, 15 de octubre de 2008

9:00 a 11:00

VIH-sida I

Moderador: Jordi Casabona Barbará

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA DE INFECCIÓN POR VIH Y SÍFILIS EN LUGARES DE INTERACCIÓN SOCIAL DE HSH

I. Hurtado, I. Alastrué, M. Martín, P. García de Olalla, A. Juan, S. Pérez-Hoyos, et al

CIBERESP; CIPS; EVES; ASPB.

Antecedentes/objetivos: El reciente aumento de la infección por VIH, sífilis y otras ITS en hombres que mantienen sexo con hombres (HSH) está relacionado con su elevada prevalencia y con el incremento de las prácticas sexuales de riesgo observado desde el año 2000. El diagnóstico precoz se muestra como una intervención eficiente en el control de la transmisión de la infección, además de los beneficios que conlleva para el paciente. El acceso al circuito asistencial y a los programas de prevención no siempre es fácil o no se conoce su existencia. El objetivo del presente trabajo es mostrar los resultados de una intervención preventiva en lugares de interacción social de HSH.

Métodos: Entre enero y abril de 2008 se visitaron 1-2 veces por semana 3 saunas y 4 pisos de Valencia en los que se ejerce la prostitución masculina. A todos los usuarios de las saunas y a los profesionales de los pisos se les preguntaba por su conocimiento del Centro de Información y Prevención del SIDA (CIPS) y se les ofertaba la posibilidad de efectuar la prueba rápida del VIH y sífilis cuyo resultado podían recoger a partir del día siguiente en el CIPS donde se efectuaba la confirmación diagnóstica. Además se efectuaba counselling pre y postprueba. En los pisos se dejaban folletos informativos para los clientes. Se realizó un análisis descriptivo de la información.

Resultados: Durante la intervención se ha ofrecido la prueba a 374 usuarios de saunas y personas que ejercen la prostitución en los pisos. De ellos el 34% habían oído hablar del CIPS. Un 27% tenía una historia previa en el CIPS. 130 personas (36%) accedieron a realizarse las pruebas. El 76% fueron reclutados en saunas y el 24% en pisos. 4 (3,1%) fueron positivos frente al VIH y un 3,3% frente a la sífilis. Uno de cada tres (35%) de los 130 sujetos que se efectuaron los tests no se los había realizado con anterioridad. Cabe reseñar que en el 40% de los HSH el motivo para hacerse la prueba fue haber mantenido contacto sexual sin protección. El 41% de los que se efectuaron las pruebas rápidas no acudió al CIPS para conocer el resultado.

Conclusiones: La intervención llevada a cabo en lugares de interacción social de HSH pone de manifiesto el desconocimiento de los recursos asistenciales para la prevención del VIH y su falta de uso incluso habiendo sido derivados para recoger los resultados de la prueba. Pese a mantener relaciones de riesgo, el número de sujetos que nunca se había realizado la prueba es elevado. La prevención directa en los lugares donde interaccionan

socialmente los HSH ha permitido la realización de la prueba a un número importante de personas y probablemente adelantar el diagnóstico de la infección en algunos casos, así como facilitar el acceso al sistema sanitario.

COINFECCIÓN VIH-SÍFILIS EN NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE SÍFILIS INFECCIOSA EN UNA RED DE CENTROS DE ITS

A. Díaz, M. Díez, E. Fernández, F.J. Bru, M. Cámara, V. Esteban, M.L. Junquera, B. Martínez, y Grupo de trabajo de ITS, et al
CNE; CIPS Alicante; Ayto Madrid; H. Basurto; H. Monte Naranco.

Antecedentes/objetivos: Describir los casos con coinfección VIH/sífilis en nuevos diagnósticos de sífilis infecciosa y evaluar las variables relacionadas con la coinfección.

Métodos: Estudio descriptivo. Ámbito: 14 centros de ITS de 7 Comunidades Autónomas. Periodo: julio 2005-diciembre 2006. Variables: sexo, edad, origen, nivel de estudios, estatus VIH, antecedentes de ITS y mecanismo de transmisión. La asociación entre variables cualitativas o cuantitativas se evaluó con las pruebas de chi-cuadrado y T-Student. Se ajustó un modelo de regresión logística para evaluar los factores asociados a la coinfección VIH-sífilis, utilizando la OR y el intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Durante el período de estudio se identificaron 459 casos de sífilis infecciosa (150 sífilis primaria, 208 secundaria y 101 latente precoz). La mayoría de los casos fueron hombres (82,3%), españoles (62,5%), con una edad media de 35 años (DE: 9,8), y con estudios secundarios o superiores (57,3%). El mecanismo de transmisión más común (67,3%) fueron las relaciones homo/bisexuales. De total de casos, 86 (18,7%) estaban co-infectados con VIH y la mayoría (72 casos) conocían su estatus previamente al diagnóstico actual de sífilis. La coinfección VIH-sífilis fue superior en hombres (21,7% frente a 1,5% en mujeres), en personas con estudios secundarios/superiores (23,2% frente a 9,4% en los de estudios/primarios), en la transmisión homo/bisexual (25,2% frente a 2,5% en la heterosexual) y en pacientes con antecedentes de ITS (29,1% frente a 5,7% en aquellos sin antecedentes). En el análisis multivariado ajustando por sexo, edad, lugar de origen y nivel de estudios, los factores asociados positivamente con coinfección VIH-sífilis fueron: mecanismo de transmisión homo/bisexual entre hombres respecto a relaciones heterosexuales (OR: 7,2 [IC 95%:1,6-31,5]) y la existencia de antecedentes de ITS (OR: 5,1 [IC 95%:2,2-12,2]).

Conclusiones: En este estudio, la sífilis infecciosa afecta principalmente a hombres adultos, españoles, con estudios secundarios/superiores y su transmisión se atribuye a relaciones homosexuales entre hombres. La prevalencia de coinfección con el VIH es importante y se detectan diferencias entre distintos subgrupos.

NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH: DIFERENCIAS ENTRE CASOS CON Y SIN UN TEST NEGATIVO PREVIO (ESTUDIO EPIVIH)

A. Díaz, J. Belda, F.J. Bru, M. Cámara, C. de Armas, M.L. Junquera, M.C. Landa, M.E. Lezaun, y Grupo EPIVIH, et al
CNE; CIPS Alicante; Ayto Madrid; H. Basurto; C. Dermatológico Tenerife; H. Monte Naranco; H. Virgen del Camino; CS San Millán.

Antecedentes/objetivos: Realizarse la prueba del VIH es esencial para el diagnóstico precoz de la infección; sin embargo, esta estrategia no es en sí misma una medida de prevención primaria. Analizamos los factores asociados a la existencia de un test negativo previo en nuevos diagnósticos de VIH.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en 19 centros de diagnóstico de VIH/ITS (2003-2006). Se recogió, mediante cuestionario anónimo, el sexo, edad, lugar de origen y prácticas de riesgo para el VIH. Se realizó análisis bivariante y multivariante de regresión logística para determinar los factores asociados a presencia de un test negativo previo, calculando las OR e intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Durante este período se identificaron 1.595 nuevos diagnósticos de VIH, de los que 63,9% tenían una prueba anterior negativa; la mediana de tiempo entre el test previo y el diagnóstico fue de 2 años (P25-P75:1-3). La proporción de casos

con un test previo fue superior en hombres (67,7%) que en mujeres (43,4%); en aquellos con estudios secundarios/superiores (56,9%) respecto a sin estudios/primarios (68,7%); en españoles (66,2%) y en los de Europa Occidental (83,1%) respecto a aquellos con otro origen; en usuarios de drogas (70,5%) y hombres que habían tenido relaciones sexuales con hombres (HSH) (72,2%) respecto a heterosexuales (38,3%) y en los que tenían antecedentes de ITS (74,6%) frente a los que no (55,7%). En el análisis multivariante, ajustando por centro y año de diagnóstico, la probabilidad de tener un test negativo previo fue mayor en los procedentes de Europa occidental (OR = 2,2, IC 95%: 1,0-1,4) comparados con los españoles, en los HSH (OR = 3,4, IC 95%: 2,3-4,9) comparados con los heterosexuales y en los casos que habían padecido anteriormente alguna ITS (OR = 2,0, IC 95%: 1,5-2,6); los mayores de 38 años presentaron menor probabilidad de haberse testado respecto a los menores de 28 años (OR: 0,7, IC 95%: 0,5-1,0), así como los casos de Europa del Este (OR = 0,4, IC 95%: 0,2-0,8) y África subsahariana (OR = 0,5, IC 95%: 0,3-0,8) respecto a los españoles.

Conclusiones: En los nuevos diagnósticos de VIH de estos centros, el porcentaje de pacientes con un test previo negativo es elevada, observándose diferencias según edad, lugar de origen, mecanismo de transmisión y antecedentes personales de ITS. Estos resultados pueden ayudar a identificar aquellas personas es las que es necesario reforzar las estrategias de prevención en el post-counselling a fin de evitar la adquisición de la infección por el VIH.

Financiación. FIPSE (Exp 36303/02 y 36537/05).

IMPUTACIÓN DE LA FECHA DE SEROCONVERSIÓN AL VIH DE LOS SUJETOS SEROPREVALENTES DE LA CoRIS

S. Pérez-Hoyos, P. Sobrino, I. Hurtado, C. Tural, P. Viciano, F. Gutiérrez, R. Rubio, I. Santos, et al
CIBERESP; RIS; EVES; ISCIII.

Antecedentes/objetivos: En los estudios de cohortes, el desconocimiento del tiempo transcurrido desde el momento de la seroconversión a la entrada al seguimiento puede producir sesgos importantes, al no ser comparables los grados de madurez de aquellos sujetos que son identificados como seropositivos en el momento del reclutamiento (seroprevalentes). El porcentaje de linfocitos CD4 es un marcador del nivel de progresión de la infección por VIH que se ha utilizado en estudios de imputación de la fecha de seroconversión. El objetivo del presente trabajo es imputar la fecha de la seroconversión en la cohorte de la Red de Investigación de Sida (CoRIS).

Métodos: Se dispone de 2560 sujetos naïve infectados por VIH reclutados entre enero de 2004 y mayo de 2007 en los hospitales participantes en la CoRIS para los que se disponía del porcentaje de CD4. Se imputa la fecha de seroconversión a partir del modelo descrito por Muñoz et al (Stat Med 1992;11:939-52) a partir de la fecha de medición del %CD4, de la fecha del primer diagnóstico de infección por VIH asumiendo que la infección no ocurrió antes del año 1980 o antes de los 15 años de edad. Para cada sujeto se imputó la fecha de seroconversión como la media geométrica de 5 muestras aleatoria extraídas del modelo Weibull de progresión desde la infección hasta un nivel determinado de %CD4. El proceso se replica 5000 veces y se estima la fecha de seroconversión como la mediana de las imputaciones, obteniendo el intervalo de confianza al 95% a partir de los intervalos 5% y 95%. Se presenta un análisis descriptivo de los resultados.

Resultados: Los 2.650 sujetos se reparten de una forma uniforme a lo largo del periodo de reclutamiento. La mediana de la fecha de seroconversión se sitúa en febrero de 2001 (Rango Inter-cuartílico (RIC):07/1999-04/2003) y la mediana desde la seroconversión hasta la entrada en CoRIS en 4,9 años (RIC: 1,8-5,5 años). Un 17% de los sujetos habían desarrollado sida y un 2% habían muerto. En aquellos que desarrollan sida, la fecha imputada de seroconversión es anterior comparados con los que siguen libres de sida (mediana 03/2000 frente a 04/2001); además, partían de %CD4 más bajo. El mismo patrón se observa en los sujetos que mueren.

Conclusiones: La imputación del instante de seroconversión ha permitido caracterizar la madurez de la cohorte de CoRIS situándola en aproximadamente 5 años de infección cuando los sujetos han sido reclutados. Esta imputación permitirá corregir el sesgo de supervivencia en futuros trabajos de progresión que se lleven a cabo en el seno de CoRIS.

DIFERENCIAS EN MORTALIDAD POR CAUSA ESPECÍFICA A LARGO PLAZO EN UNA COHORTE DE USUARIOS DE DROGAS INTRAVENOSAS POR COINFECCIÓN DE VIH Y VHC, ANTES Y DESPUÉS DE LA INTRODUCCIÓN DE TARGA: 1990-2006

L. Donat, B. Lumbreras, I. Ferreros, S. Pérez-Hoyos, R. Muga, M. García-de la Hera, A. Sanvisens, I. Hurtado, I. Hernández-Aguado, et al
Departamento de Salud Pública, Universidad Miguel Hernández; CIBER en Epidemiología y Salud Pública; Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; Hospital Trias i Pujol, Badalona.

Antecedentes/objetivos: La coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es común entre los usuarios de drogas intravenosas (UDIs). Los objetivos de este estudio son estudiar el impacto de la coinfección por VHC y VIH en la mortalidad por causa específica y analizar los cambios producidos a partir de la introducción de la terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA) en 1997.

Métodos: Cohorte de UDIs reclutada entre 1990 y 1996 en los tres centros de prevención e información de SIDA en la Comunidad Valenciana, a los que se les había realizado la prueba serológica de VHC. Los datos se cruzaron con el Registro de Mortalidad en junio de 2006. Al inicio del estudio se recogieron características sociodemográficas, de uso de drogas y el estado serológico frente a VHC y VIH de los pacientes a estudio. Las causas de muerte fueron obtenidas del Registro de Mortalidad y clasificadas como: SIDA, uso de drogas, suicidio/violentas, tumores, circulatorias, hepáticas y otras/descuonocidas. Se calcularon riesgos mediante un modelo de regresión de Cox considerando la edad como escala de tiempo y ajusta por sexo.

Resultados: Se incluyeron 3274 sujetos, 11,2% VIH-/VHC-, 43,7% VIH-/VHC+, y 45,1% VIH+/VHC+. El período medio de seguimiento fue de 12,4 años, con un total de 26.771,96 personas/año y se observaron 774 defunciones con una tasa de mortalidad total de 2,09/1000 personas/año: 365 (47,1%) atribuibles a sida, 122 al uso de drogas (15,8%), 98 a suicidio/violentas (12,7%), 49 a otros/descuonocidas (6,3%), 47 debido a hepáticas (6,1%) y 47 por causas circulatorias (6,1%), y 46 por tumores (5,9%). Se observa una disminución del riesgo en la mortalidad específica para sida en los coinfectados VIH+/VHC+ (HR 0,45; IC 95%: 0,35-0,57), para tumores en coinfectados (HR 0,41; IC 95%: 0,16-1,06) y también disminuye para causas hepáticas (HR 0,57; IC 95%: 0,25-1,30). Se observa un incremento en el riesgo de muertes por suicidio/violentas en los VIH+/VHC+ (HR 2,12; IC 95%: 1,00-4,50) comparando ambos periodos.

Conclusiones: En nuestro estudio se observa la disminución de la mortalidad por causas específicas de: SIDA, Tumores, y Hepáticas tras la introducción del TARGA, mientras que hay un aumento en las muertes por suicidio/violentas entre los coinfectados.

Financiación. FIPSE: Convocatoria de ayudas a proyectos de investigación sobre la infección por VIH/SIDA\12595/06. CIBER en Epidemiología y Salud Pública.

NIVEL DE INMUNODEPRESIÓN AL DIAGNÓSTICO DEL VIH EN HSH QUE ACUDEN AL CENTRO DE INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SIDA

I. Hurtado, I. Alastrué, T. Tasa, S. Pérez-Hoyos, et al
CIBERESP; EVES; CIPS.

Antecedentes/objetivos: El diagnóstico tardío de la infección por VIH favorece la transmisión del virus, reduce las posibilidades del paciente de beneficiarse del tratamiento en el momento adecuado y por tanto aumenta el riesgo de desarrollar Sida y disminuye la supervivencia. El objetivo de este trabajo es describir el nivel de inmunodepresión con el que se diagnostica el VIH en el Centro de Información y Prevención del SIDA de Valencia (CIPSV) en

los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y compararlo con los datos procedentes del Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de infección por VIH (SINIVIH).

Métodos: Se dispone de información del nivel de CD4 que, en el momento del diagnóstico, tienen 247 HSH. El período de reclutamiento fue desde 1992 hasta 2007. El nivel de CD4 se ha agrupado en < 200, 200-350 y > 350. La edad de los sujetos en el momento diagnóstico se ha agrupado en < 30, 31-40 y > 40. Se ha realizado un análisis descriptivo del nivel de CD4 en función de las covariables analizadas. Los resultados se comparan con los datos procedentes del SINIVIH.

Resultados: El 57,8% de los diagnósticos se realizaron durante los años 1997-2007. El 56% de los sujetos tienen un nivel de CD4 mayor de 350 en el momento del diagnóstico en el CIPSV. La mediana de CD4 se sitúa en torno a los 400. En cuanto a la edad en el momento del diagnóstico la mediana es 32,78, siendo el grupo de hombres mayores de 40 años los que representan el porcentaje menor de diagnósticos (26%). No se encuentran diferencias por edad y año de calendario en el nivel de CD4 al diagnóstico. Al comparar con los datos del SINIVIH (período comprendido entre 2003-2006), se observa que mientras que en las Comunidades que aportan datos al SINIVIH en el 28,2% de los diagnósticos los CD4 están por debajo de los 200 y en el 18,8% entre 201 y 350, en el CIPSV estos porcentajes son del 11,6% y del 26,7%, respectivamente.

Conclusiones: En los casos diagnosticados por el CIPSV se observa un nivel de inmunodepresión significativamente menor que en los casos del SINIVIH. Ello puede indicar que los sujetos más conscientes de tener prácticas de riesgo para la infección acuden al CIPSV y habría que tener este hecho en cuenta a la hora de evaluar los resultados de estudios provenientes de estos centros y demuestra la utilidad de facilitar el acceso de estos sujetos a centros anónimos y gratuitos para mejorar el control de la infección por VIH.

INFECCIONES RECIENTES POR EL VIH EN ESPAÑA (2003 – 2005). INTRODUCCIÓN DE LA TÉCNICA STARHS (SEROLOGICAL TESTING ALGORITHM FOR RECENT HIV INFECTIONS)

A.R. Romero, V.G. González, A.E. Esteve, L.M. Matas, E.M. Martró, J.M. Miró, A.C. Casanova, J.C. Casabona, et al
CEEISCAT; CEEISCAT-HUGTIP; CEEISCAT; HUGTIP; HUGTIP; H. Clínica; H. Bellvitge; CEEISCAT.

Antecedentes/objetivos: Los nuevos diagnósticos del VIH no reflejan la magnitud ni las características de los nuevos contagios. La descripción de las infecciones recientes (IR), ocurridas dentro los 6 meses anteriores, proporciona información más precisa sobre la dinámica del VIH, siendo un mejor parámetro para diseñar intervenciones preventivas. Los objetivos de este estudio son describir la frecuencia y las características epidemiológicas de las personas con IR por el VIH utilizando una técnica serológica (STARHS) que permite diferenciar las IR de las infecciones antiguas.

Métodos: Las muestras analizadas mediante la técnica STARHS correspondían a nuevos diagnósticos de VIH recogidas durante el periodo 2003-2005; procedentes de laboratorios de atención primaria, centros hospitalarios, de cribaje alternativos y de una clínica de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En total participaron 33 centros: 27 de Cataluña, 3 de Madrid, 1 de Andalucía, 1 de La Rioja y 1 del País Vasco. Se recogió información clínica y epidemiológica de las muestras clasificadas como IR. El protocolo fue aprobado por todos los comités de ética de los centros participantes y la información se disoció de forma que sólo el médico responsable tenía acceso a indicadores personales.

Resultados: Del total de 3.444 muestras analizadas, 660 resultaron IR (19,2%). La mayoría fueron hombres (79,8%), con una mediana de edad de 33,1 años. El principal grupo de transmisión fue el homo/bisexual (62,5%). Se recogió el país de origen de 426 IR, de las cuales el 26,5% fueron inmigrantes, mayoritariamente de América del Sur (48,7%). Se obtuvo la fecha de llegada a España en 71 casos, de los cuales 67 (94%) re-

sidían en España desde hacía más de 6 meses al diagnosticarse el VIH. Un 39,1% de los IR habían declarado tener al menos un antecedente de ITS en los 12 meses previos al diagnóstico de VIH.

Conclusiones: Los resultados de este estudio han confirmado la viabilidad de la implementación de la técnica STARHS en nuestro medio con fines de vigilancia epidemiológica, especialmente usando circuitos de información ya consolidados, y han permitido identificar importantes características locales de la epidemia de VIH, como la propagación del VIH entre el colectivo homosexual y el posible papel de las ITS en las nuevas infecciones. Los resultados sugieren que las infecciones por VIH en inmigrantes son en su mayoría adquiridas en España y no importadas, siendo pues este colectivo una población diana a tener en cuenta en las intervenciones preventivas. La identificación de IR se ha sistematizado en los nuevos diagnósticos de VIH de Catalunya.

Financiación: La Marató de TV3 otorgó al CEEISCAT financiación para la realización del proyecto AERIVIH (proyecto #022010).

MODELOS DE EVOLUCIÓN DEL CD4 EN SEROCONVERTORES AL VIH. ANÁLISIS DE MEDIDAS REPETIDAS EN PRESENCIA DE CENSURA INFORMATIVA

S. Pérez-Hoyos, O. Costa, A. Sanvisens, P. García de Olalla, C. Rodríguez, F. Belda, J. Castilla, R. Guerrero, et al
EVES; CIBERESP; GEMES.

Antecedentes/objetivos: La progresión del VIH viene caracterizada por una caída en el recuento de CD4 que marca el inicio del tratamiento o la aparición del sida o muerte. Para analizar esta caída se dispone de un problema de medidas repetidas, con una información no siempre completa, donde la causa de pérdida en el seguimiento a veces está relacionada con la variable a estudio. En la presente comunicación se muestran los resultados de aplicar diversos métodos para evaluar la pendiente de la caída de CD4 antes del inicio de tratamiento.

Métodos: Se dispone de datos de 1.153 seroconvertidores de la cohorte GEMES para los que se dispone de al menos 2 medidas de CD4 antes del inicio del tratamiento o muerte que se consideraron censura informativa, no así la última medición que se consideró no informativa. Se aplicaron varios modelos para obtener la pendiente de la caída desde la seroconversión ($CD4 = a + B \text{ tiempo}$). Modelo 1, mínimos cuadrados que asume independencia de observaciones, Modelo 2, Mínimos cuadrados ponderados; Modelo 3 GEE, que es un modelo marginal que las observaciones están correlacionadas; Modelo 4 de efectos aleatorios que asume variabilidad individual en el nivel basal y la pendiente. Modelo 5 donde se modeliza conjuntamente la pendiente del CD4 y el tiempo hasta la censura, mediante un modelo de efectos aleatorios que correlaciona la pendiente con la fragilidad de ser censurado cada individuo. Los modelos fueron ajustados con Stata.

Resultados: La media en la primera medición de CD4 fue de 612. Para el modelo 1 el nivel inicial fue de 629 con una caída del 17,9 anual. Esta caída baja a 18 con un nivel basal de 536 para el modelo 2. Al controlar por la correlación de las observaciones se observa una caída de 39 con un nivel inicial de 536. En el caso del modelo 4 la caída es de 46 en promedio con una desviación típica del efecto aleatorio de .52. Si se proyectan los dos modelos que tienen en cuenta la correlación de los datos se observa como la caída es mayor de la esperada debido a la censura informativa de aquellos que se pierden por ser tratados. El modelo conjunto teniendo en cuenta el tiempo a censura corrige la caída situándola otra vez en torno a 18 pero con el control de la variabilidad. No se observan diferencias en función del sexo pero los usuarios de droga tienen una menor caída. El nivel inicial de CD4 es menor para seroconversiones recientes.

Conclusiones: Los modelos conjuntos que tienen en cuenta la censura informativa permiten caracterizar de un modo más adecuado la evolución de parámetros repetidos teniendo en cuenta la correlación entre las mediciones. Se observan diferencias en la pendiente de caída para aquellos que son usuarios de drogas inyectadas.

COMUNICACIONES ORALES I

Miércoles, 15 de octubre de 2008
9:00 a 11:00

Cáncer I

Modera: Josepa Ribes

LA ALIMENTACIÓN COMO PROCESO MEDIADOR DE LA RELACIÓN ENTRE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DE ORGANOCLORADOS Y LAS MUTACIONES EN EL GEN K-RAS EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS

M. Gasull, M. Porta, J. Pumarega, E. Puigdomènech, E. Morales, N. Malats, F.X. Real, et al
IMIM; UAB; UPF; CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: Las mutaciones en el gen K-ras son las alteraciones en un oncogen más frecuentes en el conjunto de cánceres humanos. Estudios realizados en pacientes con adenocarcinoma ductal de páncreas (ADP) y adenocarcinoma de colon sugieren que componentes o contaminantes de la dieta pueden influir en la aparición o en la persistencia de dichas mutaciones. También se ha hallado un mayor riesgo de mutación en pacientes con ADP con mayores concentraciones séricas de algunos compuestos organoclorados (COs). La dieta es la principal vía de exposición a COs. El objetivo fue analizar la influencia de la dieta en las concentraciones séricas de siete COs (p,p'-DDT, p,p'-DDE, PCBs 138, 153 y 180, HCB y -, -HCH) en pacientes con ADP y determinar en qué medida el riesgo de mutaciones en K-ras asociado a la dieta puede explicarse por la influencia de ésta en los niveles corporales de COs.

Métodos: Se identificaron prospectivamente 185 casos incidentes de ADP en 5 hospitales generales. El presente estudio se basó en 135 pacientes con información sobre dieta (recogida mediante entrevista personal) y niveles séricos de COs; para 97 de ellos se disponía asimismo de información sobre mutaciones en K-ras. Los datos se analizaron mediante modelos lineales generales y de regresión logística.

Resultados: Un mayor consumo de leche y otros productos lácteos se asoció con concentraciones séricas más elevadas de p,p'-DDT, PCBs 138 y 153 ($p < 0,05$). El p,p'-DDT también se asoció positivamente con el consumo de manteca y de vegetales crudos ($p < 0,05$). Estos últimos se relacionaron asimismo con mayores niveles de PCB 138 ($p = 0,029$). En el modelo que incluía el consumo de leche y otros productos lácteos y los niveles de p,p'-DDT sólo éste se asoció de forma estadísticamente significativa a un mayor riesgo de ADP K-ras mutado: para p,p'-DDT, OR = 8,3; IC 95% 2,5-27,7; para la leche, OR = 2,9; IC 95% 0,7-11,6. En el caso de los PCBs 138 y 153, tanto la leche como cada PCB se asociaron de forma significativa con un mayor riesgo de mutación en K-ras; por ej., para PCB 138 OR = 6,4 ($p = 0,010$) y leche OR = 5,6 ($p = 0,012$). En los modelos conjuntos con el resto de COs y la leche, únicamente ésta mostró asociación positiva y estadísticamente significativa con el riesgo de mutación.

Conclusiones: En pacientes con ADP algunos alimentos, en especial la leche y otros productos lácteos, pueden actuar como vehículo de entrada en el organismo de contaminantes químicos que aumentan el riesgo de ocurrencia o persistencia de mutaciones en el oncogen K-ras.

CONSUMO DE ALCOHOL Y MUTACIONES EN EL CODON 12 DEL ONCOGEN K-RAS EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS

M. Crous-Bou, M. Porta, T. López, M. Jarrod, N. Malats, F.X. Real, et al
IMIM; UAB; CIBERESP; UPF.

Antecedentes/objetivos: A pesar de que el consumo de alcohol se considera un posible factor de riesgo para el adenocarcinoma ductal de páncreas (ADP), no existen datos válidos sobre la posible relación de aquél con la persistencia de mutaciones en

el gen K-ras. Además, aunque dichas mutaciones activadoras son las alteraciones en un oncogen más frecuentes en el conjunto de cánceres humanos, sus causas son prácticamente desconocidas. El objetivo fue analizar la asociación entre las mutaciones en el codon 12 de dicho oncogen y el consumo de alcohol en pacientes con ADP.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente los casos incidentes de ADP diagnosticados en 5 hospitales generales. Más del 88% fueron entrevistados durante su ingreso sobre su consumo de alcohol y otros factores (dieta, café y tabaco, antecedentes patológicos). Los 83 casos con mutación y los 24 casos sin mutación se compararon mediante regresión logística binaria en un análisis caso-caso.

Resultados: Los casos mutados habían sido consumidores moderados o altos de alcohol alguna vez con mayor frecuencia que los no mutados: la razón de odds (OR) ajustada por edad y sexo fue 2,84 (IC 95%: 0,93-8,68; $p = 0,066$); la OR ajustada además por tabaco e historia clínica de pancreatitis fue 3,18 (IC 95%: 1,02-9,93; $p = 0,046$). Comparados con los casos que ocasionalmente o nunca habían consumido alcohol, la OR de los casos que consumieron entre 38.206 y 507.499 g de alcohol a lo largo de su vida fue 3,05 (IC 95%: 0,88-10,52); y la de los que consumieron más de 507.499 g fue 3,35 (IC 95%: 0,81-13,88; p de tendencia = 0,096). Los años de consumo de alcohol se asociaron significativamente con el riesgo de mutación (p de tendencia = 0,034). Edades de inicio del consumo de alcohol posteriores a los 18 años mostraron asociación significativa con la mutación en K-ras en relación a los casos no bebedores o bebedores ocasionales (OR = 5,39; IC 95%: 1,32-21,99). Mientras que el consumo de vino fue superior en los casos con mutación ($p = 0,050$), no se observó ninguna diferencia en el consumo de cerveza ni de bebidas destiladas.

Conclusiones: El alcohol podría tener un papel causal en el ADP K-ras mutado debido al potencial carcinógeno del etanol y de su principal metabolito, el acetaldehído, y a la capacidad de éstos de formar especies oxígeno-radioactivas que pueden producir daños en el DNA.

RIESGO DE SEGUNDOS CÁNCERES PRIMARIOS EN LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE GRANADA

M.J. Sánchez, E. Molina, E. Pérez, C. Martínez, et al
Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain.

Antecedentes/objetivos: El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres en los países desarrollados. Se ha puesto de manifiesto que las mujeres con cáncer de mama presentan mayor riesgo de desarrollar un segundo cáncer primario en otro órgano, lo que podría estar relacionado con los efectos derivados del tratamiento o con el hecho de compartir factores etiológicos. **Objetivos:** Determinar el riesgo de desarrollar un segundo cáncer primario entre las mujeres residentes en la provincia de Granada diagnosticadas de un cáncer de mama en el período 1985-2003.

Métodos: Estudio de cohorte, de base poblacional. Se incluyeron mujeres, residentes en la provincia de Granada, diagnosticadas de un cáncer primario invasivo de mama en el período 1985-2003. La información procede del Registro de Cáncer de Granada, que cubre una población aproximada de 880.000 hab. Variables: edad, fecha de diagnóstico del cáncer de mama, fecha de diagnóstico del segundo cáncer primario y localización anatómica, y fecha de fallecimiento. Las mujeres se siguieron hasta la fecha de un 2º cáncer primario, o en su caso, fecha de muerte o fecha de finalización del estudio (31-12-2003). Se estimó la Razón de Incidencia Estandarizada (RIE), comparando el número observado de segundos cánceres primarios con el número esperado, calculado a partir de la suma de mujeres-año a riesgo y las tasas de incidencia específicas por edad del conjunto de 11 registros de cáncer de población españoles.

Resultados: Las 4.459 mujeres registradas aportaron un tiempo a riesgo de 24.578 mujeres/año. Entre ellas, 193 mujeres (4,3%) desarrollaron un 2º cáncer primario en el período de estudio. La cohorte se compone de un 80% de mujeres mayores de 45 años. Los segundos cánceres primarios fueron más frecuentes (86%)

en este grupo de edad. El riesgo de desarrollar un 2º cáncer primario en cualquier localización fue de 1,35 (IC 95%: 1,2-1,5). Se observaron riesgos elevados significativos para cáncer de piel no-melanoma (RIE = 4,5; IC 95%:3,5-5,6) y cáncer de endometrio (RIE = 3,2; IC 95%: 2,1-4,4). Estos riesgos fueron similares en mujeres peri y posmenopáusicas (> 45 años), sin embargo, no se observó un riesgo significativo para cáncer de endometrio en premenopáusicas (#< 45 años).

Conclusiones: Las mujeres con cáncer de mama, residentes en la provincia de Granada, presentaron un mayor riesgo que la población general de desarrollar un segundo cáncer primario en otro órgano. Los cánceres más frecuentes fueron los de piel-no melanoma y endometrio. Este mayor riesgo observado podría ser atribuido tanto a factores etiológicos comunes, como a efectos derivados del tratamiento.

ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS EN LA INCIDENCIA DEBIDOS A RIESGO Y A FACTORES DEMOGRÁFICOS: APLICACIÓN A LAS DIFERENCIAS EN LA INCIDENCIA DEL CÁNCER PROYECTADA EN CATALUÑA PARA LOS AÑOS 2005 Y 2015

J. Valls, R. Cleries, J. Gálvez, L. Esteban, L. Pareja, J. Ribes, J.M. Borràs, et al. *Registro del Cáncer de Cataluña. Institut Català d'Oncologia; Departament de Matemàtiques. Universitat Autònoma de Barcelona.*

Antecedentes/objetivos: El análisis de la evolución de las tendencias de la incidencia del cáncer es de gran interés desde el punto de vista epidemiológico. Sin embargo, cuando se analiza el incremento o decremento observado en dos momentos temporales concretos, factores tales como cambios en el tamaño y estructura de la población deben tenerse en cuenta para analizar qué parte es atribuible a un cambio estricto en el riesgo. El objetivo de este trabajo es analizar el incremento pronosticado en la incidencia del cáncer en Cataluña para el año 2015 respecto al año 2005 y determinar en que medida es debido a riesgo, respecto la parte que es debida a factores demográficos (envejecimiento, flujos migratorios y aumento de la población).

Métodos: Se han obtenido las proyecciones del número de casos incidentes estimados en Cataluña, en particular para los años 2005 y 2015 (Ribes et al. 2008, sometido a revisión). Las estimaciones corresponden a tres grupos de edad: menores de 35 años, 35-64 años y mayores de 64 años. Las pirámides de población para Cataluña provienen del Instituto de Estadística de Cataluña, que asumen un escenario medio-alto caracterizado por un crecimiento moderado de la fecundidad y alto de la migración. Se ha desarrollado un conjunto de funciones en R (www.r-project.org) para la implementación del método propuesto por Bashir y Estève (2000, *International Journal of Epidemiology*) para cuantificar los cambios en la incidencia debidos a riesgo y a factores demográficos.

Resultados: Los casos proyectados incidentes en el año 2015 son de 27.438 hombres y 19.986 mujeres, que representa un aumento bruto del 31% y del 34% respecto al año 2005. Sin embargo, el porcentaje debido estrictamente a un aumento del riesgo es del 10% en los hombres y del 6% en las mujeres, mientras que el 21% y 28% restante, respectivamente, son debidos a envejecimiento y aumento de la población. El análisis por localizaciones pone de manifiesto patrones diferentes según la distribución de estos porcentajes, sugiriendo interpretaciones individuales.

Conclusiones: Respecto la diferencia en la incidencia del cáncer proyectada en Cataluña para los años 2005 y 2015, el estudio de la parte atribuible a riesgo puro y la parte atribuible a envejecimiento o aumento de la población, resulta de gran interés epidemiológico, particularmente por lo que refiere a políticas de prevención, así como anticiparse a nivel de recursos e infraestructuras que permitan hacer frente al incremento de pacientes oncológicos.

SUPERVIVENCIA Y FACTORES PRONÓSTICOS DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES VASCAS

N. Larrañaga, P. Martínez-Cambor, O. Mokoroa, M.I. Izarzugaza, R. Martínez, M.J. Mitxelena, E. Hernández, M.C. Tobalina, et al. *CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa; Instituto Oncológico.*

Antecedentes/objetivos: El estudio sigue la línea iniciada por EURO CARE en sus estudios de alta resolución que han permi-

tido conocer aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento. Objetivo: estimar la supervivencia libre de enfermedad (SLE) y la supervivencia relativa (SR) e identificar los factores pronósticos, en las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Métodos: Estudio descriptivo poblacional de los casos de cáncer de mama femenino, diagnosticados en el año 2003. Se excluyeron los casos con el Boletín Estadístico de Defunción como única fuente. Para el estudio de la SLE se excluyeron también los casos con metástasis o sin información sobre extensión. Las variables pronósticas analizadas fueron: edad, morfología (carcinoma ductal, lobular y mixto, tipos especiales, otros carcinomas y carcinomas SAI), extensión (TNM condensado), receptores hormonales (estrógenos y progesterona), comorbilidad (índice de Charlson), tumores múltiples previos y/o posteriores, recidivas y metástasis. Se estimó la SLE mediante el método de Kaplan y Meier y la SR aplicando el método de Hakulinen. Para determinar los factores pronósticos de la supervivencia a los 4 años, se utilizó un modelo multivariante de riesgos proporcionales empleando la información de Akaike como criterio de inclusión.

Resultados: Se incluyeron 1.033 casos de casos de cáncer de mama para el estudio de SLE y 1.152 para la supervivencia global con un periodo de seguimiento máximo de 4 años. El 2% presentaron recidivas locales, el 8% metástasis y un 2% desarrollaron recidivas y metástasis y 177 pacientes fallecieron. La SLE a los 4 años tras el diagnóstico fue de 92% (ee: 0,9) y la SR de 89% (IC: 86,3-91,0). El análisis multivariante mostró que el exceso de riesgo relativo (ERR) de morir a los 4 años disminuye con la edad (0,91; IC: 0,89-0,93) y aumenta con la comorbilidad (1,31; IC: 1,12-1,53), los tumores con los 2 receptores hormonales negativos (1,9 IC: 1,20-2,98), el grupo de "otros carcinomas" y especialmente los pacientes con cáncer avanzado al diagnóstico (8,71; IC: 5,56-13,66). El desarrollo de recidivas y metástasis durante el seguimiento empeoró el pronóstico. La presencia de tumores múltiples no entró en el modelo.

Conclusiones: La extensión al diagnóstico fue uno de los factores pronósticos determinantes, relacionado con las actividades de diagnóstico. Sin embargo hay que considerar también otros factores del enfermo como la edad o el estado general y otras características del tumor.

Financiación. FIS PI06/90409.

EXCESO EN LA INCIDENCIA DE CÁNCER EN ESPAÑA, 2002

T.N. Toporcov, J.L. Antunes, E.M. Martín-Sánchez, J.L. Rodríguez-Martín, et al

Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM); Universidade de Sao Paulo (USP).

Antecedentes/objetivos: El cáncer es uno de los principales problemas de Salud Pública que afectan a la población europea. En el año 2003 fue la causa del 20 % de la mortalidad en este continente (Organización Mundial de la Salud). La etiología de la mayoría de los cánceres ha sido fuertemente asociada con hábitos perjudiciales como el tabaco, el alcohol, o los malos hábitos alimenticios. El objetivo de este estudio fue determinar el exceso en la incidencia en España en el año 2002 de diversos tipos de cánceres por a la exposición a determinados factores de riesgo.

Métodos: Se recogió la incidencia de varios tipos de cáncer de localizaciones específicas (boca, faringe, laringe, pulmón, esófago, estómago, colon y recto, cervix, mama y próstata) en Europa a través de GLOBOCAN 2002, la base de datos elaborada por la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC). La valoración del exceso de incidencia de estos tipos de cáncer, se realizó siguiendo la metodología propuesta por un estudio del Proyecto Eurocadet, estimando como valores iniciales, cifras promedio para los tres países europeos con menor incidencia de este tipo de cánceres en el año 2002.

Resultados: En España, en el año 2002, se registraron 96.782 nuevos casos de cáncer de las localizaciones específicas estudiadas. De éstos, se consideró que un 47% (45.047), eran potencialmente evitables. Esta valoración también permitió identificar los porcentajes de cánceres evitables en función de la variable

género. Los hombres presentaron mayor porcentaje de cáncer evitable de laringe (3.025 casos; 80%), hígado (2.407 casos; 79%), próstata (8.349 casos, 63%), boca (2.537 casos, 62%), pulmón (9.408 casos; 80%), y colon y recto (5.242 casos; 42%). En cuanto a las mujeres, éstas presentaron mayor porcentaje de tumores evitables de hígado (1.067 casos; 80%), boca (490 casos; 51%) y colon y recto (3.139 casos; 32%).

Conclusiones: Casi el 50% de los casos de cáncer de localización específica incluidos en este estudio, se consideraron evitables. El alto porcentaje de los cánceres en España que podrían ser evitables, indican que la incidencia del cáncer en este país se podría mejorar en gran medida a largo plazo mediante cambios en la forma de vida y a través de la puesta en marcha de iniciativas de prevención y promoción primaria de la salud. Este estudio pone de manifiesto la necesidad de un fuerte compromiso por parte de las autoridades sanitarias en la puesta en marcha de medidas que ayuden a reducir la exposición de la población a hábitos de riesgo como el tabaco, el alcohol y los malos hábitos alimenticios.

ANÁLISIS EN LA TENDENCIA DE TUMORES INCIDENTES ASOCIADOS AL TABACO. ¿ALGÚN CAMBIO?

M.D. Chirlaque, D. Salieron, J. Tortosa, C. López-Rojo, I. Valera, M.E. Párraga, M. Márquez, C. Navarro, et al
Consejería de Sanidad. Murcia; CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: Cambios progresivos en la prevalencia del consumo de tabaco pueden influir a largo plazo en la modificación de tasas de incidencia de tumores malignos. Datos de las sucesivas encuestas nacionales de salud muestran una disminución continuada en el consumo de tabaco, con patrón diferenciado por género. Objetivo: detectar posibles cambios en incidencia de tumores relacionados con el tabaco en la Región de Murcia durante las dos últimas décadas.

Métodos: Estudio ecológico de cánceres incidentes relacionados con el consumo de tabaco incluyendo pulmón (código CIE10 C33-34), laringe (C32), cavidad oral y faringe (C01-C14), esófago (C15), páncreas (C25) y vejiga (C67). Todos invasivos excepto vejiga que incluye también in situ e incierto. La fuente de casos es el registro poblacional de cáncer de Murcia. El período estudiado 1981-2001. Las variables utilizadas son género, grupo de edad, fecha de diagnóstico y localización tumoral. Se ha obtenido el número de casos, las tasas brutas y ajustadas a la población europea estándar (PEE). El porcentaje de cambio anual (PCA) y su intervalo de confianza (IC) al 95% se han calculado mediante regresión log-lineal con el software joinpoint versión 3.0. El análisis se ha estratificado por género, todas las edades y grupo de edad 35-64, y tipo de tumor.

Resultados: En el período 1983-2001 se han diagnosticado 15.401 tumores en varones de las localizaciones seleccionadas, correspondiendo el 41% a pulmón. En mujeres, 2.360 casos, 29% en vejiga y 27% en pulmón. La tasa de incidencia ajustada PEE varían entre 70 (pulmón) a 6/100.000 (esófago) en hombres, y entre 5-6 (pulmón y vejiga) y menos de 1/100.000 (laringe y esófago) en mujeres. Todos los tumores analizados muestran una tendencia ascendente en mujeres sin puntos de cambio, los de mayor incremento son pulmón y cavidad oral y faringe, APC > 3% significativa. En el grupo de 35-64 años el incremento en cáncer de pulmón es más elevado (APC 4,44% IC 1,69-7,26) que en todas las edades conjuntamente. En hombres se observan cambios en la tendencia, de ascendente a estabilización, en cáncer de pulmón y vejiga considerando todos los grupos de edad y en cáncer de cavidad oral y faringe en el grupo de 35-64 años. Estos 3 puntos de cambio se observan a finales de los años 90 y las tendencias posteriores son negativas no significativas.

Conclusiones: Los tumores asociados al tabaco muestran una tendencia ascendente en las dos últimas décadas en mujeres. En hombres, la tendencia ascendente observada se modifica en los últimos 4 años, estabilizándose o iniciando un leve descenso el cáncer de pulmón, vejiga, y cavidad oral-faringe. Los cambios observados son consistentes con la disminución en el consumo de tabaco diferenciado por género.

COMUNICACIONES ORALES I

Miércoles, 15 de octubre de 2008
9:00 a 11:00

Salud reproductiva e infantil

Moderadora: Glòria Pérez

DETERMINANTES SOCIALES Y ECONÓMICOS EN LA REPETICIÓN DE LOS ABORTOS

G. Pérez, I. García-Subirats, D. Ruiz-Muñoz, et al
Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: Las desigualdades sociales y económicas en la planificación de los embarazos reflejan las diferencias en los recursos materiales e intelectuales derivadas de la posición socioeconómica de la mujer lo que produce desigualdades en evitar embarazos no planificados ni deseados. La repetición del aborto se puede deber al fracaso de los consejos post-aborto o a la mala o nula utilización de la anticoncepción. El objetivo es describir los determinantes sociales y económicos de la repetición de los abortos en la ciudad de Barcelona en 2005 y 2006. **Métodos:** Estudio transversal con datos individuales de las mujeres en edad reproductiva residentes en Barcelona que han abortado bajo el supuesto legal de daño para la salud física o psicológica en 2005 y 2006. Se han excluido los abortos debidos a violación y malformaciones fetales. La fuente de información es el Registro de Abortos. La variable dependiente es la repetición del aborto y las independientes son el nivel de educación y el país de origen. Otras explicativas son: edad de la mujer (15-49 años), distrito de residencia, ingresos propios, convivencia en pareja, hijos previos vivos, semanas de gestación y utilización de métodos anticonceptivos. Se obtuvieron Odds Ratios (OR) y sus correspondientes intervalos de confianza al 95% mediante modelos univariantes y multivariantes de regresión logística.

Resultados: En los dos años de estudio se realizaron 10.080 abortos de los cuales 3.463 (34%) eran repetidos. Comparado con las mujeres con estudios universitarios, las que no tienen estudios (OR ajustado; [ORa] = 1,59; IC 95% 1,41-1,79) y las que sólo tienen educación primaria (ORa = 1,38; IC 95% 1,23-1,56) son las que más repiten los abortos, estimador que no varía al ajustar por las otras variables. Comparado con las mujeres autóctonas, las mujeres de Rumania (ORa = 2,66 IC 95% 2,00-3,55), de Marruecos (ORa = 1,76 IC 95% 1,35-2,30) y de la República Dominicana (ORa = 1,14 IC 95% 1,14-2,04) son las que más repiten los abortos, estimador que no varía al ajustar por las otras variables. Se ha detectado que la relación de la repetición del embarazo, tanto con el nivel de estudios como con el país de origen de la mujer, varía según su edad y la convivencia en pareja.

Conclusiones: Este estudio pone de manifiesto por primera vez las desigualdades sociales y económicas en la repetición del aborto en la ciudad de Barcelona. Estos resultados son consistentes con otros estudios realizados en la ciudad donde se observan desigualdades sociales y económicas en la planificación del embarazo. En un contexto de respeto al derecho de la mujer a la salud sexual y reproductiva, también debería promoverse la prevención de los embarazos no deseados mediante la mejora del acceso a la anticoncepción y la información de la anticoncepción. Financiación: Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI052618) y el CIBERESP.

DESIGUALDADES SOCIALES Y ECONÓMICAS EN EL USO DE LOS CONTRACEPTIVOS ORALES EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE CATALUÑA

G. Pérez, R. Villegas, D. Ruiz-Muñoz, M. Rodríguez-Sanz, et al

Antecedentes/objetivos: A pesar del creciente esfuerzo en mejorar el acceso a la contracepción oral (CO), los embarazos no planificados representan el 41% de los embarazos de las mujeres en edades reproductivas de nuestro país y son las mujeres

de las clases sociales más desfavorecidas las que más frecuentemente tienen embarazos no planificados. El objetivo de este estudio es describir los determinantes sociales y económicos asociados al uso de CO en las mujeres en edad reproductiva de Cataluña en 2006.

Métodos: Estudio transversal con datos individuales de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) del año 2006. De la muestra inicial de la ESCA de 15.926 entrevistados se seleccionaron 4.433 mujeres de 15 a 49 años. La variable dependiente es el uso de CO dos días antes a la entrevista (sí/no) y las independientes son el nivel de educación, la clase social, y el país de origen. Otras variables explicativas son: edad de la mujer (15-49 años), convivencia en pareja, número de hijos vivos, visita al ginecólogo, presencia de enfermedades crónicas: varices, colesterol, migraña y mala circulación, además de consumo de tabaco y actividad física. Se obtuvieron Odds Ratios (OR) y sus correspondientes intervalos de confianza al 95% mediante modelos univariantes y multivariantes de regresión logística.

Resultados: Entre las mujeres en edad reproductiva el 13% usaban CO dos días antes de la entrevista. Comparado con las mujeres con estudios primarios, las que tienen estudios secundarios (OR ajustado; [ORa] = 1,67; IC 95% 1,16-2,41) y las que tienen estudios universitarios (ORa = 1,57; IC 95% 1,08-2,27) son las que más usan CO. Se identificó un término de interacción entre la edad y la convivencia que se incluyó en el modelo final. También se observa que son las mujeres de 20 a 24 años (*odds ratio* ajustado [ORa] = 2,36, IC 95% 1,59-3,50) y las de 25 a 34 (ORa = 2,75, IC95% 1,85-4,10) las hacen un mayor uso de los CO, teniendo en cuenta la convivencia y tener dos o más hijos. Las mujeres que visitaron al ginecólogo en el último año (ORa = 1,76, IC 95% 1,29-2,39) y las que sufrían migraña (ORa = 1,47, IC 95% 1,23-1,78) tenían una mayor probabilidad de usar CO.

Conclusiones: Las mujeres sin estudios o con estudios primarios son las que menos utilizan los CO en Cataluña. Estos resultados son consistentes con otros estudios realizados en otros países. En un contexto donde existe una alta cifra de embarazos no planificados entre las mujeres de las clases sociales más desfavorecidas, el uso de CO está por debajo del uso en otros países Europeos con Sistemas Nacionales de Salud similares al nuestro. Se trata pues de promover la prevención de los embarazos no deseados mediante la mejora del acceso y la información de la anticoncepción.

Financiación: CIBERESP.

PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO Y BAJO PESO AL NACER, ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS

I. García-Subirats, G. Pérez, D. Ruiz-Muñoz, J. Salvador, et al
CIBER Epidemiología y Salud Pública; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: El bajo peso al nacer (BPN) es un buen indicador del estado de salud de la población neonatal e infantil, las consecuencias de no tener un peso adecuado se manifiestan en edades más tardías pudiendo afectar al desarrollo infantil. Por otra parte, la planificación del embarazo y la posición socioeconómica de la madre son determinantes de los cuidados del embarazo que a su vez afectan al desarrollo de éste y al recién nacido. El objetivo es describir la relación entre la planificación del embarazo y el bajo peso al nacer teniendo en cuenta la posición socioeconómica materna, en Barcelona entre 1994-2003.

Métodos: Estudio transversal de base individual, la población de estudio son las mujeres que han tenido un nacido vivo residentes en la ciudad de Barcelona entre 1994 y 2003. La fuente de información son los controles del Registro de Defectos Congénitos de la ciudad de Barcelona (n = 2.379). La variable dependiente es el bajo peso al nacer (peso < 2.500 g), las independientes son el nivel de estudios de la madre (bajo, medio y alto) y la planificación del embarazo y otras covariables son la edad materna, el número de visitas al obstetra y el consumo de tabaco. Se ajustan modelos de regresión logística para el bajo peso al nacer para obtener las odds ratios (OR) y los intervalos de confianza (IC) al 95%, ajustando siempre por la edad materna.

Resultados: La prevalencia total de bajo peso al nacer es del 5,4%. Las mujeres de menor nivel educativo muestran una pre-

valencia de BPN del 8,5%, que es del 4,4% en las mujeres con nivel de estudios alto; en los embarazos no planificados la prevalencia de BPN es de 7,4%, mientras que es de un 4,8% en los planificados; ambas asociaciones son estadísticamente significativas. El 82,8% de los embarazos planificados los realizan las mujeres con un nivel de estudios medio o alto, mientras que en los no planificados no hay diferencias en la distribución del nivel educativo. En este grupo (mujeres que no planifican el embarazo) tener un nivel de estudios bajo implica mayor riesgo de BPN (OR = 3,42, IC: 1,29-9,05). En cambio, no dejar de fumar durante el embarazo se asocia al BPN en el grupo de mujeres que planifican el embarazo (OR = 2,29, IC: 1,43-3,68).

Conclusiones: La planificación del embarazo es una práctica realizada mayoritariamente por las mujeres con un nivel de estudios alto o medio. Cuando no se planifica el embarazo no hay diferencias en la distribución del nivel de estudios pero son las mujeres con un nivel educativo inferior las que presentan peores resultados del embarazo. Este estudio revela las desigualdades socioeconómicas en el resultado del embarazo que existen actualmente en la ciudad de Barcelona, mostrando a su vez la importancia de la planificación del embarazo en el BPN.

EFFECTO SOBRE EL RIESGO DE ANENCEFALIA DE LA INTERACCIÓN GEN-NUTRIENTE ENTRE EL POLIMORFISMO METILENO-TETRAHIDROFOLATO REDUCTASA 677C > T Y NIVELES MATER- NIOS DE FOLATO, VITAMINA B₁₂ Y HOMOCISTEÍNA

M. Lacasaña, M. Rodríguez-Barranco, J. Blanco-Muñoz, V.H. Borja-Aburto, C. Aguilar-Garduño, J.A. Sierra-Ramírez, C. Galaviz-Hernández, R. García-Cavazos, et al

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España; Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México; Centro Médico Nacional "Siglo XXI". México DF; Hospital Universitario San Cecilio. Granada, España; Instituto Nacional de Perinatología. México DF; Instituto Politécnico Nacional. Durango, México; CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: La anencefalia es un defecto del tubo neural (DTN) cuya prevalencia en México es de las más altas del mundo. Estudios previos sugieren que el riesgo de DTN asociado a los polimorfismos de la MTHFR puede depender del estado nutricional de la madre (ácido fólico y vitaminas del grupo B). El objetivo del estudio fue evaluar el efecto sobre el riesgo de anencefalia de la interacción entre el perfil bioquímico materno relacionado con el ciclo metabólico del ácido fólico y el polimorfismo MTHFR 677C > T.

Métodos: Estudio de casos y controles. Se incluyeron 98 madres de casos de anencefalia registradas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Defectos del Tubo Neural de México, y 91 madres control reclutadas en los mismos servicios de maternidad que las madres de los casos. Todas las madres completaron un cuestionario general y otro de frecuencia de consumo de alimentos, y proporcionaron muestras de sangre para determinar el genotipo para MTHFR 677C > T y los niveles séricos de ácido fólico, vitamina B₁₂ y homocisteína. Se construyeron modelos de regresión logística multivariantes incluyendo las interacciones entre el perfil bioquímico y el polimorfismo 677C > T, además de otras variables confusoras.

Resultados: En las madres con el genotipo 677TT el incremento de 1 ng/mL de ácido fólico sérico disminuyó el riesgo de tener un niño/a con anencefalia un 15% (OR = 0,85; IC 95% 0,75-0,96). Las madres con este genotipo y niveles séricos de ácido fólico en el tercil superior (> 14,1 ng/mL) tuvieron un 92% menos riesgo de tener un niño con anencefalia (OR = 0,08; IC 95%: 0,01-0,50; p tendencia = 0,012) que aquellas madres con niveles en el tercil inferior (< 8,2 ng/mL). El modelo ajustado mostró además una reducción del riesgo del 6% en las madres con genotipo 677TT por un incremento de 50 #mg/día en la ingesta de folato (p = 0,062). No se obtuvieron interacciones significativas entre el polimorfismo 677C > T y los niveles séricos de la vitamina B₁₂ y homocisteína.

Conclusiones: Estos resultados son de gran interés en Salud Pública, especialmente en países con elevado riesgo de DTN, alta prevalencia del alelo T, y pocas intervenciones preventivas (suplementación periconcepcional y fortificación con multivitamínicos), especialmente en los sectores de población más desfavorecidos económicamente.

MORTALIDAD PERINATAL EN MUJERES AUTÓCTONAS E INMIGRANTES RESIDENTES EN LA COMUNITAT VALENCIANA

I. Río, A López-Maside, A. Castelló, S. Bosch, O. Zurriaga, S. Valero, M. Rebagliato, F. Bolívar, et al

Universidad de Alcalá. CIBERESP; Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana.

Antecedentes/objetivos: La Tasa de mortalidad perinatal (TMP) es un indicador imprescindible para evaluar el estado de salud reproductiva y perinatal de una población. Es importante contar con registros fiables que permitan calcular y monitorizar la evolución de dicho indicador. Investigaciones en distintos países han permitido identificar una elevada TMP en algunos grupos de población inmigrante en comparación con poblaciones autóctonas. **Objetivos:** 1- Realizar un análisis comparativo de la exhaustividad en la recogida de datos sobre mortalidad perinatal y sus componentes en población autóctona e inmigrante en España entre el Instituto Nacional de Estadística (INE) y Registro de Mortalidad Perinatal de la Comunitat Valenciana (RMPCV). 2- Calcular y comparar la TMP, la tasa de mortalidad fetal (TMF) y la tasa de mortalidad neonatal precoz (TMNP) en gestantes autóctonas (A) e inmigrantes latinas (L), magrebíes (M), europeas del este (EE) y subsaharianas (S) residentes en la CV obtenidas según uno u otro registro.

Métodos: Metodología: Ámbito del Estudio: Casos notificados a ambos registros durante los años 2005 y 2006 de madres residentes en la CV. Diseño: Estudio descriptivo **Métodos:** Comparación del número de casos y proporciones de muerte fetal (MF), muerte neonatal precoz (MNP) y muerte neonatal tardía (MNT) según tipo de registro y origen de la gestante. Cálculo de tasas y sus intervalos de confianza al 95% según tipo de registro y origen de la gestante.

Resultados: En el INE existe un elevado subregistro de MF en mujeres autóctonas e inmigrantes (subregistro MF: A 29%, L 18%, M 17%, EE 51%, S 50%) y de MNP y MNT en estas últimas (subregistro: MNP: L 90%, M 100%, EE 82%, S 75%; subregistro MNT: EE 25%, M 100%, S 100%). Este subregistro provoca una distorsión en la proporción de MF y MNP en los grupos inmigrantes: (Proporción MF y MNP: A 65% y 35%, L 97% y 3%, M 100% y 0%, EE 90% y 10%, S 100% y 0%). La comparación de tasas obtenidas a partir de los datos de ambos registros reveló que el subregistro de casos en el INE da lugar a una infraestimación de la TMP y sus componentes en inmigrantes, siendo las obtenidas a partir del RMPCV muy superiores en mujeres inmigrantes en comparación con autóctonas (A: TMP 5,2 por mil TMF 3,8 TMNP 1,4; L: TMP 7,1 TMF 5,6 TMNP 1,5; M: TMP 7,6 TMF 6,3 TMNP 1,4; EE: TMP 10,4 TMF 8,1 TMNP 2,3; S: TMP 20 TMF 14,2 TMNP 5,8).

Conclusión: Nuestros resultados indican la mayor fiabilidad y utilidad del RMPCV para el cálculo de tasas de mortalidad perinatal en población autóctona e inmigrante y la necesidad de mejorar el grado de notificación de muertes fetales y neonatales a los registros civiles. Además, apuntan la necesidad de seguimiento de la evolución de la TMP en poblaciones inmigrantes en España.

Financiación: Ministerio de Educación y Ciencia SEJ2005/07679.

INGESTA DE YODO Y NIVELES DE YODURIA EN TRES COHORTES DE EMBARAZADAS. ESTUDIO INMA

M. Murcia, J. Vioque, J. Elorduy, G. León, M. Álvarez, L. Santa Marina, R. Ramón, M. Méndez, M. Rebagliato, et al

CIBERESP; Universidad Miguel Hernández; EVES, Valencia; Dirección General de Salud Pública, País Vasco; CREAL, IMIM, Barcelona.

Antecedentes/objetivos: No existe un sistema de vigilancia poblacional del estatus de yodo y, por lo tanto, se desconoce la situación actual en el embarazo en muchas áreas de España. **Objetivos:** 1) Describir la ingesta de yodo en las embarazadas de las cohortes INMA de Valencia, Sabadell y Guipúzcoa, durante el 1º-2º trimestre de la gestación; 2) comparar los niveles de yoduria en las tres áreas y su relación con las diferentes fuentes de ingesta de yodo.

Métodos: Estudio transversal en embarazadas de < 25 semanas de gestación de 3 cohortes de base poblacional pertenecientes a Valencia, Sabadell y Guipúzcoa, e integradas dentro del

estudio INMA. Un total de 2152 (855 + 657 + 640) embarazadas fueron reclutadas entre 2004-2008. La información sobre la ingesta de yodo se obtuvo mediante cuestionario de frecuencia alimentaria y cuestionario sobre el consumo de sal yodada y suplementos farmacológicos durante el 1º-2º trimestre del embarazo. Se determinó el yodo en orina por Cromatografía Líquida de alta resolución (HPLC). Se describieron los niveles de yoduria de las embarazadas en cada cohorte así como la ingesta de yodo por distintas fuentes: dieta, sal yodada y suplementación. Se realizó un estudio multivariante de los determinantes del nivel de yodurias en cada cohorte mediante modelos de regresión Tobit con intervalos de confianza robustos, una vez verificada la log-normalidad de la distribución de yodurias.

Resultados: Las medianas de yodo en orina en Valencia, Guipúzcoa y Sabadell fueron de 133,5, 168,5 y 93,5 µg/L, respectivamente. El consumo de sal yodada fue mayor en Valencia (64%), un 47% lo hacían en Guipúzcoa y tan sólo un 26% en Sabadell. El consumo de suplementos con yodo fue de 93% en Guipúzcoa, 49% en Valencia y 11% en Sabadell. Tras ajustar por covariables, los determinantes de yodo en orina fueron la ingesta de yodo en dieta, el consumo de sal yodada y el de suplementos, siendo este último el principal aportador: un consumo entre 100 y 200 µg/d supuso un incremento del 35% en la excreción de yodo, aumentando hasta el 72% con la toma de 200 µg/d o más. Se observó un menor nivel de yodurias en Sabadell no explicado por el resto de variables: los valores ajustados fueron de 118 µg/d frente a los 134 µg/d de Guipúzcoa y los 147 µg/d de Valencia.

Conclusiones: Los indicadores del estatus de yodo muestran una situación de deficiencia en Sabadell, comparado con Guipúzcoa y Valencia. El consumo de suplementos durante la gestación es el mayor determinante de los niveles de yoduria, aunque la situación previa de deficiencia de yodo parece influir también en este indicador.

Financiación: G03/176, RCESP C03/09, FIS PI051079, CIBERESP.

INGESTA DE YODO Y FUNCIÓN TIROIDEA MATERNA EN TRES COHORTES DE EMBARAZADAS. ESTUDIO INMA

M. Rebagliato, M. Murcia, M. Espada, M. Álvarez, M. Basterretxea, A. Castelló, E. Blarduni, F. Ballester, J. Sunyer, et al

CIBERESP; Universidad Miguel Hernández; EVES, Valencia; Dirección General de Salud Pública, País Vasco; CREAL, IMIM, Barcelona; Hospital de Zumárraga.

Antecedentes/objetivos: La adecuada situación nutricional de yodo y función tiroidea materna es fundamental para conseguir una correcta maduración neuronal fetal. **Objetivos:** 1) Describir los niveles de hormonas tiroideas maternas (TSH, T4L) en las embarazadas de las cohortes INMA de Valencia, Sabadell y Guipúzcoa, en el 1º-2º trimestre de la gestación; 2) determinar la asociación entre la ingesta materna de yodo y su función tiroidea.

Métodos: Estudio transversal en embarazadas de < 25 semanas de gestación de 3 cohortes de base poblacional pertenecientes a Valencia, Sabadell y Guipúzcoa, dentro del estudio INMA. Un total de 1817 (631+603+583) embarazadas reclutadas entre 2004-2008, y con determinación de hormonas tiroideas, componen la muestra. Las determinaciones de yoduria y niveles séricos maternos de TSH y T4L se realizaron en el Laboratorio de Salud Pública del País Vasco. La información sobre la ingesta de yodo se obtuvo mediante cuestionario de frecuencia alimentaria y cuestionario sobre el consumo de sal yodada y suplementos farmacológicos durante el 1º-2º trimestre del embarazo. Se describieron los indicadores de estatus de yodo (ingesta adecuada por dieta, consumo de sal yodada, consumo de suplementos y niveles de yoduria) y niveles de hormonas tiroideas en cada cohorte. Para el análisis de la asociación se utilizaron modelos de regresión logística y ANCOVA.

Resultados: La prevalencia de hipotiroidismo subclínico (TSH > 4 µU/mL) es similar en las 3 cohortes (2,9%, 2,7%, 2,5%, respectivamente); sin embargo, los niveles medios de T4L en Guipúzcoa presentan el valor más bajo (media geométrica 10,09

pmol/L), comparado con Valencia (10,92 pmol/L) y Sabadell (10,62 pmol/L) ($p < 0,001$), dato que contrasta con los mejores indicadores de estatus de yodo en Guipúzcoa (mediana de yoduria 168 µg/L, suplementación 93% embarazadas). En Valencia y Guipúzcoa se observa un mayor riesgo de TSH alta ($> 4 \mu\text{U/mL}$) en las embarazadas que refieren consumir suplementos de yodo $\geq 200 \mu\text{g/d}$ (OR ajustada = 5,90, IC 95% 1,5; 23,2), y menor riesgo en aquellas que consumen sal yodada (OR ajustada = 0,48, IC 95% 0,23; 0,98), tras ajustar por las otras fuentes de ingesta y covariables. En Sabadell, sin embargo, no se observa esta asociación.

Conclusiones: Estos resultados plantean dudas sobre los beneficios de la suplementación durante el embarazo en áreas con indicadores adecuados de ingesta de yodo a nivel poblacional, como podría ser el caso de Guipúzcoa y Valencia, dado que tanto la deficiencia como el exceso de yodo pueden alterar la función tiroidea.

Financiación: G03/176, RCESP C03/09, FIS PI051079, CIBRE-RESP.

DESIGUALDADES SOCIALES Y ECONÓMICAS EN LOS RESULTADOS DEL EMBARAZO EN MUJERES INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS

I. García-Subirats, G. Pérez, M. Rodríguez-Sanz, M. Jané, et al
Agència Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

Antecedentes/objetivos: En España, la población inmigrante ha contribuido al aumento de la natalidad. La posición socioeconómica de la madre y el nivel socioeconómico (NSE) del área de residencia podrían ser determinantes de los resultados del embarazo: bajo peso al nacer (BPN), prematuridad (PM) y bajo peso para la edad gestacional (BPEG). Se desconoce si las mujeres inmigrantes tienen peores resultados del embarazo que las autóctonas y si el NSE del área donde residen puede relacionarse con los resultados del embarazo. El objetivo es describir conjuntamente la relación entre el país de origen de la madre y el NSE del barrio de residencia con los resultados del embarazo, en Barcelona entre 2000-2005.

Métodos: Estudio transversal. La población de estudio son los nacimientos de las mujeres residentes en la ciudad de Barcelona entre 2000 y 2005 ($n = 81.680$), teniendo en cuenta la estructura multinivel de los nacimientos jerarquizados en los barrios de Barcelona. La fuente de información es el Registro de Nacimientos de Barcelona. Las variables dependientes son BPN (peso < 2.500 g), BPEG (percentil 3) y la PM (< 37 semanas gestación); las independientes individuales son el país de origen (en 8 grandes grupos) y la edad de la madre y la variable independiente contextual es la tasa de paro que se utiliza como aproximación al NSE del barrio. Se obtienen las prevalencias de las variables dependientes según las independientes y se ajustan modelos de regresión logística multinivel para cada una de las variables dependientes para obtener las odds ratio (OR) y los intervalos de confianza (IC) al 95%.

Resultados: Existen diferencias en la prevalencia de los resultados del embarazo por país de origen de la madre: el BPN oscila entre 3,8% en los nacimientos de madres originarias el Magreb, 5,6% en los nacimientos de madres autóctonas y 7,3% en los nacimientos de las madres asiáticas. Se observan desigualdades según el barrio de residencia de la madre, independientemente de las características individuales, que quedan explicadas por el NSE del barrio. Las mujeres residentes en los barrios con más desempleo presentan peores resultados en el embarazo: (ORBPN = 1,08, IC: 1,05-1,1; ORBPEG = 1,09, IC: 1,06-1,12; ORPM = 1,07, IC: 1,05-1,1).

Conclusiones: Las desigualdades sociales y económicas en los resultados del embarazo se explican, en gran medida, por el nivel socioeconómico de los barrios: independientemente del país de origen, los resultados del embarazo son peores en los nacimientos de los barrios más pobres. Los programas de control del embarazo y del parto dirigidos a población más desfavorecida pueden disminuir las desigualdades socioeconómicas en el resultado del embarazo.

COMUNICACIONES ORALES I

Miércoles, 15 de octubre de 2008
9:00 a 11:00

Servicios sanitarios

Moderadora: Andreu Segura Benedicto

TRANSMISIÓN QUIRÚRGICA DE LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB EN DINAMARCA Y SUECIA TRAS RECLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

I. Mahillo, A. Rabano, J. De Pedro-Cuesta, A. Siden, M. Cruz, H. Laurren, K. Mølbak, G. Falkenhorst, et al
Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III; Fundación Hospital Alcorcón; Instituto Karolinska; Statens Serum Institut.

Antecedentes/objetivos: La posible asociación entre cirugía y la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es un hecho controvertido. El objetivo de este estudio es evaluar el riesgo de transmisión quirúrgica de la ECJ, usando una clasificación etiológica de procedimientos quirúrgicos (PQs) recientemente desarrollada y publicada.

Métodos: Se seleccionaron, 167 casos de ECJ esporádica confirmados o probables, con comienzo clínico durante el periodo 1987-2003; y 3.059 controles, 835 apareados por edad, sexo y lugar de residencia, y 2224 no apareados. Para casos y controles se obtuvieron las historias quirúrgicas de los Registros Nacionales de Altas Hospitalarias Sueco y Danés. La cirugía fue clasificada por tejido o estructura anatómica contactada y por nivel de riesgo hipotético para la transmisión de la enfermedad (alto, medio y mínimo), y fue asignada a periodos de vida previos, al comienzo clínico en los casos, o la equivalente fecha índice en los controles. Las frecuencias de expuestos a cirugía en los distintos periodos fueron comparadas con modelos de regresión logística.

Resultados: Se estudiaron 5.990 (PQs) correspondientes a 3.876 altas hospitalarias. Se obtuvieron asociaciones significativas y similares con ambos grupos de controles. Concretamente, en la comparación con controles apareados los hallazgos encontrados correspondieron a: 1) la cirugía practicada a 20 o más años del comienzo clínico o fecha índice en contacto con los vasos sanguíneos, el peritoneo, el músculo, y "otros tejidos", OR (IC 95%) 4,54 (1,01-20,30), 2,38 (1,14-4,96), 2,04 (1,06-3,92) y 2,26 (1,14-4,47) respectivamente, y la de nivel medio de riesgo teórico, OR (IC 95%) 2,81 (1,62-4,88); 2) aquella realizada entre 10 y 20 años antes de la fecha mencionada en contacto con nervio periférico y músculo OR (IC 95%) 4,41 (1,17-16,64) y 1,58 (1,01-2,48) y 3) la practicada a más de un año en contacto con la retina OR (IC 95%) 5,53 (1,08-28,34).

Conclusiones: La cirugía constituye un factor de riesgo para la transmisión de la ECJ en Dinamarca y Suecia, especialmente al actuar con largos periodos de incubación. Los tiempos de latencia e inducción parecen menores en la cirugía en contacto con la retina o nervio periférico que aquella en contacto con el peritoneo o los vasos periféricos. Esta nueva clasificación etiológica podría además ayudar a encontrar efectos hasta ahora ocultos por el uso de categorías basadas en grupos anatómicos.

LA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA TAMBIÉN DEPENDE DEL ESTADÍSTICO: A PROPÓSITO DE LAS HOSPITALIZACIONES EN SALUD MENTAL

K. Latorre, B. Ibáñez, E. Bernal, F. Aizpuru, J. Librero, G.E. VPM, et al
U. Investigación H. Txagorritxu; Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF); Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/objetivos: En este trabajo se describe la variabilidad en las hospitalizaciones por salud mental y su relación con el estadístico empleado.

Métodos: Estudio ecológico de 105.358 ingresos hospitalarios, registrados en 2003-2004 en 156 áreas de salud de 15 CCAA: 6.801 debidos a psicosis por sustancias, 41.582 a trastornos esquizofrénicos, 22.561 a psicosis afectivas, 18.352 a trastornos neuróticos, 13.784 a dependencia y abuso de alcohol y drogas y 2.188 a anorexia nerviosa. La población a riesgo fue el 81 % de la población española de 2003-2004. Se calcularon estadísticos clásicos de variabilidad como: Razón de variación P5-P95 (RV5-95), Coeficiente de Variación Ponderado (CVP) y Componente sistemático de la variación (CSV). Además, se calculó el estadístico EB (estimación PQL del parámetro de varianza para el modelo Poisson-lognormal), y se estimaron intervalos de confianza para todos los estadísticos mediante técnicas bootstrap, que a su vez se compararon con los obtenidos bajo homogeneidad en las tasas.

Resultados: La tasa de hospitalización para todos los procesos fue de 16,8 x 10.000 habitantes-año, el 86% de todas las altas por condiciones de salud mental de las áreas de estudio. La mayor tasa fue en el grupo de trastornos esquizofrénicos con 6,0 ingresos x 10.000 (RV5-95:27,4 (15,9-31,5), CSV: 0,3 (0,2-0,4), EB: 1,0 (0,7-1,4)) y la menor fue la de la anorexia nerviosa con 0,3 x 10.000 (RV5-95: no calculable, CSV: 0,8 (0,4-1,4), EB: 0,6 (0,5-0,8)). La tasa por psicosis por sustancias fue 0,9 x 10.000 (RV5-95:10,2 (5,6-14,8), CSV:0,3 (0,2-0,5), EB:0,3 (0,2-0,4)) por psicosis afectivas, 3,3 x 10.000 (RV5-95:28,0 (13,1-29,5), CSV:0,4 (0,3-0,6), EB:0,8 (0,6-1,1)), por trastornos neuróticos, 2,0 x 10.000 (RV5-95:11,4 (6,4-15,7), CSV: 0,4(0,3-0,5), EB: 0,5 (0,4-0,7)) y por dependencia y abuso de alcohol y drogas, 2,6 x 10.000 (RV5-95: 20,8 (12,0-25,7), CSV: 0,5(0,4-0,6), EB:0,9 (0,7-1,1)). Los números entre paréntesis indican los límites del intervalo de confianza (95%).

Conclusiones: 1) La variabilidad observada en la hospitalización en centros de agudos es alta-muy alta atendiendo tanto a los estadísticos clásicos como al EB salvo para las psicosis por sustancias en las que EB expresaría variabilidad moderada. 2) La cuantificación de la variabilidad depende del estadístico usado. 3) Dada la diferencia en las tasas de los distintos procesos, y la inestabilidad de las estimaciones para procesos de baja prevalencia (anorexia) se recomienda el uso del estadístico EB para cuantificar la variabilidad, ya que no es tan dependiente de la prevalencia, y es potente en la detección de variabilidad extra.

VARIACIONES EN LA FRECUENTACIÓN A URGENCIAS EN ANDALUCÍA ORIENTAL Y SU RELACIÓN CON LA ACCESIBILIDAD Y FACTORES SOCIODEMGRÁFICOS

M.M. Rodríguez del Águila, F. Rivas Ruiz, S. Pérez Vicente, M. Expósito Ruiz, P. Garrido Fernández, A.R. González Ramírez, et al
Hospital Virgen de las Nieves (Granada); Hospital Costa del Sol (Marbella); Fundación FIBAO.

Antecedentes/objetivos: Es preocupante la situación de las urgencias hospitalarias en España por el sustancial incremento que la demanda ha experimentado en los últimos años. Diversos estudios han demostrado que la variabilidad en el acceso a urgencias está relacionada con el nivel social de procedencia. También se observa una correlación entre la accesibilidad geográfica a los servicios de salud y la necesidad de cuidados, no habiéndose demostrado dicha relación a nivel de urgencias hospitalarias. El objetivo de este estudio fue determinar las tasas de frecuentación a urgencias en 2005 estandarizadas por edad y sexo de las Zonas Básicas de Salud de Andalucía Oriental y su relación con factores sociodemográficos y la accesibilidad a servicios sanitarios.

Métodos: Se diseñó un estudio ecológico a partir de las bases de datos de urgencias de los 11 hospitales públicos de Granada, Jaén y Almería en 2005, agregando por Zona Básica de Salud (ZBS) y ajustando por grupos quinquenales de edad y género (método directo), previa depuración de las mismas. Los datos sociodemográficos se obtuvieron de la Consejería de Salud e Instituto Nacional de Estadística; la accesibilidad se calculó a partir de la aplicación web de la guía Campsa. Se construyeron mapas geográficos de tasas de frecuentación y se relacionaron éstas con la accesibilidad, datos sociodemográficos y organizacionales, mediante una regresión lineal múltiple.

Resultados: En 2005 se registraron 1.079.973 urgencias, con una tasa cruda de frecuentación de 50,6 por 100.000 habitantes (ratio hombre-mujer 0,90). Las ZBS con mayores tasas de urgencias ajustadas fueron Baza y Andujar con 106,56 y 93,20 urgencias por 100.000 habitantes, respectivamente, mientras que Pozo Alcón, con 2,05, y Bailén, con 6,53, presentaron tasas más bajas, observándose en general mayores tasas en ZBS próximas a áreas hospitalarias y menores tasas a Zonas Básicas más alejadas. En el modelo de regresión lineal tras verificar los supuestos de aplicación, la principal variable explicativa fue el logaritmo de la interacción entre el tiempo al hospital de referencia (en minutos) y el porcentaje de población con nivel de instrucción bajo, explicando un 47,2% de la variabilidad de la tasa ajustada urgencias, con un coeficiente de regresión de -15,7 ($p < 0,001$).

Conclusiones: Hay una menor utilización de los servicios de urgencias en zonas más alejadas de los hospitales de referencia y con mayor número de personas con nivel de instrucción bajo. Sería necesario invertir recursos para mejorar la atención en dichas zonas.

Financiación: Proyecto Financiado por la Consejería de Salud (Junta de Andalucía), código 06/0296. F Rivas, S Pérez y M Expósito disfrutaron de contratos de técnicos de apoyo a la investigación del ISCIII.

CONSENSO SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE UN REGISTRO DE ARTROPLASTIAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ESTUDIO DELPHI

V. Serra Sutton, A. Allepuz, M. Espallargues, et al
Agència Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; CIBER Epidemiologia y Salud Pública.

Antecedentes/objetivos: El desarrollo de un registro es un proceso costoso siendo necesario para su creación el acuerdo previo de los diferentes actores/agentes que participarán en su implementación. El objetivo fue elaborar un documento de consenso sobre la estructura, el funcionamiento y los contenidos de un registro de artroplastias en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Métodos: Estudio Delphi adaptado en el que participaron profesionales de cirugía ortopédica y traumatología (COT), de rehabilitación y anestesiología, de institutos de investigación y agencias de evaluación y de la administración sanitaria de diversas Comunidades Autónomas (CCAA). A partir de una revisión previa, se elaboró un cuestionario que incluyó ítems sobre la estructura, el funcionamiento y los contenidos de un registro de artroplastias. Los ítems fueron evaluados en 2 rondas a través del correo electrónico mediante una escala de 4 categorías (muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo). Se definió "acuerdo" cuando el 80% de respuestas fue "de acuerdo-muy de acuerdo", "rechazo" cuando el 80% fue "en desacuerdo-muy en desacuerdo" y consenso elevado cuando más del 90% fue "de acuerdo-muy de acuerdo".

Resultados: Se contactó con 88 profesionales, 48 contestaron a la 1ª ronda y 45 a ambas rondas. El equipo de investigación y los participantes propusieron un total de 110 ítems, de los cuáles 50 presentaron un consenso elevado en la 2ª ronda. Las dimensiones con mayor grado de acuerdo fueron recursos humanos, organización, contenido y difusión de resultados. Se consideró que tanto la administración sanitaria como las sociedades científicas de COT deberían impulsar un registro de artroplastias en el SNS (consenso > 90%). El 81% estuvo de acuerdo en que fuera impulsado a nivel de CCAA, además de a nivel estatal (96%). Por otra parte, hubo consenso generalizado (100%) en rechazar que una empresa fabricante de prótesis o con vinculación a ella debería coordinar el registro. Se consideró que el registro debería incluir los datos disponibles en los sistemas de información hospitalarios y ser enviados en formato electrónico (consenso > 90%).

Conclusiones: Los ítems para los que ha existido acuerdo permiten configurar un registro de artroplastias en el SNS, siendo su diseño similar a los registros actualmente en funcionamiento. La colaboración de sociedades científicas y la administración sanitaria, tal como ha sucedido en otros países y en algunas CCAA parece ser básica para el establecimiento y continuidad de un re-

gistro que podría contribuir a la evaluación de la calidad asistencial. Financiación: Plan de Calidad Ministerio de Sanidad y Consumo (AATRM 2006/04).

IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES PSICOSOCIALES SOBRE EL GASTO FARMACÉUTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

B. Poblador, A. Prados, A. Sicras, J. Estelrich, et al
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Badalona Serveis Assistencials SA; Gerencia de Atención Primaria Mallorca.

Antecedentes/objetivos: Descripción epidemiológica de las enfermedades más frecuentes en Atención Primaria (AP) e impacto en la utilización de servicios sanitarios en Aragón.

Métodos: Estudio descriptivo basado en registros clínicos informatizados de pacientes atendidos en 2005, en 10 Centros de Salud de Aragón. Variables: edad, sexo, medicina de familia/pediatría, morbilidad (CIE-9-CM) y gasto en farmacia por paciente durante 2005. Se agruparon los códigos CIE en cada uno de los 264 Clusters Diagnósticos (EDC) a través del sistema ACG® (versión 7.0). Cada uno de estos EDC reúne categorías de enfermedad y respuestas terapéuticas esperables similares.

Resultados: Población de estudio: 141.189 pacientes (54,7% mujeres, edad media: 43,7 años). Las enfermedades relacionadas con ansiedad y neurosis ocupan el quinto lugar en la población general (17,32% CI 95%: 17,12-17,52), tras infecciones agudas de vías altas (59,94%), problemas músculo-esqueléticos, hipertensión y lumbalgias. Cuando se analiza esta misma población según sexo, para las mujeres, la ansiedad y neurosis llegan a ser la segunda patología más frecuente, afectando a casi 1 de cada cuatro (22,91% CI 95%: 22,61-23,21), mientras que en hombres, no llegan a encontrarse entre las diez más frecuentes. Desde la perspectiva de edad, esta patología se encuentra entre las diez más frecuentes para todos los grupos de edad, a partir de los 24 años. Para los menores de 24 años, sin embargo, son los problemas psicosociales relacionados con la familia y el entorno social los más frecuentes entre las enfermedades psicosociales (19,21%, CI 95%: 18,77-19,65). En conjunto, estas patologías están presentes en el 34,67% de la población general, y un 60,74% de este porcentaje está compuesto por mujeres. El impacto sobre el gasto farmacéutico de AP, para aquellos pacientes que presentan algún tipo de la patología psicosocial, es de un 51,84% del gasto total (CI 95%: 51,58-52,10) y las mujeres contribuyen de forma predominante a la generación de dicho gasto (63,83% CI 95%: 63,40-64,25).

Conclusiones: El impacto de la patología psicosocial es innegable, especialmente para la población femenina. Los EDC, herramienta de aproximación epidemiológica a la distribución de la enfermedad en la población, es adecuada y manejable, pero ha de combinarse con métodos que permiten identificar costes por paciente, como los grupos clínicos ajustados (ACG®), para el análisis del impacto en la utilización de servicios y costes. Su uso combinado permitiría identificar grupos de individuos clínicos similares, susceptibles de abordajes clínicos diferenciados.

Financiación: FIS (Instituto de Salud Carlos III – PI052752).

FACTORES PREDICTORES DEL USO DE SERVICIOS SANITARIOS EN UN ESTUDIO LONGITUDINAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPAÑOLES: EL KIDSCREEN SEGUIMIENTO

J. Palacio-Vieira, S. López-Aguilá, E. Villalonga-Olives, S. Berra, J. Alonso, L. Rajmil, et al

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona; Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona.

Antecedentes/objetivos: En los sistemas sanitarios de cobertura universal en general el estado de salud es el mayor determinante del uso de servicios sanitarios. La mayoría de estudios en niños y adolescentes han analizado el uso de servicios de forma transversal. Nuestro objetivo es analizar la influencia del estado de salud y de los factores sociodemográficos en el uso de servicios sanitarios en una muestra longitudinal de niños y adolescentes españoles.

Métodos: En 2003 el estudio KIDSCREEN seleccionó una muestra representativa de niños/adolescentes (8-18 años) y sus familias en 13 países europeos, entre ellos España (n = 840). En 2006 (3 años después) la muestra española fue evaluada a través de una segunda encuesta postal. La variable dependiente fue el número de visitas en los 12 meses anteriores al cuestionario de seguimiento (2006). Las variables independientes consideradas fueron: sociodemográficas (edad, sexo, estatus económico, nivel educativo y cobertura sanitaria), y de salud (enfermedades crónicas, limitación de actividad [días de escuela perdidos], salud mental [Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ], y la calidad de vida relacionada con la salud [KIDSCREEN]) todas en la primera etapa del estudio (2003). El análisis estadístico se realizó mediante pruebas T de Student, Chi cuadrado, Anova de un factor y regresión de Poisson (multivariado).

Resultados: La participación en el seguimiento fue de 54% (n = 454), sin diferencias entre los participantes y los no participantes. La media de visitas a profesionales sanitarios fue de 3,7 (rango 0-60). No se observaron diferencias en el número de visitas según el sexo y el nivel educativo de los padres. La probabilidad de reportar visitas aumentó en los mayores de 18 años en 2006 (Beta: 0,4); aquellos con doble cobertura sanitaria (B:0,5); los que declararon limitación de actividad (de 1 a 7 días B:0,3; y 8 días o más B:0,4); los que reportaron una enfermedad crónica (B:0,2) y los posibles y probables casos según el SDQ (posible B:0,2; probable B:1,1). La probabilidad de visitas fue menor en el estatus socioeconómico medio (B:-0,2) y elevado (B:-0,3).

Conclusiones: En el presente estudio longitudinal los mayores predictores del uso de servicios sanitarios en niños y adolescentes estuvieron relacionados con los problemas crónicos de salud, la salud mental y la limitación de actividad. Sin embargo, la doble cobertura sanitaria también resultó un factor predictor del uso de servicios sanitarios.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III. FIS Expt. PI042315 PI042504.

MONITORIZACIÓN DE EFECTOS DE BROTES AGUDOS Y MORBILIDAD POBLACIONAL: RIESGO DE CRONICIDAD TRAS UNA TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA MASIVA

J. Coderch, J.M. Inoriza, M. Pérez, I. Sánchez, J.M. Lisbona, E. Sánchez, et al

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà.

Antecedentes/objetivos: La gastroenteritis aguda (GEA) por *Salmonella* se asocia al desarrollo de patología digestiva funcional a medio plazo, pero es menos conocido si aumenta el riesgo de estas u otras patologías a largo plazo. En junio de 2002 se produjo una toxiinfección alimentaria (TIA) masiva por *S. enteritidis* que afectó 1.243 personas. Un estudio de cohortes identificó un Riesgo Atribuible a la GEA del 18,57% para síndrome de intestino irritable (SII) y del 4,03% para dispepsia funcional (DF), a los 24 meses del brote. Esta zona es atendida por una Organización Sanitaria Integrada (OSI), que codifica con CIM-9 los contactos asistenciales con cualquier nivel, y los agrega con los Clinical Risk Groups (CRGs), que clasifican los individuos en categorías mutuamente excluyentes y les asigna un nivel de gravedad si padecen una enfermedad crónica. Objetivo: evaluar si la TIA por *S. enteritidis* incrementa el riesgo de morbilidad crónica, identificada mediante CRGs, al cabo de cuatro años del brote.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo. Ámbito: comarca de 125.000 habitantes; OSI que gestiona el hospital comarcal y cuatro de sus cinco equipos de atención primaria. Población: 677 casos de TIA de 2002 (residentes en la comarca, más de 18 años) y 1.201 controles (selección aleatoria estratificada según residencia, edad y sexo de los casos). Variables: antecedentes de SII o DF; edad; sexo; CRG asignado cada año, de 2002 a 2006; CRGs agregados a tercer nivel (ACRG3) y colapsados. Mediciones: prevalencias de CRGs cada año y razón de prevalencias (RP); variación de prevalencias y riesgo relativo (RR).

Resultados: Grupos (casos/controles) equiparables por edad (medias: 48,5/49,8), % mujeres (55,3/57,5), antecedentes de SII (2,9/2,3) y de DF (2,5/3,8). Prevalencia del ACRG3 1-Sanos, casos vs controles: 2002, 58% vs 64% (RP = 0,92); 2006, 54% vs 51% (RP = 1,06). Prevalencia del ACRG3 2-Enfermedad Aguda significativa, casos vs controles: 2002, 19% vs 9% (RP = 1,99); 2006, 10% vs 11% (RP = 0,96). Variación 2002-2006 de los ACRG3 1-Sanos + 2-Enfermedad Aguda significativa: -12% en casos y -11% en controles (RR = 1,10). Prevalencia de ACRG3 3/4-Enfermedad Crónica menor, casos vs controles: 2002, 3% vs 9%; 2006, 9% vs 12%. Variación 2002-2006: +6% en casos y +3% en controles (RR = 1,88).

Conclusiones: La TIA se asocia con mayor prevalencia puntual de Enfermedad Aguda significativa. La TIA incrementa el riesgo de Enfermedad Crónica menor a los cuatro años. Un sistema de clasificación del riesgo clínico es sensible a los brotes epidémicos y es útil para monitorizar la morbilidad global de la población afectada.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN CON MULTIMORBILIDAD A PARTIR DE LA ENCUESTA DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2007

G. Rivas Costa, M.F. Domínguez Berjón, J. Astray Mochales, R. Gènova Maleras, M.D. Esteban Vasallo, L.M. Blanco Ancos, A. Rodríguez Laso, et al

Servicio de Informes de Salud y Estudios; Servicio de Análisis e Intervención. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: La Multimorbilidad (Mm) condiciona la utilización de servicios sanitarios. El objetivo es describir la prevalencia de Mm y las características asociadas en población general y en usuarios de servicios sanitarios a partir de la encuesta de salud de la Comunidad de Madrid de 2007 (ESCM2007).

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La población a estudio son los 5.061.687 de 16 o más años residentes en la Comunidad de Madrid (CM). Se analizó la ESCM2007 (n = 12.190). Se consideraron los problemas crónicos asociados de forma significativa ($p < 0,01$) al ingreso en el último año: infarto de miocardio, cardiopatía isquémica, asma, bronquitis crónica, diabetes, accidente cerebrovascular, tumor maligno, depresión, otras enfermedades (OE) mentales, OE cardíacas y OE renales. Se definió Mm como la presencia de 2 o más de ellos. Se calcularon la prevalencia de Mm y las estimaciones poblacionales con intervalo de confianza al 95% (IC), en población general y en usuarios de servicios sanitarios en los 14 días previos (atención primaria -AP-, especializada -AE-) o en el último año (ingreso hospitalario y urgencias). Como covariables se han considerado sexo, edad, clase social (clasificación SEE), actividad física, índice de masa corporal, consumo de alcohol y tabaco. Se realizó un análisis descriptivo, bivariado y multivariado mediante regresión logística con el cálculo de odds ratios ajustadas (OR) e IC, con modelos separados para hombres y mujeres. Se utilizó un plan de análisis para muestras complejas en SPSS 15.0.

Resultados: Un 4,9% de la población general presenta Mm (246.755 personas; IC: 230.640-262.869). Entre los usuarios de AP, AE o urgencias la prevalencia de Mm es de 10% y de 15,5% en hospitalizados (18,5% en hombres y 13,6% en mujeres). La prevalencia aumenta con la edad: 16,2% de Mm en mayores de 64 años (hombres OR = 15,7; 9,7-25,5 y mujeres OR = 14,4; 9,0-2,0 respecto a los de 16-34 años); en los ingresados de esta edad la prevalencia de Mm es 33,2%. La prevalencia en mujeres de clase social IV-V es de 6,6% (OR = 1,7; 1,2-2,3 respecto a clases I-II), siendo menor en hombres (5,4%). La Mm se asocia con el sobrepeso, el sedentarismo y el consumo previo de alcohol o tabaco.

Conclusiones: Las encuestas de salud permiten estimar la prevalencia y describir las características de la población con multimorbilidad. Esta supone el 4,9% de la población general, siendo mayor este porcentaje en los usuarios de servicios sanitarios (10-15,5%). Estas prevalencias y características deben ser tenidas en cuenta en la organización de la asistencia sociosanitaria.