

PÓSTERES II

Miércoles, 15 de octubre de 2008
16:00 a 17:00

Vigilancia epidemiológica II

Modera: Juan Castell

EVALUACIÓN DE LAS DECLARACIONES DE EDO URGENTES EN ANDALUCÍA, AÑO 2007

E. Bueno Ripollés, L. Puell-Gomez, G. Conejo, et al
Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud.

Antecedentes/objetivos: RedAlerta es la aplicación informática de SIA (Sistema integrado de Alerta Sanitaria de Andalucía) y da soporte al Sistema de Vigilancia epidemiológica de Andalucía (SVEA). Es una herramienta que se puso en funcionamiento en el año 2003 para la recogida e intercambio sistemático de información en vigilancia epidemiológica puesto que permite una explotación y exportación de datos por parte de sus usuarios: áreas hospitalarias y distritos, delegaciones provinciales y los servicios centrales de la Consejería de Salud. La calidad de la información recogida es de suma importancia para el control y seguimiento de las EDO y alertas epidemiológicas. El objetivo de este trabajo es el de valorar el grado de cumplimentación de las diferentes variables recogidas en las declaraciones urgentes de RedAlerta en el año 2007.

Métodos: Se ha valorado el grado de cumplimentación de las siguientes variables: Evolución del afectado, Centro declarante, Fecha de nacimiento, Fecha declaración Municipio, Distrito Sanitario, Provincia, fecha de alta, fecha de ingreso y el número de historia clínica mediante la revisión de todas las declaraciones y alertas grabadas en RedAlertas en el año 2007.

Resultados: En Andalucía se declararon 519 EDO urgentes en el año 2007 con una distribución por provincias de: Almería 27; Cádiz 50; Córdoba 43; Granada 68; Huelva 33; Jaén 93; Málaga 96; Sevilla 106 y "no consta" 3. El 92,8% de las declaraciones provienen de hospitales públicos, el 4,43% de hospitales privados y el 2,69% de atención primaria. El 84% (437) de los casos fueron hospitalizados. El grado de cumplimentación es del 99-100% en las siguientes variables: Evolución del afectado, Centro declarante, Fecha de nacimiento, Fecha declaración Municipio, Distrito Sanitario, y Provincia y prácticamente en el 100% de los 437 pacientes hospitalizados figura la fecha de alta y la fecha de ingreso y tan sólo en el 80% el número de historia clínica.

Conclusiones: El grado de cumplimentación de las variables de las declaraciones de EDOS Urgentes en el año 2007 es adecuado en todos los ítems analizados excepto en el número de historia clínica, lo que refleja tanto la eficacia de las estrategias desarrolladas para la mejora de la información recogida en RedAlerta. Se recomienda ampliar el estudio evaluando la oportunidad, exhaustividad y sensibilidad del sistema.

MARCO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN ENFERMEDADES EMERGENTES, REEMERGENTES E IMPORTADAS EN ANDALUCÍA

S. Soler, L. Puell-Gómez, J.M. Mayoral Cortés, et al
HHUU Virgen de la Victoria; Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud.

Antecedentes/objetivos: Las enfermedades emergentes, reemergentes e importadas constituyen un importante problema de Salud Pública en Andalucía, España y a nivel mundial. Las enfermedades emergentes son aquellas cuya incidencia se ha incrementado o amenaza incrementarse en un futuro. Las enfermedades reemergentes son aquellas que habían sido erradicadas o su incidencia disminuida. Las enfermedades importadas son las adquiridas en un país donde son más o menos frecuentes y que se manifiestan clínicamente en otro donde no existen o son infrecuentes. Los cambios climáticos parecen influir sobre la distribución temporal y espacial así como sobre la dinámica esta-

cional e interanual de patógenos, vectores, hospedadores y reservorio. En Andalucía existen zonas y poblaciones especialmente vulnerables a la aparición o resurgimiento de este tipo de enfermedades, ya que dentro del marco nacional se va a ver afectada especialmente por el cambio climático y por los fenómenos de inmigración incontrolada. A nivel mundial, el control de las emergencias de Salud Pública se realiza en el marco de las normas propuestas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) elaborado y aprobado por la OMS en 2005 y puesto en marcha en el año 2007. El objetivo es elaborar propuestas de vigilancia epidemiológica de enfermedad emergente, reemergente e importada en función de su naturaleza y magnitud.

Métodos: Revisión documental de las enfermedades consideradas emergentes o reemergentes que por su frecuencia y/o repercusión en nuestro entorno pueden suponer una amenaza para la Salud Pública. Identificación de los protocolos actuales de vigilancia epidemiológica y adaptación de los mismos a las necesidades actuales.

Resultados: Tras la puesta en antecedentes para cada enfermedad se elaboraron tres propuestas de comunicación de casos probables/confirmados según se tratara de transmisión vectorial, transmisión persona-persona y otros casos de enfermedad importada sin riesgo de transmisión en nuestro medio.

Conclusiones: Se pone de manifiesto la importancia de una red eficaz de vigilancia epidemiológica para este tipo de enfermedades, que garantice el control ambiental y el mantenimiento de la salud de la población.

SERIE DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN UNA EMPRESA: ¿CLUSTER O AZAR?

M. Llach-Berné, G. Codina, M.A. Tarrés, P. Romero, R. Perelló, I. Barreig, et al

Unitat de Vigilància Epidemiològica Regió Costa de Ponent; Laboratori de Microbiologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Antecedentes/objetivos: La epidemiología molecular como complemento a la epidemiología clásica es una herramienta de gran utilidad para determinar la existencia de transmisión reciente entre los diferentes casos de un supuesto *cluster*. El objetivo del estudio es comprobar la existencia de transmisión reciente entre los casos de tuberculosis (TB) en una empresa de la Regió Costa de Ponent de Catalunya.

Métodos: Estudio descriptivo. Ámbito: empresa de la Regió Costa de Ponent de 14.000 trabajadores y con diferentes módulos de trabajo. Período de estudio: 2002-2004 (ambos incluidos). Se realizó un seguimiento de los casos de TB notificados y se efectuaron los estudios de contactos convencionales (ECC) de los casos bacilíferos según protocolo. Se calculó la tasa de incidencia y el intervalo de confianza al 95% (IC 95%) de la empresa y de Catalunya, utilizando como numerador los casos notificados y como denominador el total de trabajadores de la empresa y el padrón continuo, respectivamente. Se realizó tipificación genética mediante RFLP/IS6110 de las cepas que se pudieron aislar.

Resultados: En total se declararon 8 casos sospechosos de TB, de los que 7 fueron confirmados (2 en el año 2002, 4 en el 2003 y 1 en el 2004). La mayoría compartían espacio físico en el trabajo: 4 compartían los módulos 8, 9, y 10 y otros 2 los módulos 4 y 5. Tres casos tenían antecedentes de TB o de contacto con otros enfermos con TB fuera del ámbito laboral. Seis eran hombres (86%) con un rango de edad comprendida entre 21 y 60 años. En cinco casos la localización anatómica fue pulmonar, en uno pleural y en otro suprarrenal. Los 5 casos pulmonares presentaron baciloscopia y cultivos de esputo positivos. Los diferentes ECC realizados supusieron el estudio en total de 535 trabajadores de la empresa, de los que 115 (21,5%) presentaron prueba de la tuberculina positiva (≥ 5 mm.), sin detectarse ningún caso de enfermedad activa ni convertidores. Durante el período de estudio la tasa bruta de incidencia de TB en la empresa fue de 16,7 casos por 100.000 personas-año (IC 95%: 6,7-34,3). La incidencia en Catalunya para el mismo período fue de 24,3 por 100.000 habitantes-año (IC 95%: 23,5 - 24,9). El estudio molecular evidenció que las 5 cepas estudiadas de los 5 casos pulmonares pertenecían a clones diferentes.

Conclusiones: El estudio molecular confirmó que no hubo transmisión reciente en el ámbito laboral, como anteriormente habían indicado los estudios de contactos convencionales realizados. No se observó una tasa de incidencia de tuberculosis superior a la esperada, al comparar con la tasa de Cataluña para el mismo período.

ANÁLISIS DE LA MORBI-MORTALIDAD ASOCIADA A ALTAS TEMPERATURAS EN ANDALUCÍA DURANTE 2007

E. Pérez Morilla, E. Bueno Ripollés, J.M. Mayoral Cortés, et al
Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Antecedentes/objetivos: Conocer el impacto en los servicios sanitarios de la morbilidad asociada al exceso de calor y describir la mortalidad durante el verano de 2007.

Métodos: Análisis de la morbilidad: Se usó una aplicación web en la que los Centros Asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía registraron diariamente las urgencias atendidas (totales, por patología agravada por calor y por golpe de calor). Para evaluar la incidencia de las altas temperaturas en el uso de los servicios sanitarios, se compararon las urgencias atendidas durante los períodos de superación simultánea de los umbrales de temperatura máxima y mínima (percentil 95 de la serie histórica de temperaturas para cada provincia) más los tres días siguientes frente al mismo período en la semana previa, siempre que en ésta no hubiera habido superación de umbrales. Análisis de la mortalidad: Se obtuvieron los datos de defunciones diarias de los Registros Civiles de las capitales de provincia. La vigilancia de la mortalidad general por semanas se realizó mediante la construcción de canales epidémicos a partir de las series de mortalidad del período 2002-2006.

Resultados: Las urgencias por patología relacionada con el calor (incluyendo golpe de calor) supusieron un 0,01% del total. Durante los períodos de superación simultánea de temperaturas umbrales se observaron incrementos en el número de urgencias en tres de los nueve períodos analizados con valores moderados que varían entre el 0,1% y 12%. En cuanto a mortalidad general, se detectaron elevaciones puntuales por encima del máximo esperado. En Almería y Málaga, estas elevaciones fueron algo más sostenidas, si bien no coincidieron con períodos de altas temperaturas.

Conclusiones: Las altas temperaturas durante el verano de 2007 tuvieron una incidencia poco significativa tanto en el uso de los servicios sanitarios como en la mortalidad general en Andalucía.

SITUACIÓN DE LA VARICELA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2007. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA

E. Polentinos, A. Gutiérrez, M. Ordobás, A. Estirado, D. Ochoa, D. Iniesta, L. García-Comas, J. García-Gutiérrez, C. García-Fernández, et al
Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: En noviembre de 2006 se modificó el calendario de vacunaciones sistemáticas en la Comunidad de Madrid (CM) introduciendo la vacuna de varicela para niños de 15 meses. En la CM esta enfermedad se vigila a través de la Red de Médicos Centinela (RMC), como Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) numérica y periódicamente mediante la revisión del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD). El objetivo del estudio es conocer las características de la varicela por los sistemas de vigilancia de la CM y evaluar la vacunación frente a esta enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de varicela detectados en la CM. Las fuentes de datos han sido la RMC, las EDO y el CMBD. Según la fuente se analizan distintas variables demográficas, de exposición, complicaciones, y de estancia en hospital. Como denominadores se utiliza la población cubierta, conocida mediante tarjeta sanitaria, en el caso de la RMC y el Padrón continuo de habitantes para el resto. Se calcula incidencia y distribución porcentual de las variables recogidas. Se determina la efectividad vacunal por el método de cribado a partir de los casos recogidos por la RMC. La población de estudio son los niños que cumplieron 15 meses durante 2007. Este método requiere conocer la cobertura vacunal y la proporción de casos vacunados.

Resultados: En el sistema EDO, la tasa de incidencia en el 2007 fue de 333 por 100.000 habitantes. La incidencia media anual en el quinquenio previo fue de 721 por 100.000. Por la RMC la incidencia en el 2007 fue de 682 por 100.000 habitantes. El 49,9 % fueron hombres y la mediana de edad fue de 4,0 años. La mayor incidencia se presenta en los menores de 5 años. El lugar de exposición más frecuente fue en los colegios: 41,2%. En el quinquenio 2002-2006 la incidencia media anual fue de 1400 por 100.000. En los niños que cumplieron 15 meses en 2007 la proporción de casos con antecedente de vacunación fue de 28%. Por el CMBD, la incidencia de ingresos por varicela en el 2007 fue de 3,09 por 100.000 habitantes. El 60% eran hombres, la mediana de edad fue de 3,5 años y el 10% tenían algún diagnóstico de inmunosupresión. Se registraron 3 defunciones. En el período 2002-2006 la incidencia media anual de ingresos fue de 4,66 por 100.000 y se registraron 9 defunciones. La efectividad vacunal en la población de 15 meses fue de 93,4% con una cobertura vacunal de 79% en esa población.

Conclusiones: En el año 2007 se produjo un descenso en la morbilidad por varicela en la CM, comparado con el quinquenio previo. La efectividad global de la vacuna de la varicela por el método de cribado en la población estudiada es alta.

REVISIÓN DE *LISTERIA MONOCYTOGENES* EN CATALUÑA (2001-2007)

S. Hernández, P. Ciruela, N. Torner, A. Martínez, J.M. Jansà, et al
Departament de Salut Pública. Generalitat de Catalunya. España; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). España.

Antecedentes/objetivos: La listeriosis es una enfermedad bacteriana cuya evolución puede ser fatal en población de riesgo. Sus características de crecimiento y su amplia distribución favorecen su transmisión por alimentos en forma de brotes y/o casos esporádicos. El objetivo de este estudio es mostrar la evolución de la listeriosis en Cataluña durante el período comprendido entre 2001-2007.

Métodos: Estudio descriptivo a partir de las declaraciones aportadas por los laboratorios participantes en el Sistema de Notificación Microbiológica de Cataluña (SNMC) desde 2001 a 2007. Los datos epidemiológicos de brotes se han obtenido a partir de los informes de la Sección de Control Epidemiológico de Salud Pública y los datos demográficos del Instituto de Estadística de Cataluña. Se han realizado medidas de asociación (OR) y la prueba χ^2 con un nivel de significación $\alpha = 0,05$.

Resultados: Se han declarado un total de 382 casos de listeriosis con una tasa de incidencia global de $0,8 \times 10^5$ pers-año. El 59,2% ($p < 0,01$) de estos han sido hombres. Por grupos de edad las tasas de incidencia han sido de $6,8 \times 10^5$ pers-año (OR = 8,5; IC 95% = 5,9-12,1, $p < 0,01$) en < 1 año (31/33 neonatos), $0,06 \times 10^5$ pers-año en 1-19 años, $0,3 \times 10^5$ pers-año en 20-59 años, $2,2 \times 10^5$ pers-año (OR = 2,7; IC 95% = 2,3-3,2 $p < 0,01$) en ≥ 60 años. Las formas clínicas han sido: bacteriemia-sepsis (61,5%), meningoencefalitis (35,9%), artritis (0,8%), ascitis (0,8%) y otras (1,0%). En todos los casos se ha llegado al diagnóstico por cultivo, siendo sangre (63,6%) y líquido cefalorraquídeo (33,2%) las muestras donde se aisló con mayor frecuencia. En 33 casos se ha facilitado información sobre algún factor de riesgo: 23 pacientes con deficiencias inmunitarias y 10 embarazadas. Las tasas de incidencia expresadas en personas-año han sido: 0,7, 0,6, 0,7, 1,5, 0,8, 0,8, 0,5 en 2001-2007. En 2004 la tasa de incidencia ha sido superior al resto de años (OR = 2,2; IC 95% = 1,3-3,1 $p < 0,01$). Se ha notificado un brote en 2004 de 4 casos, uno en 2005 de 2 casos y dos en 2007 de 4 casos cada uno, siendo 3 de origen comunitario y 1 nosocomial. En 2004 a través del SNMC se han observado dos cluster: 17 casos entre las semanas 24-33 en la ciudad de Barcelona y 4 casos en las semanas 31-35 que ha correspondido al brote de Gerona.

Conclusiones: La tasa de incidencia global de listeriosis en Cataluña ha sido de $0,8 \times 10^5$ pers-año. Se ha observado un aumento de los casos en 2004. La listeriosis afecta preferentemente a hombres y a menores de 1 año y mayores de 60. Es necesaria una vigilancia más específica para poder investigar de una manera rápida y eficaz los posibles brotes.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA LEGIONELOSIS ASOCIADA A VIAJES

A. Estirado, M.A. Ordobás, S. Cañellas, M.A. Gutiérrez, L. García, I. Rodero, D. Ochoa, J. García, R. Ramírez, et al
Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: La legionelosis es una enfermedad de notificación obligatoria en la Comunidad de Madrid (CM) desde enero de 1997. Una gran parte de los casos se relacionan con viajes, hecho de gran importancia tanto para la población como para las autoridades sanitarias, por lo que es de gran relevancia conocer las características diferenciales de los casos de legionelosis asociados a viaje.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de legionelosis notificados en la CM en el período 2004-2007. Se calculan las tasas de incidencia anuales utilizando como referencia el padrón continuo de habitantes. Se comparan las características epidemiológicas de los casos con antecedente de viaje (de más de 5 días de duración en los 10 días anteriores al inicio de síntomas) con los casos comunitarios.

Resultados: En el período de estudio se notificaron 258 casos de legionelosis: 58 casos en 2004, 65 en 2005, 77 en 2006 y 58 en 2007, con unas tasas de 1,00, 1,09, 1,28 y 0,95 casos por 100.000 habitantes, y un porcentaje de casos asociados a viaje de 19,4%, 38,8%, 22,4% y 19,4%, respectivamente. La distribución de las variables de estudio en los casos asociados a viaje frente a los comunitarios fue la siguiente: edad media 60,2, vs. 55,5 ($p = 0,02$), 70,1% hombres vs. 79,1% ($p = 0,14$), 74,6% con diagnóstico microbiológico vs. 86,9% ($p = 0,02$), 13,4% ingresaron en UCI vs. 21,5% ($p = 0,15$), 40,3% fumadores vs. 53,9% ($p = 0,06$). No se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos para el resto de los factores predisponentes clásicos. Los casos asociados a un brote epidémico fueron el 31,3% (4 brotes en hoteles y 3 brotes en balnearios, fuera de la CM) vs. 4,7% (un brote en un domicilio particular relacionado con el uso de un jacuzzi y un brote en un centro penitenciario) ($p < 0,01$).

Conclusiones: Los datos expuestos parecen indicar que los casos asociados a viaje presentan un perfil diferenciado: son mayores, hay más mujeres, se realiza menos confirmación microbiológica, ingresan menos en UCI y son menos fumadores, por lo que es fundamental que la información de las redes de vigilancia epidemiológica se presente de forma diferenciada para ambos tipos de casos. Los casos asociados a viaje se producen con más frecuencia en el entorno de un brote, lo que puede explicarse en parte por una mayor exposición a fuentes de *Legionella* en estas circunstancias, pero también puede estar relacionado con la mayor facilidad de detección del vínculo epidemiológico y de la posible fuente de infección, algo más difícil en los casos comunitarios.

CRITERIOS PARA LA VIGILANCIA DE HIDATIDOSIS A PARTIR DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS

A. Estirado, M.A. Ordobás, I. Rodero, S. Cañellas, M.A. Gutiérrez, L. García, D. Ochoa, J. García, R. Ramírez, et al
Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: La hidatidosis fue enfermedad de declaración obligatoria a nivel nacional de 1981 a 1996, desde esa fecha en la Comunidad de Madrid (CM) se vigila a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias (CMBD). Actualmente es considerada como una enfermedad reemergente. Dado que su incubación es prolongada y que es asintomática durante largo tiempo, los casos infantojuveniles proporcionan mejor información sobre el entorno de riesgo reciente. El objetivo de este estudio es definir los criterios de análisis del CMBD más adecuados para la vigilancia de la hidatidosis.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de hidatidosis residentes en la CM registrados en el CMBD entre 2002 y 2007, con código CIE-9-MC 122.0 a 122.9 en el diagnóstico principal o en cualquiera de los secundarios. Se estudian las variables año de alta, edad al ingreso y posición del diagnóstico de hidatidosis (principal o 1º a 12º secundarios). Se define reingreso como el ingreso en el mismo hospital, con igual número de historia clínica y con diagnóstico de hidatidosis, y se analiza en el mismo año del alta y a lo largo de todo el período.

Resultados: Entre 2002 y 2007 se registraron 2.456 casos de hidatidosis, con una tendencia ligeramente ascendente: 382, 356, 431, 413, 465 y 409 casos anuales. Eliminando los reingresos en el mismo año del alta (15,6%) los casos pasaron a 2073, con una distribución más estable: 347, 283, 336, 358, 405 y 344 en cada año. Eliminando los reingresos a lo largo de todo el período (21,9%) se registraron 1918 casos, con evolución descendente (347, 283, 336, 317, 349 y 286 cada año), el 2,19% menores de 25 años (tendencia ascendente: 3, 6, 7, 9, 6 y 11 casos anuales). En 69,6% de estos 1.918 casos la hidatidosis se recogió en el diagnóstico principal o en los 3 primeros secundarios (37,2% como principal, 14,1% como 1º secundario, 10,5% como 2º, 7,8% como 3º), y el porcentaje fue disminuyendo progresivamente hasta 0,9% para el 12º diagnóstico secundario. En 97,6% de los menores de 25 años se recogió como principal o en los 3 primeros secundarios, mientras que en los mayores de 75 años este porcentaje fue de 45,4%.

Conclusiones: Es recomendable analizar el CMBD explotando conjuntamente el mayor número de años disponibles para eliminar el efecto de los reingresos, y analizar por separado a los menores de 25 años, ya que pueden darnos una idea más real del riesgo reciente de la enfermedad. Es fundamental estudiar al menos el diagnóstico principal y los 3 primeros secundarios; la utilidad de incluir los diagnósticos siguientes es limitada ya que pueden representar casos que se han descubierto ante un ingreso por otro motivo pero también pueden recoger antecedentes personales.

MALARIA EN NIÑOS: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS CASOS NOTIFICADOS EN CATALUÑA

M. Quesada, N. Cardeñosa, J.P. Millet, R. García, M. Oviedo, J.A. Caylà, E. Rodríguez, L. Sánchez, J.M. Jansà, et al

Subdirecció Gral Vigilància Resposta Emergències Salut Pública (SP); CIBER Epidemiologia y SP; Agencia SP Barcelona; Consejería Sanidad Murcia; Centro Nac. Epidemiologia, INSCIII, Madrid; Dpto SP, UB.

Antecedentes/objetivos: La malaria mata a un niño cada 30 segundos en África, y sigue siendo la amenaza más grande para mujeres embarazadas y para los recién nacidos. A pesar de que en España es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) desde 1982, y de que existen numerosos programas que advierten de los riesgos de viajar a zonas endémicas sin cumplir el tratamiento quimioproláctico, la tendencia anual de la incidencia global se mantiene estable en los últimos años. El objetivo del estudio fue describir la epidemiología de la malaria diagnosticada en niños, notificada en Cataluña entre los años 2001-2007.

Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico de los datos recogidos por el sistema de notificación de EDO entre 2001 y 2007 de los niños (0-16 años) infectados de malaria diagnosticados en Cataluña. Se analizaron por año género, país de origen, continente y país de viaje, cumplimiento de la quimioprofilaxis, especie de plasmodio aislada y resultado del tratamiento.

Resultados: Durante este período se notificaron 233 niños infectados por malaria en Cataluña, rango: 22-41 casos/año, media: 33 casos/año (125; 54,8% varones). La media y mediana de edad fue de 7 años y la moda de 10, con 20 casos. El 70% de los pacientes (162) tenían entre 1 y 10 años. El 56% (88) no habían estado infectados con *Plasmodium* sp. anteriormente. Los casos procedían de África (179, 92%), Asia (9) y América Central y Sudamérica (7). El 19% eran españoles y 81% inmigrantes. Los niños provenientes de Guinea Ecuatorial (66), Gambia (45) y Senegal (20) constituyen el 73% de los casos de África, y el 67% del total de casos. La especie más aislada fue *P. falciparum* (159; 85%). El 26% (44) de los casos, realizó algún tipo de quimioprofilaxis, pero sólo el 2% (3) la hizo correctamente. El 61% (125) de los niños requirió ingreso hospitalario, con una media de estancia de 4 días y ninguno murió a causa de la malaria.

Conclusiones: Aunque afortunadamente no falleció ningún niño debido a la malaria, los niños siguen siendo los más vulnerables, ya que los síntomas de la malaria en ellos pueden no ser los habituales y si no son tratados a tiempo pueden fallecer rápidamente. Los períodos de largas vacaciones escolares podrían ser un buen momento para intensificar las campañas informativas, sobre todo teniendo en cuenta el riesgo que tienen los hijos de inmigrantes al visitar las zonas endémicas donde nacieron sus padres.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN CATALUÑA (ESPAÑA), 2000-2008

A. Martínez, A. Domínguez, S. Minguell, P. Ciruela, S. Hernández, L. Basile, J.M. Jansa, J. Vázquez, et al

Direcció General de Salut Pública. Generalitat de Catalunya; Departament de Salut Pública, Universitat de Barcelona; Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Tarragona; Centro Nacional de Microbiología. Madrid.

Antecedentes/objetivos: Estudiar la forma de presentación y características microbiológicas de los casos de enfermedad meningocócica declarados en Cataluña durante los últimos años.

Métodos: Estudio de las notificaciones de casos de enfermedad meningocócica atendidos en los hospitales de Cataluña desde enero del 2000 hasta mayo del 2008. Variables estudiadas: año de declaración, forma de presentación del caso (esporádico o asociado), ámbito y estudio microbiológico de las cepas. Se ha considerado *cluster* la aparición de dos o más casos en un mismo ámbito y en un período de tiempo < 2 meses. Se ha estimado la tendencia de la proporción de casos no confirmados respecto al total de casos declarados mediante el coeficiente de correlación de Pearson asumiendo un nivel de significación estadística $\alpha = 0,05$.

Resultados: Durante el período en estudio se han declarado 1239 casos de enfermedad meningocócica, de los cuales 912 (74%) han sido confirmados por laboratorio; los 327 (26%) casos restantes no se han podido llegar a confirmar microbiológicamente por diferentes motivos, aunque cumplían la definición clínica de caso. No se observan cambios significativos en la tendencia de la proporción de casos no confirmados microbiológicamente. Del total de casos declarados 29 (2,3%) se han presentado de forma asociada en 14 *cluster* de 2-3 casos: 5 en el año 2000, 3 en el 2005, 2 en el 2002 y 1 en 2001, 2003, 2004 y 2006. El ámbito de presentación fue familiar en 8 (57%) y escolar en 6 (43%). El subtipo P1.15 fue el más frecuente en el serogrupo B (31%) asociado mayoritariamente al serotipo 4 (80%); para el serogrupo C ha sido P1.5 (36%), asociado al serotipo 2a (86%) Durante los primeros meses de 2008, se han identificado cinco casos de B:2a:P1.5 en una misma zona geográfica, sin relación aparente entre ellos, con evolución especialmente grave (letalidad de 80%). En 5 de los *cluster* los casos se han podido relacionar microbiológicamente, correspondiendo 4 a la cepa B:4:P1.15 y 1 a la B:1:P1.13. En el resto, solamente se ha podido caracterizar microbiológicamente uno de los casos del *cluster* y, por tanto, no se puede asegurar la relación entre ellos.

Conclusiones: Es necesaria la confirmación de los casos y la caracterización de cepas circulantes que nos permitan identificar *cluster* y detectar posibles cambios y recombinaciones entre las cepas.

PÓSTERES II

Miércoles, 15 de octubre de 2008
16:00 a 17:00

Brotos II

Moderador: Juan Bellido

BROTE DE INFECCIONES CUTÁNEAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN TRABAJADORES DE UNA EMPRESA AVÍCOLA

M.P. Fernández Antolí, A. Varo Baena, F. Antón Muñoz, I. Bonet García, E. Buenestado, R. de la Torre Molina, L.M. Santiago Fernández, F. García Viejo, et al

Distrito Sanitario Córdoba Sur; Deleg. Prov. de Salud Córdoba; Sdad. Prevención de Ibero-mutuum Córdoba.

Antecedentes/objetivos: El *Staphylococcus aureus* es un colonizador habitual de piel y mucosas y causa de infecciones co-

munitarias en piel y tejido subcutáneo. Se transmite por contacto directo con personas infectadas, o indirecto a través de superficies u objetos contaminados. Presentamos un brote de infecciones cutáneas por *S. aureus* en empresa avícola, investigación y medidas de control establecidas.

Métodos: Se realizó encuesta epidemiológica a todos los trabajadores. Se realizó búsqueda activa de casos en la localidad, estudio de portadores nasales y en heces en los trabajadores, estudio ambiental de superficies y tipaje de las cepas aisladas en las muestras clínicas.

Resultados: Del total de 65 personas que trabajaron en la empresa desde julio de 2006 a abril de 2007, 49 presentaron infección cutánea (75%), así como 2 personas que realizaron trabajos esporádicos en la empresa y 3 familiares de trabajadores. Todos los trabajadores afectados pertenecían al área de producción. El 48% de los casos presentaron un único episodio, mientras que el 62% tuvieron recurrencias con más de un episodio, produciéndose un total de 116 episodios. El cuadro clínico fue de foliulitis en el 52% de los episodios, ectima en el 12% y absceso en el 9% (27% sin datos). La localización más frecuente fue en extremidades (50%), seguido de tronco y abdomen (13%) y cara y cuello (12%). En todos los cultivos de las lesiones realizadas se aisló *S. aureus* meticilin sensible, detectándose similitud genética entre tres muestras. Se realizaron estudios ambientales en varios puntos críticos de la empresa, aislándose *S. aureus*. Durante el período del brote no se detectó una mayor morbimortalidad en aves.

Conclusiones: Se trata de un brote de infecciones cutáneas en ámbito laboral en una empresa avícola que duró 10 meses y que originó varias bajas laborales y una hospitalización. Se identificó como agente causal *S. aureus* meticilin sensible y la transmisión ha sido fundamentalmente por contacto indirecto a través de superficies y objetos contaminados, favorecido por las condiciones de trabajo, especialmente de humedad. Con las medidas de control establecidas encaminadas a romper la transmisión y eliminar posibles reservorios ambientales se consiguió controlar el brote (intensificación de limpieza y desinfección de la instalación, sustitución de maquinaria de lavado de cestas, uso de equipos de protección personal, tratamiento de portadores nasales y educación higiénico-sanitaria a trabajadores).

ESTUDIO DE DOS BROTES ALIMENTARIOS POR *CLOSTRIDIUM PERFRINGENS* EN UN COLECTIVO PENITENCIARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

R. de los Ríos Martín, M.C. Sanz Ortiz, M.J. Molina Manarel, A. García Gil, B. Álvaro Gómez, J.C. Sanz Moreno, J. García-Moreno Navarro, et al

Servicio de Salud Pública Área 3 C de Madrid; Laboratorio Regional de Salud Pública de Madrid; Centro Penitenciario Madrid I mujeres.

Antecedentes/objetivos: *Clostridium perfringens* es un agente clásico de toxiinfección alimentaria, la enfermedad suele cursar de forma autolimitada por lo que habitualmente quedan sin diagnosticar muchos casos. El estudio más detallado se realiza cuando ocurren brotes. El objetivo es describir la investigación llevada a cabo en dos brotes de gastroenteritis aguda ocurridos en un colectivo penitenciario de la Comunidad de Madrid, para determinar el agente etiológico, la posible fuente de infección y los factores condicionantes.

Métodos: El estudio epidemiológico de los brotes (A y B) se realizó utilizando un diseño de casos-control. Se recabó información mediante cuestionario estandarizado para brotes de toxiinfección alimentaria. Se utilizaron métodos clásicos y modelos de regresión logística en el cálculo de las *odds ratio* (OR) y las *odds ratio* ajustadas para los alimentos consumidos. Se realizó inspección de la cocina para conocer las condiciones higiénico-sanitarias, estructurales y de procedimiento. En ambos brotes se recogieron muestras testigo de alimentos, también muestras de heces de personas enfermas en las que se realizó coprocultivo según la metodología estandar y determinación de enterotoxina de *C. perfringens*.

Resultados: Se encuestó a 84 personas en el brote A (39 casos) y a 99 en el brote B (50 casos). El período de incubación medio fue de 12 y de 10 horas respectivamente. Los síntomas principales fueron diarrea, dolor abdominal, náuseas y vómitos. La edad media de los enfermos fue de 38,3 (DT 13,15) años en el brote A y de 40 (DT 10) en el brote B. El análisis estadístico mostró una asociación significativa entre el consumo de pechuga de pollo y la enfermedad (OR 47,5) en el brote A y entre el consumo de pastel de carne y la enfermedad (OR ajustada 58,5) en el brote B. Se detectó la presencia de enterotoxina de *C. perfringens* en heces de enfermos de ambos brotes. El análisis microbiológico de los alimentos resultó conforme en el brote A pero en el brote B se confirmó la presencia de *C. perfringens* y *Bacillus cereus*. La inspección destacó deficiencias estructurales, malas prácticas de elaboración y manipulación de alimentos como la preparación con excesiva antelación y conservación a temperatura ambiente.

Conclusiones: La colaboración entre todos los profesionales implicados en las distintas fases de la investigación condujo a la confirmación de los brotes causados por *C. perfringens*, también permitió identificar los factores que contribuyeron a la aparición de los brotes y ayudó a establecer las medidas de control en materia de higiene alimentaria.

BROTES DE GASTROENTERITIS VÍRICAS EN CENTROS GERIÁTRICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID. PERÍODO 1998-2007

I. Rodero Garduño, J.C. Sanz Moreno, L. García Comas, M.A. Gutiérrez Rodríguez, J. García Gutiérrez, M. Ordobás Gavín, S. Cañellas Llabrés, A. Estirado Gómez, E. Polentinos Castro, et al

Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid; Laboratorio Regional de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Las especiales cualidades para la transmisión de la mayoría de virus enteropatógenos determinan que los brotes de gastroenteritis agudas de origen vírico (GEAV) presenten especial impacto en instituciones cerradas. Desde el año 2002 el Laboratorio Regional de Salud Pública de la Comunidad de Madrid dispone de técnicas rápidas de detección antígenica frente a estos virus. En este estudio se describen los brotes de GEAV ocurridos en centros geriátricos de la Comunidad de Madrid en el período 1998-2007.

Métodos: Estudio descriptivo de todas las sospechas de brotes de GEAV ocurridos en centros geriátricos que han sido detectados e investigados por la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid de 1998 a 2007. Las variables analizadas son número de brotes, expuestos, casos, hospitalizaciones y defunciones, fuente de notificación, mecanismo principal de transmisión, distribución temporal (mes de inicio de síntomas del primer caso conocido) y confirmación microbiológica del agente causal.

Resultados: En el período estudiado se han notificado 135 sospechas de brotes de GEAV en centros geriátricos (54,9% de todos los brotes de GEAV), con 26.698 expuestos, 6.873 casos, 40 hospitalizados y 2 defunciones. El 85,2% fueron comunicados por los propios centros afectados. Entre octubre y abril ocurrieron el 76,3% de los brotes. La notificación anual osciló entre un mínimo de 2 brotes (1998 y 2001) y un máximo de 30 brotes (2006). Se notificaron 6,8 veces más brotes en el período 2003-2007 que en 1998-2001. La confirmación microbiológica se alcanzó en 82 brotes (60,74%): 8 brotes por rotavirus y 74 por norovirus. La identificación de todos los brotes por rotavirus y 66 (89,19%) de los norovirus ocurrió a partir de 2002. En 3 de estos brotes, todos por norovirus, también se confirmó por laboratorio la implicación de un alimento como vehículo de transmisión.

Conclusiones: Las residencias y centros de día para personas mayores son colectivos con alta frecuencia de brotes de GEAV. Aunque la principal forma de transmisión es persona a persona, es importante considerar e investigar también la posible intervención de agua o alimentos contaminados. La rápida notificación, la recogida adecuada de muestras y la confirmación etiológica del brote mediante técnicas rápidas y sensibles de detección viral se hacen necesarias para un mejor conocimiento y control de estos brotes.

BROTE DE GASTROENTERITIS ENTRE LOS ASISTENTES A UN CONGRESO

J.A. Cascante Burgos, S. Pérez Valderrama, J. Gallegos Braun, R. Wélliz Cabral, E. Negro Carduch, I. Méndez Navas, D. Herrera Guibert, J.M. Donado Campos, et al

Programa de Epidemiología Aplicada de Campo. Centro Nacional de Epidemiología; Servicio de Epidemiología del Área 5. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid; Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de La Paz.

Antecedentes/objetivos: El 5 de octubre enfermaron de gastroenteritis el 20% de los 220 asistentes a un congreso, que había comenzado en Madrid el día anterior. Los congresistas procedían de trece Comunidades Autónomas. Nuestros objetivos son confirmar la existencia del brote, caracterizarlo e investigar la causa del mismo.

Métodos: Se realizó un estudio de casos y cohortes retrospectivo. Definición de caso. Persona que asistió al congreso y tomó la cena del día 4, presentando en las 48 horas siguientes diarrea o malestar general. La cohorte la conforman el conjunto de los comensales asistentes al congreso. Se encuestó telefónicamente a los congresistas entre 2 y 4 días después del evento. Se recabó información sobre edad, sexo, alimentos consumidos y síntomas. Estudio Univariante. La magnitud y la precisión se miden con riesgos relativos; la significación estadística con la Prueba X. El estudio Multivariante se hace mediante regresión de Cox.

Resultados: Se encuestó al 75% (n = 166) de los congresistas. El 39% de los encuestados fueron catalogados como casos por presentar diarrea (95%), dolor abdominal (73%) o mal estado general (20%). Su edad media fue 58,9 años y el 62% eran mujeres. Los síntomas se resolvieron en un plazo medio de 32 horas. En el Análisis Univariante sólo resultó significativo el riesgo derivado de comer "Ternera rellena", RR = 1,75 (1,08-2,81), α s = 6,1, p = 0,01. El 77% de los enfermos y el 58% de los sanos habían tomado este plato. La Proporción Atribuible de enfermedad (PAE) a la ternera rellena fue del 43% (7%-64%) Se creó un modelo con regresión de Cox, con cuatro de los alimentos consumidos (ternera rellena, pimientos de piquillo, morcilla y croquetas). La Proporción Atribuible de Enfermedad al consumo de estos cuatro platos fue de 64%.

Conclusiones: Se confirmó la existencia del brote asociado al consumo de ternera rellena. El gran incremento de la Proporción Atribuible de Enfermedad en el modelo multivariante sugiere la posibilidad de que se haya producido una contaminación cruzada. Esto realza la importancia de investigar los procesos de almacenamiento y manipulación de los alimentos, en el estudio epidemiológico de todos los brotes alimentarios.

EVOLUCIÓN DE LOS BROTES DE GASTROENTERITIS AGUDA POR NOROVIRUS. CATALUÑA, 2003-2006

N. Torner, A. Martínez, R. Bartolomé, D. Ferrer, J. Buesa, J. Álvarez, S. Minguell, A. Pumares, J.M. Jansà, et al

CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya; Servicio de Microbiología. H. Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; Laboratorio de la Agencia de Salud Pública de Barcelona; Departamento de Microbiología. Universidad de Valencia.

Antecedentes/objetivos: La gastroenteritis aguda (GEA) por norovirus es un problema de salud que afecta a la población general. Aunque la verdadera magnitud de estos procesos es difícil de estimar, la presentación en forma de brotes epidémicos aporta información en cuanto a la evolución de norovirus (NoV) como causa de brotes de GEA en la comunidad. El objetivo de este trabajo es determinar la relevancia de los brotes de GEA causados por NoV y la evolución del genotipo GGII.4 durante el período de estudio.

Métodos: Se obtuvo información de los brotes de GEA registrados en Cataluña durante el período 2003 a 2006 a partir de los informes generados en la investigación epidemiológica por parte de las unidades de vigilancia correspondientes. Se determinaron las tasas de incidencia (TI) de casos con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95% según distribución de Poisson. Se estudió la asociación del número de casos registrados en brotes causados por NoV, otros agentes y de etiología desconocida mediante prueba de χ^2 estableciendo el nivel de significación en $\alpha = 0,05$. Se estudió la tendencia mediante coeficiente de linealidad de Pearson (R2). El diagnóstico en muestras de heces se llevó a cabo mediante técnica de reacción en cadena de la

polimerasa previa transcripción inversa (RT-PCR) y el genotipado por extracción del ARN, RT-PCR y Southern Blot de los productos de la PCR.

Resultados: Se analizaron 817 brotes de GEA con 11.084 afectados, de los cuales el 42,6% fueron causados por NoV, 40,5% por otros agentes causales y un 16,9% de etiología desconocida. Se observaron diferencias significativas en TI entre brotes causados por NoV de otra etiología y a los de origen desconocido ($p < 0,0001$). Se observó tendencia al incremento en los casos asociados a brotes por NoV ($R^2 = 0,96$); los casos asociados a brotes de otras etiologías se mantuvieron constantes ($R^2 = 0,01$) y los asociados a brotes de origen desconocido mostraron tendencia a disminuir ($R^2 = 0,34$). Los NoV genotipados entre 2004-2006 dieron como genotipo mayoritario el GGII.4 con un 57%. De estos genotipos II.4 el 28,6% correspondieron al año 2004, 31,0% al 2005 y 40,5% al 2006.

Conclusiones: La frecuencia de brotes causados por NoV se ha visto incrementada en los últimos cuatro años por una mejora en el diagnóstico disminuyendo el número de brotes con etiología desconocida. Se ha observado un aumento en la TI de casos implicados en dichos brotes así como la identificación del genotipo GGII.4 como el más frecuente.

INCIDENCIA DE CASOS DE GASTROENTERITIS AGUDA POR NOROVIRUS ASOCIADOS A BROTES EN POBLACIÓN INFANTIL. CATALUÑA, OCTUBRE 2004-OCTUBRE 2005

N. Torner, A. Martínez, M.R. Sala, N. Camps, P. Godoy, I. Barrabeig, J. Caylà, J.M. Jansà, A. Domínguez, G. Trabajo para Gastroenteritis Viricas en Cataluña, et al

CIBER Epidemiología y Salud Pública; Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya; Agencia de Salud Pública de Barcelona; Departamento de Salud Pública. Universidad de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: La gastroenteritis aguda (GEA) causada por norovirus es un problema de salud importante. La verdadera magnitud de estos procesos es difícil de estimar, pero la presentación en forma de brotes epidémicos permite estudiar la relevancia de norovirus (NoV) como agente causal de GEA en niños. El objetivo de este trabajo es estudiar la tasa de incidencia de los casos de GEA asociados a brotes en la población ≤ 14 a con respecto a la población adulta.

Métodos: Se obtuvo información de los brotes de GEA registrados en Cataluña durante el período comprendido entre 15 de octubre del 2004 y 15 de octubre del 2005 a partir los casos asociados a brote notificados y de los informes generados en la investigación epidemiológica por parte de las unidades de vigilancia correspondientes. Se determinaron las tasas de incidencia (TI) de brote por millón de personas año y TI de casos asociados a brotes por 100.000 personas año con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95% según distribución de Poisson tomando la población ≤ 14 a y > 14 a del año 2005 en Cataluña de acuerdo con los datos IDESCAT. Se estudió la razón de las tasas de incidencia en ambos grupos de edad mediante riesgo relativo (RR) estableciendo el nivel de significación en $\alpha = 0,05$.

Resultados: Se registraron 57 brotes de GEA por NoV con un total de 1542 afectados; 11 brotes presentaban una mediana de edad ≤ 14 a, con 336 afectados. El ámbito más frecuente en edad pediátrica fue las casas de colonias (54,5%), escuelas (18,2%), centros de acogida (18,2%) y albergues (9,1%). El mecanismo de transmisión fue interpersonal en 45,5% de brotes, hídrico en 36,4% y alimentario en 18,2%. Las TI de brote fueron significativamente superiores en los niños que en adultos [(10,9; IC 95%: 5,5-19,6 vs 7,7; IC 95%: 3,5-17,7) RR = 1,58; IC 95%: 1,4-1,8], al igual que las TI de casos [33,4; IC 95%: 29,9-37,2 vs 21,1; IC 95%: 19,9-22,3) RR = 1,58; IC 95%: 1,4-1,8].

Conclusiones: Las tasas de incidencia sobre la población ≤ 14 a de GEA asociadas a brotes causadas por NoV fueron significativamente mayores que en el resto de la población. Las características infectivas y de resistencia propias de NoV hacen necesarias la estricta observación de medidas de higiene tanto personal como en la manipulación de alimentos especialmente en los ámbitos donde concurre población pediátrica como casas de colonias y comedores escolares.

BROTE DE GASTROENTERITIS AGUDA POR NOROVIRUS EN UN CENTRO TURÍSTICO DE LA COSTA MEDITERRÁNEA

R. Marco, M.D. Chirlaque, E. Vicente, J.G. Cano, S. Guiral, et al
Centro Salud Pública Orihuela (Alicante) Dptos 21 y 22; Sección de Brotes Consellería Sanitat Comunitat Valenciana; Consejería Sanidad Murcia, CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: El virus tipo Norwalk se detecta cada vez con más frecuencia en los brotes gastrointestinales agudos (GEA) que ocurren en instituciones cerradas o semicerradas. **Objetivo:** Investigar un brote por norovirus en un centro turístico de la comunidad Valenciana, con antecedentes de brotes por GEA. **Métodos:** Período de estudio: Entre los meses de enero a junio 2006, con un período epidémico entre el 8 de febrero y 13 de abril. El brote se notificó el 14 de marzo. Tipo de estudio: Estudio cohortes retrospectivo. Fuentes: Encuestas epidemiológicas, casos y controles, diseñadas para brotes por GEA virus Norwalk y registro de consultas médicas del centro turístico. Población de estudio: Clientes de viajes organizados por el IMSERSO alojados en el centro turístico y sus trabajadores. Análisis: Descripción de las características clínicas y personales de los casos encuestados, clientes y trabajadores. Curva epidémica. Cálculo de tasas de ataque en ambos grupos. En clientes se mide el riesgo relativo (RR) de enfermar por consumo de grupos de alimentos (IC 95%). Presencia de norovirus en muestras de heces de los casos (técnica RT-PCR).

Resultados: Se encontraron 499 casos, 9 trabajadores del hotel, el 60% mujeres. En el período epidémico, se documentaron 404. Se encuestaron 88 casos, la edad media (rango), 70,54 (58-88) en clientes y 42,22 (26-56) en trabajadores. La duración media del cuadro es 52,5 horas, los síntomas principales diarrea (84,1%), vómitos (68,2%) y dolor abdominal (68,2%). La curva epidémica de tipo mixta, presenta un pico que sugiere una fuente común de infección y una onda de propagación. La tasa de ataque clientes (8%) y trabajadores (8,4%). No se constató ningún riesgo de enfermar por consumo de alguno de los grupos de alimentos seleccionados. El consumo de fruta presenta un RR de 0,75 (0,59-0,95) ($p = 0,22$) Resultado positivo a norovirus en 12 muestras analizadas.

Conclusiones: La detección en el estudio virológico de heces en los casos apunta al virus Norwalk como responsable del brote. No se ha constatado relación entre el consumo de algún grupo de alimentos consumidos y la enfermedad. El retraso en la declaración del brote, la transmisión persona-persona y los continuos cambios de clientes en cortos períodos de tiempo contribuyen a la prolongación del brote y al aumento de casos. La coordinación activa entre los servicios médicos del centro, responsables de salud pública y organizadores de los desplazamientos del IMSERSO, podría establecer precozmente medidas de prevención.

DOS BROTES DE INTOXICACIÓN ALIMENTARIA ASOCIADOS A UNA MISMA PASTELERÍA

A. Feijoo-Montenegro, M. Torrado, N. Botana, O. Paz, A. Boullosa, M. Faraldo, A. Pousa, et al

Delegación provincial de sanidade de Pontevedra; Dirección Xeral de Saúde Pública; Xunta de Galicia.

Antecedentes/objetivos: En septiembre de 2007 se notifica 1 brote de gastroenteritis en 38 personas que acuden a un banquete en un restaurante. Días después se notifica otro brote que afecta a 7 de las 15 personas que participan en un banquete familiar. En ambos, el cuadro clínico era compatible con salmonellosis. Inicialmente no se conocía que existiese relación entre ellos. El objetivo de los estudios fue determinar el agente, el alimento implicado y los factores contribuyentes a la contaminación, supervivencia y multiplicación.

Métodos: Se diseñó una encuesta epidemiológica en ambos casos. Se realizó un estudio caso-control en el primero y de cohorte en el segundo caso. La asociación se cuantificó mediante OR e IC95% y RR e IC 95%, respectivamente. Se realizaron coprocultivos (5 afectados y manipuladores). Se realizó la trazabilidad de materias primas hasta su origen, incluidas las granjas de procedencia de los huevos. Se analizaron materias primas y se determinaron los factores contribuyentes mediante una evaluación de riesgos.

Resultados: En el banquete del primer brote participaron 162 comensales, 38 enfermaron. Se encuestaron 119. Para los pasteles del postre, helado con salsa de chocolate, pastel de crema y tartaleta, la OR fue significativa: 16,77 (IC 95%: 2,10-133,58); 37,14 (IC 95%: 4,67-295,43); 14,06 (IC 95%: 3,01-65,7), respectivamente. En el segundo, el alimento más probable fueron los pasteles de crema (RR: 10,5 e IC 95%: 0,70-155,43). Los pasteles con crema de ambos procedían de la misma pastelería. Se identificó *Salmonella enteritidis* grupo D en 4 coprocultivos, en ambos brotes. La pastelería presentaba condiciones higiénicas muy deficientes, cruce de líneas y mantenimiento de productos a temperatura ambiente. Aunque la crema no se elaboraba con huevo, éstos si se usaban para otros productos. Los manipuladores fueron negativos para *Salmonella*. Los factores contribuyentes más probables fueron: 1) Contaminación: "contaminación cruzada a través del manipulador o utensilios"; 2) Supervivencia "no procede", por contaminación posterior al tratamiento térmico y 3) Multiplicación: "refrigeración inadecuada pudiendo realizarla".

Conclusiones: El agente causal, en ambos, es *Salmonella enteritidis* grupo D. Los pasteles de crema, de la misma procedencia, son el alimento implicado con mayor probabilidad, por lo que se trataría de un único brote. La contaminación más probable es a través de un manipulador como vehículo y la entrada de *Salmonella* en el establecimiento podrían ser los huevos frescos (sin confirmar, pues en dos granjas se habían sustituido las ponedoras); el factor de multiplicación sería el mantenimiento a temperatura ambiente.

BROTES DE GASTROENTERITIS POR NOROVIRUS EN GUIPÚZCOA, 2001-2008

J. Artieda, M. Gomariz, M. Montes, L. Álvarez, M. Basterrechea, et al
Subdirección Salud Pública de Guipúzcoa. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; Servicio Microbiología. Hospital Donostia.

Antecedentes/objetivos: Los norovirus son una causa frecuente de gastroenteritis. El curso de la enfermedad es frecuentemente leve y autolimitado, pero son muy transmisibles y con frecuencia originan brotes importantes en ámbitos muy diversos. El consumo de alimentos o agua contaminados puede estar en el origen sin embargo, la transmisión persona-persona es un mecanismo muy importante. Se describe el patrón de los brotes causados por norovirus en Gipuzkoa entre 2001 y 2008, incidiendo en el mecanismo de transmisión, la fuente de infección más frecuente, el ámbito de ocurrencia y la estacionalidad.

Métodos: Informes de brotes (persona, lugar y tiempo). El estudio microbiológico para la detección de norovirus en heces se ha realizado en el laboratorio de microbiología del hospital Donostia mediante una RT-PCR que amplifica un fragmento de 114 BP del gen de la polimerasa. Las muestras de alimentos se analizaron en el Departamento de Microbiología de la Facultad de Biología de la Universidad de Barcelona. Se consideró brote confirmado cuando se detectaba norovirus en heces o en los alimentos implicados; se consideró probable cuando se cumplían los criterios de Kaplan y no se identificaba ningún otro germen como causante del brote.

Resultados: Se estudiaron 20 brotes por Norovirus (16 confirmados y 4 probables), en los que hubo un total de 4.002 expuestos y 1.236 casos. La tasa de ataque fue variable con un rango de 13% a 64%. Se aisló norovirus en 39 de las muestras analizadas. El ámbito de presentación fue el siguiente: residencia asistida u hospital en 10 brotes (50%), centro escolar en 5 (25%), restaurante en 4 (20%) y un taller protegido en un brote. Se presentaron brotes de gastroenteritis durante todo el año. El mecanismo de transmisión reseñado más frecuentemente es el directo (en el 85% de los brotes) y el 15% tenían un origen alimentario.

Conclusiones: El estudio confirma la importancia de los norovirus como causa de brotes de gastroenteritis en Gipuzkoa. La mitad de los brotes se ha dado en instituciones sanitarias. En nuestro estudio no se ha observado estacionalidad. El mecanismo principal de transmisión ha sido el directo y en menor frecuencia el alimentario. Seguramente el número de brotes es superior al estudiado, debido al cuadro leve que producen, a la recogida inadecuada de muestras y a la deficiente difusión de la información

sobre la importancia de estos agentes. La aplicación de las medidas de control contribuye de manera importante a la limitación de su difusión.

PÓSTERES II

Miércoles, 15 de octubre de 2008
16:00 a 17:00

Enfermedades crónicas I

Moderadora: M. Dolores Chirlaque

EFICACIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN LA DISMINUCIÓN DE LA DEPRESIÓN POST-PARTO EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD

L. Sánchez-Gómez, L. García, J. Calderón, K. Erlandson, M.J. Fernández-Luque, M. Jiménez, S. Martínez, C. Nieto, A. Sánchez, et al
AETS. ISCIII; Área 1 AP; Área 2 AP; Área 3 AP; Área 8 AP; Área 9 AP; Área 10 AP; Área 11 AP.

Antecedentes/objetivos: La depresión postparto acontece de manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comporta repercusiones en la salud de la madre, en las relaciones conyugales y familiares. La psicoprofilaxis obstétrica junto a la preparación al parto en la embarazada de más de 28 semanas de gestación ayudará a aumentar la confianza, disminuirá la sensación dolorosa, la duración del parto, la ansiedad y el temor así como la incidencia de depresión posparto mediante un conocimiento adecuado del embarazo, parto y puerperio. El objetivo del estudio es evaluar la eficacia de una intervención de psicoprofilaxis para disminuir la incidencia de depresión post-parto en mujeres que acuden a los programas de preparación al parto de los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid.

Métodos: Ensayo clínico, aleatorizado por conglomerados, abierto, controlado, paralelo y multicéntrico en mujeres embarazadas que acuden a la consulta de las matronas de los EAP en el año 2006. La unidad de aleatorización fueron las matronas y se realizó mediante un programa informático, utilizando bloques de dos. La variable dependiente es el diagnóstico de depresión mayor postparto medida por la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Las variables independientes son variables sociodemográficas, situación personal y familiar, morbilidad asociada personal y familiar.

Resultados: Se reclutaron 1.070 mujeres, 518 en el grupo intervención y 552 en el grupo control. El 89% de las mujeres eran españolas, casadas en un 92%. La edad media fue de 31,03 años (DS 4,57 años). El 73% no tenían hijos. La gestación fue planificada en un 85% y un 7,6% habían recibido algún tratamiento previo de infertilidad. En un 62,3% el parto fue eutócico y en un 21,3% por cesárea. Se produjeron un 6,4% de partos prematuros. La incidencia de depresión posparto medido con el EDPS fue del 10,2%, siendo del 12,6% en el grupo control y del 7,2% en el grupo intervención ($p = 0,11$).

Conclusiones: En este análisis preliminar, la intervención de psicoprofilaxis reduce en un 42% la incidencia de depresión en el grupo intervención frente al grupo control. Aunque esta reducción no es estadísticamente significativa, si parece clínicamente importante. La introducción de este tipo de intervención durante la preparación del parto puede incrementar la satisfacción de la maternidad y disminuir el nivel de ansiedad en la embarazada mejorando la relación madre-hijo facilitando así el desarrollo de este, la adaptación de la madre a su nueva situación y por tanto podremos mejorar la salud materno-infantil y el coste sanitario ligado a esta patología.

Financiación: Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica. FIS 041927.

INCIDENCIA DEL CÁNCER DE TESTÍCULO EN LA PROVINCIA DE GRANADA EN 1985-2003: TIPOS HISTOLÓGICOS Y TENDENCIAS TEMPORALES

E. Pérez, Y.L. Chang, E. Molina, J.M. Melchor, M.J. Sánchez, C. Martínez, et al

Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/objetivos: El cáncer de testículo es un tumor raro, supone el 1% de los tumores malignos del hombre. Es un cáncer de buen pronóstico que afecta fundamentalmente a hombres jóvenes. En las últimas décadas, se ha observado un aumento de las tendencias temporales de la incidencia en la mayor parte de los países europeos, con importantes variaciones geográficas. Objetivos: 1) conocer la incidencia del cáncer de testículo en Granada en el período 1985-2003, 2) analizar sus tendencias temporales, y 3) describir la distribución por tipo histológico.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, incluyendo los casos incidentes de cáncer de testículo de 1985-2003, residentes en la provincia de Granada. La información procede del Registro de Cáncer de Granada, de base poblacional, que abarca un área geográfica de 880.000 hab. Los tipos histológicos se clasificaron como: tumores de células germinales (seminomas puros, no seminomas y tumores mixtos) y otros tumores (sarcomas y linfomas). Para el análisis de tendencias se utilizó un modelo de regresión loglineal (Joinpoint regression), que estima el Porcentaje de Cambio Anual (PCA) y su IC 95%.

Resultados: El número de casos incidentes en Granada en 1985-2003 fue de 149 casos, lo que representó una tasa bruta media anual de 2 x 100.000 hombres y una tasa estandarizada (pobl. europea) de 1,8 x 100.000 hombres. Las tasas específicas por edad más altas fueron las del grupo de 25-29 años. De los 149 casos incluidos, 2 no tuvieron confirmación microscópica. El 96% de los casos eran tumores de células germinales. El 69% de estos tumores presentaron un tipo histológico único. El 31% de los tumores de células germinales fueron seminomas puros, pero el % de seminomas ascendió al 43% cuando se consideraron además los seminomas que tenían otro componente histológico. En los más jóvenes (< 30 años), los no seminomas fueron los más frecuentes (81%) y en los hombres de 30-49 años el grupo predominante fueron los seminomas. Se observó un aumento de las tasas estandarizadas de incidencia del cáncer de testículo en 1985-2003, con un PCA de +8,8% ($p < 0,05$).

Conclusiones: El cáncer de testículo en Granada presenta tasas de incidencia medias-bajas en relación con otros registros de cáncer europeos. La gran mayoría de los casos fueron tumores de células germinales, si bien casi un tercio de los mismos presentaron un patrón histológico mixto. Es un cáncer de baja incidencia, pero tratándose de una enfermedad curable, el aumento de las tasas observado en los últimos años, hacen de él un cáncer en el que la monitorización está claramente indicada.

COMPARACIÓN DEL REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ENTRE EL PERÍODO 2004-2006 Y 2007

C. Sánchez Rodríguez, M.M. Rodríguez del Águila, M.A. Fernández Sierra, S. Dean Segura, P. Martínez Bayona, et al
Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Virgen de las Nieves. Granada; Fundación FIBAO.

Antecedentes/objetivos: Los registros hospitalarios de cáncer permiten tener un alto grado de precisión en la información sobre el paciente oncológico y su evolución. En ellos se determinan tanto el volumen asistencial como las características de los pacientes. De esta forma se facilita la realización de estudios de supervivencia y de factores pronósticos como fuente de información para estudios clínico-epidemiológicos y registros poblacionales. El objetivo es describir los casos incidentes de cáncer atendidos en el Hospital Virgen de las Nieves (HVN) de Granada desde el año 2004 a 2007, comparando los períodos 2004 a 2006 frente a 2007 mediante el cálculo de determinados indicadores.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, recogiendo información de los casos incidentes de tumores malignos de nuevo diagnóstico y/o tratamiento en el hospital desde enero 2004 a diciembre de 2007. Se compararon los tres primeros años frente al último

debido a un cambio en la estructura funcional del registro. Las fuentes de rastreo fueron el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Anatomía Patológica y servicios clínicos implicados. Se realizó un estudio descriptivo mediante el cálculo de porcentajes y valores medios. Se aplicó el test t de Student para la comparación de medias entre los dos períodos analizados y el test de Chi-cuadrado para la comparación de proporciones.

Resultados: Durante 2007 se registraron 1.609 casos nuevos de tumores malignos atendidos en el HVN. El acumulado de los tres años previos (2004-2006) es de 5.636 casos registrados, lo que hace un total de 7245 casos, correspondiendo el 56% a hombres. El intervalo de edad en el cual se presentan con mayor frecuencia los tumores es el comprendido entre los 66 y 80 años para ambos géneros (hombres 45,64% y mujeres 33,52%). Los tumores más frecuentes según edad y género se muestran con una distribución similar en ambos períodos de estudio; entre, 66-80 años, tanto en hombres como en mujeres, el tumor más frecuente es el de colon-recto, mientras que en el intervalo 51-65 años en los hombres es más frecuente el de pulmón y en las mujeres el de mama. Respecto a las demoras, desde que el paciente nota algún signo/síntoma hasta que consulta transcurre una media de $87,45 \pm 116,85$ días (2007), que en 2004-2006 fue de $139,13 \pm 187,36$ días ($p < 0,001$).

Conclusiones: El registro de tumores presenta cifras equivalentes en los dos períodos analizados. Dicho registro se ha consolidado durante estos años, realizando un rastreo exhaustivo en la recogida y seguimiento de los casos. Sería interesante su implantación en todos los hospitales con objeto de tener identificados todos los casos a nivel nacional.

SITUACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA Y MORTALIDAD DEL CÁNCER DE PULMÓN EN LAS MUJERES DE NAVARRA

N. Egúés, C. Moreno, Y. Floristán, C. Ezponda, M. Guevara, M.E. Pérez de Rada, R. Rivera, R. Burgui, E. Ardanaz, et al
Instituto de Salud Pública de Navarra; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/objetivos: En 2002 las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer de pulmón, ajustadas a la población mundial, en mujeres de España fueron 5,4 y 4,7 situándose por debajo de Europa (11,3 y 9,8) (Globocan). En España la mortalidad por este cáncer en mujeres aumentó un 1,75 % anual entre 1991 y 2000. Navarra se situaba hace dos décadas en una posición baja en incidencia y mortalidad. La situación epidemiológica ha cambiado a lo largo de los años, duplicándose las tasas. El objetivo es estudiar la incidencia y mortalidad de este cáncer en las mujeres de Navarra y los cambios en las tendencias ocurridos en los últimos 30 años.

Métodos: Los datos de incidencia proceden del Registro de Cáncer de Navarra (1976-2003) y los de mortalidad del Registro de Mortalidad (1976-2005). Los códigos utilizados fueron 162 (CIE9) y C33-34 (CIE10). Las poblaciones para el cálculo de las tasas se obtuvieron del Instituto de Estadística de Navarra. Las tasas se ajustaron a la población mundial por quinquenios y se calculó la razón de tasas de cada uno de ellos respecto al primero. Se realizó un análisis de regresión Joinpoint para identificar los puntos donde hubiera ocurrido un cambio significativo en la tendencia. Los análisis se realizaron para el global y para los grupos de edad: 15-44, 45-64, 65-84, ≥ 85 .

Resultados: En Navarra la tasa de incidencia de cáncer de pulmón en mujeres ha pasado de 3,07 en 1976-80 a 7,90 en 2001-03 con un aumento de 157%. Su tendencia se ha mantenido estable hasta 1991, año en el que inicia un ascenso con un porcentaje de cambio anual (PCA) de 8,77% y estadísticamente significativo. El grupo de 45-64 muestra una tendencia similar a la global con un PCA de 13,3% a partir de 1992. En los otros grupos de edad no se han identificado puntos de cambio siendo la tendencia ascendente en todos, aunque sólo estadísticamente significativa en el de 15-44. La tasa de mortalidad en 2001-05 (6,46) prácticamente se ha duplicado respecto al primer quinquenio (3,57). La tendencia en mortalidad se ha mantenido estable hasta 1993 y ha aumentado desde entonces con un PCA 8,29% estadísticamente significativo. Las tendencias de mortalidad observadas por grupos de edad son similares a las observadas en la incidencia.

Conclusiones: Hasta los años 90 Navarra se caracterizaba por presentar tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón muy bajas entre las mujeres. Esta situación se ha modificado desde entonces observándose incrementos que afectan fundamentalmente a mujeres jóvenes y adultas. Estos patrones coinciden con los observados en otros países europeos y refuerza la necesidad de políticas dirigidas a disminuir el hábito tabáquico en mujeres.

EVOLUCIÓN DE LOS DISTINTOS TIPOS HISTOLÓGICOS DE CÁNCER DE PULMÓN EN NAVARRA

E. Ardanaz, N. Egúés, M.E. Pérez de Rada, C. Ezponda, M. Guevara, R. Rivera, R. Burgui, J. Núñez-Córdoba, C. Moreno, et al
Instituto de Salud Pública de Navarra; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/objetivos: El tipo morfológico de cáncer de pulmón predominante en hombres es el escamoso y en mujeres el adenocarcinoma. Aunque todos los tipos están relacionados con el tabaco, algunos estudios destacan que la asociación es más fuerte con el carcinoma escamoso y el de células pequeñas y más débil con el adenocarcinoma y con el de células grandes. El objetivo es estudiar los tipos morfológicos de cáncer de pulmón en Navarra y su tendencia en los últimos 20 años en hombres y en mujeres.

Métodos: Los casos incidentes de cáncer de pulmón proceden del Registro de Cáncer de Navarra referidos al período 1981 a 2003. Los códigos utilizados para la selección de los casos fueron 162 (CIE9) y C33-34 (CIE0-2). Se realizó un análisis descriptivo por tipo morfológico según la clasificación recomendada en CI5C VIII. Excluyendo los tumores inespecíficos se reagruparon en 3 grandes grupos: escamoso y células pequeñas, adenocarcinomas y células grandes y otros. Para cada grupo se calcularon las tasas ajustadas a la población mundial por quinquenios y se calculó la razón de tasas de cada uno respecto del primer quinquenio. Se realizó un análisis de regresión de Joinpoint para identificar los puntos donde hubiera ocurrido un cambio significativo en la tendencia. Los análisis se realizaron para ambos sexos.

Resultados: En el período 1981-2003 los casos de cáncer de pulmón en Navarra se distribuyeron en un 65,6% escamosos y célula pequeña y un 28,9% adenocarcinomas y célula grande en hombres. En las mujeres en un 21,6 y 67,9% respectivamente. En el escamoso en hombres, se pueden distinguir dos tendencias, una ascendente con un porcentaje de cambio anual (PCA) de 10 significativo hasta el año 92-93 y otra descendente a un ritmo de 6,8 también estadísticamente significativo. Sin embargo, el adenocarcinoma presenta un comportamiento inverso con un descenso de 0,4% anual no significativo hasta el año 92-93 para pasar posteriormente a aumentar con un PCA de 19,38 estadísticamente significativo. En mujeres los dos tipos morfológicos experimentan un aumento sin puntos de cambio que para el adenocarcinoma es de un PCA de 13,73% significativo y para el escamoso es de un 6,62% anual no significativo.

Conclusiones: El patrón de presentación epidemiológica e histológica del cáncer de pulmón en Navarra está cambiando, posiblemente en relación a los cambios en los hábitos tabáquicos. Destaca un descenso significativo de los cánceres relacionados con el tabaco en hombres y un aumento en mujeres, que aunque por ahora no sea significativo, consideramos que es importante destacar. Además se observa un aumento significativo de adenocarcinomas tanto en hombres como en mujeres.

TENDENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN POR TIPO HISTOLÓGICO EN LA REGIÓN DE MURCIA

C. López Rojo, M.D. Chirlaque López, D. Salmerón Martínez, I. Valera Niñirola, J. Tortosa Martínez, M.E. Párraga Sánchez, M. Márquez Cid, C. Navarro Sánchez, et al
Servicio de Epidemiología Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia; CIBER en Epidemiología y Salud Pública CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: El consumo de tabaco aumenta el riesgo de los principales tipos histológicos de cáncer de pulmón, mostrando el mayor riesgo del carcinoma epidermoide, seguido por el oat cell carcinoma y adenocarcinoma. Se estudia la tendencia temporal en el período 1983-2001 del cáncer de pulmón por tipo histológico en la Región de Murcia.

Métodos: Estudio ecológico de tendencias. Para este estudio se han seleccionado casos incidentes de cáncer de traquea, bronquios y pulmón (CP) del período 1983-2001 del registro poblacional de cáncer de Murcia, cuyos CIE-10 son C33-C34. Se han calculado las tasas ajustadas a la población europea estándar. El análisis de tendencia se ha realizado por género y clasificación histológica. Se han considerado 5 grupos: carcinoma oat cell, epidermoide, adenocarcinoma (ADK), de células grandes y otras histologías y no especificadas (Otras y NE). 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.

Resultados: En el período 1983-2001 se han diagnosticado 7.014 casos de CP en ambos géneros, cada año se registran unos 400 en hombres con tasas ajustadas entre 60 y 80 casos/1.000.000. En mujeres asciende a una media de 50 casos anuales con tasas entre 4 y 8. Se han diagnosticado entre 1983-2001 1.083 carcinomas Oat Cell, 2.127 epidermoides; 1.168 ADK, 594 de células grandes y otras - NE 2042. Las tasas de carcinoma Oat Cell en hombres tienen una tendencia ascendente, de 5,9 en 1983 a 11,70 en 2001 con PCA 2,65% (IC 1,4:3,9); en mujeres se observa una tendencia ascendente no significativa con PCA 1,20%. El carcinoma epidermoide en varones muestra un ascenso significativo con PCA 1,91% (IC 0,4:3,5). En mujeres, aunque el ascenso es mayor, PCA 3,10%, no es significativo. En hombres el carcinoma de células grandes tiene un PCA de 2,33% y en mujeres de 5%, ambos no significativos. Los ADK presentan un patrón ascendente significativo en ambos géneros, PCA 4% (IC 2,6:5,3) en hombres y 7,1% (IC 4,5:9,8) en mujeres. En los tres grupos histológicos descritos no se han observado puntos de cambio. En el grupo de otros y NE, en ambos géneros, la tendencia es decreciente en los primeros años para estabilizarse posteriormente.

Conclusiones: Las tasas en mujeres muestran ascensos en la tendencia en todos los grupos histológicos especificados aunque sólo el ADK es significativo. En hombres, aumentan de forma significativa el *oat cell*, epidermoide y ADK. La aparición de punto de cambio en la tendencia en el grupo de otros y NE, puede deberse al aumento de casos verificados microscópicamente a lo largo del período y a la mayor exactitud en la información de los casos.

SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO EN LA REGIÓN DE MURCIA, 1995-1998

D. Salmerón, M.D. Chirlaque, M. Márquez, C. Navarro, y Grupo de Supervivencia de Cáncer a Nivel Poblacional, et al
Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Murcia. CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Antecedentes/objetivos: Conocer la supervivencia poblacional del cáncer de colon y recto en la región de Murcia, por género y grupos de edad.

Métodos: Estudio epidemiológico poblacional descriptivo longitudinal de la supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer de colon y de recto, CIE10: C18 y C19-C21, respectivamente, en 1995-98 en la región de Murcia, utilizados en el estudio EUROCORE-4. El seguimiento del estado vital de dichos pacientes fue pasivo hasta finales de 2004 mediante el entrecruzamiento con la base de datos del índice nacional de defunciones, y sólo se incluyen los tumores malignos y primer primario; en total 1.143 casos de colon y 771 de recto. Se recogen variables como sexo, fecha de nacimiento, diagnóstico, estado vital, localización y morfología, entre otras. Se han realizado controles de calidad: consistencia entre las fechas de nacimiento, diagnóstico y seguimiento; consistencia entre edad, sexo y localización-morfología, utilizando criterios de la IARC, EUROCORE y propios. Se ha estimado la supervivencia relativa (SR) y los intervalos de confianza al 95% (IC), a los 5 años, mediante un análisis de cohorte usando el método de Estève et al, 1990. Hemos calculado la SR ajustada por edad (SRA) utilizando el método de Brenner et al, 2004, y como estándar hemos usado el ICSS propuesto por Corazziari et al, 2004. Las tablas de vida para la Región de Murcia se han construido en el estudio EUROCORE-4 usando el método de Elandt-Johnson.

Resultados: El cáncer de colon y recto tienen un pronóstico moderado. La SR en hombres (59,4% [IC 54,0-64,3]) es muy similar a las mujeres (60,3% [IC 55,4-64,9]) para el cáncer de colon. El cáncer de recto presenta una SR de 57,3% [IC 51,3-62,8] en hombres y 55,4% [IC 48,6-61,6] en mujeres. Por edad, la SR para colon disminuye desde 72,8% [IC 58,8-82,7] en el grupo de 15-44 años, hasta 56,8% [IC 48,8-64,0] en el grupo de 75-99 años; y para recto pasa de 69,0% [IC 54,6-79,7] para el grupo de 45-54 años a 37,1% [IC 28,4-45,9] en el de 75-99 años (diferencia significativa). Según resultados de EUROCORE-4, para los casos diagnosticados en 1995-99 la SR media del cáncer de colon y de recto en Europa fue del 53,9% y 53,5%, respectivamente. Murcia está sensiblemente por encima de dichas medias, con una SRA del 58,6% [IC 55,0-62,1] para colon, y 55,7% [IC 51,3-60,0] para recto.

Conclusiones: Aunque el cáncer colorrectal presenta una tendencia ascendente en la región de Murcia, más acentuada en hombres que en mujeres, la supervivencia de ambos tumores es moderada, similar en hombres y mujeres, disminuye con la edad y es ligeramente superior a la media europea. Financiación: CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES AMBULATORIOS

J.C. Trullas, A. Freitas, S. Soler, V. Bisbe, R. Gispert, J. Bisbe, et al
Servei de Medicina Interna. Hospital St. Jaume d'Olot; Servei d'Informació i Estudis. Departament de Salut.

Antecedentes/objetivos: La eficacia del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en la prevención de las complicaciones embólicas de origen cardíaco y de la enfermedad tromboembólica venosa esta bien establecida, aunque requiere de un control estricto debido a la gran variedad de dosis-respuesta entre individuos siendo su mayor riesgo el aumento de la incidencia de hemorragias. El objetivo es analizar los factores asociados a la presentación de complicaciones hemorrágicas en una cohorte de pacientes con seguimiento ambulatorio.

Métodos: Los datos proceden del seguimiento durante un máximo de 10 años (Abril 1997-2007) de una cohorte de pacientes ambulatorios tratados con AO (Warfina y acenocumarol) y que realizan el control del TAO en un mismo centro. Los controles de dosificación y la información se registraron de forma prospectiva, con el soporte informático HyTexp 4.0 y mediante revisión de la historia clínica. Se analizaron las variables: edad, sexo, indicación clínica, tiempo de seguimiento, duración del tratamiento, tipo de fármaco y objetivo INR (International Normalized Ratio: tiempo de protrombina normalizado). Para el análisis de los factores asociados a hemorragia se ajustó un modelo de regresión logística.

Resultados: Entre 1997 y 2007 se siguió un total de 1.544 pacientes (5.462 pacientes-año) y se identificó un total de 124 complicaciones hemorrágicas (incidencia de 2,27 por 100 personas-año). Se excluyeron de posteriores análisis 23 pacientes (10 con hemorragia) por tener otros factores concomitantes asociados a sangrado (comorbilidad y tratamientos). En el análisis bivariado se observa mayor proporción de hemorragias en los pacientes con prótesis cardíacas 15,8% y con fibrilación auricular 7,6%) y mas de 57 meses de seguimiento (9%), la edad y el objetivo INR no fueron significativos. El análisis multivariado, ajustando por edad y duración del tratamiento) mostró que la probabilidad de hemorragia era el doble en los pacientes con Fibrilación (OR: 2,01 IC 95% 1,0-4,2) y cuádruple en los de prótesis cardíacas (OR: 4,77 IC 95% 2,0-11,3) en relación a los de referencia (enfermedad tromboembólica).

Conclusiones: Los factores asociados a la presentación de complicación hemorrágica tienen que ver fundamentalmente con las características clínicas de la enfermedad y el tiempo de duración del tratamiento. La edad no debería ser un impedimento para la prescripción de TAO cuando esté indicado por la patología del paciente. Los pacientes con prótesis cardíacas y fibrilación auricular, al presentar mayor probabilidad de complicaciones hemorrágicas deberían seguir un control más estrecho.

VALIDEZ DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS CODIFICADAS PARA DETECTAR CASOS INCIDENTES DE CÁNCER DE ESTÓMAGO, PÁNCREAS, LARINGE Y PULMÓN EN LA REGIÓN DE MURCIA

M. Márquez-Cid, M.D. Chirlaque, C. Navarro, J. Tortosa, I. Valera, C. López, M.E. Párraga, L. Hernando, J. Palomar, et al

Consejería de Sanidad. Murcia. Serv. Epidemiología, Serv. Planificación; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza.

Antecedentes/objetivos: En Murcia todos los hospitales están obligados a cumplimentar un conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Este incluye códigos diagnósticos y procedimientos y es fuente de información básica para completar los casos del Registro de Cáncer (RC). Se ha realizado un estudio para evaluar la capacidad del CMBD en la detección de casos incidentes de cáncer del 2000 en el contexto de un estudio colaborativo.

Métodos: Estudio transversal de validación. Definición de caso: se incluye el primer episodio de todos los pacientes ingresados (hospital público o privado) en 2000 con códigos CIE9 de tumor maligno de estómago (151), páncreas (157), laringe (161) y pulmón (162) residentes en la Región de Murcia. Son excluidos pacientes ingresados por el mismo tumor en el período 1998-1999, con diagnóstico de los tumores incluidos en el estudio en las posiciones D6-D13 o códigos de antecedente de cáncer. Se han elaborado e implementado 4 algoritmos en STATA9 para obtener los casos del CMBD: D1 tiene en cuenta el diagnóstico principal, D1D5 los 5 primeros códigos diagnósticos, D1P1P5 el diagnóstico principal y los 5 primeros códigos de procedimientos y D1D5P1P5 los 5 primeros códigos de diagnóstico y procedimientos. Los casos extraídos del CMBD se comparan, mediante cruces deterministas y probabilísticos, con el RC (gold standard). Se calcula sensibilidad, VPP e IC 95%.

Resultados: El RC ha detectado 184 tumores incidentes en estómago, 90 en páncreas, 102 en laringe y 445 en pulmón. El CMBD identifica para el mismo año con el algoritmo D1D5 180 en estómago, 97 en páncreas, 95 en laringe y 459 en pulmón. Los detectados en CMBD y no en RC, falsos positivos, son principalmente casos prevalentes o mal codificados por el CMBD. Los que aparecen en el RC y no en el CMBD, falsos negativos, son casos con sólo anatomía patológica o sin códigos de diagnóstico o de procedimiento en las posiciones de estudio. El algoritmo más sensible es D1D5, mayor sensibilidad en páncreas 78% (IC: 69,2-86,4) y menor en laringe (44%). El más predictivo es D1D5P1P5, mayor VPP en pulmón 86% (IC: 74,8-97,4), bajando su sensibilidad a 7% (IC: 4,6-9,3).

Conclusiones: De los 4 algoritmos, el más predictivo incluye 5 códigos diagnósticos y 5 de procedimiento, el más sensible sólo los 5 primeros códigos diagnósticos. A mayor sensibilidad, menor VPP. El CMBD es de utilidad como fuente de información para detectar casos de cáncer y facilita información sobre procedimientos no incluida en otras fuentes.

Financiación: FIS-PI042384.

formación sobre las diferencias por género en consumo de fármacos. Analizar el importe en farmacia y el número de visitas realizadas en AP por género.

Métodos: Estudio descriptivo del importe en medicamentos prescritos desde AP y de la frecuentación a este nivel asistencial. Se utilizó la base de datos informatizada de 10 Centros de Salud, de ámbito urbano en Aragón durante el año 2005. Se describió el número de pacientes por género, número de ADG y edad. Se clasificó a los pacientes, con importe en farmacia, en 5 categorías. Se realizó una regresión logística para estudiar factores asociados a tener o no importe, introduciendo las variables: sexo, edad, número de visitas y comorbilidad medida por el número de ADG. También se realizó una regresión logística multinomial, utilizando como variable resultado las cinco categorías de importe. En el estudio del número de visitas en AP, se analizó la frecuentación por género. Se aplicó un modelo de regresión binomial negativa para identificar variables explicativas del número de visitas, utilizando como variables independientes: sexo, edad y número de ADG.

Resultados: Se estudiaron 77.537 pacientes: 35.944 hombres y 41.593 mujeres. El importe fue mayor en mujeres que en hombres, media 168,3 y 141,5 #euros, respectivamente ($p = 0,00$). El 90,4% de las mujeres y el 85,8% de los hombres tenían algún importe farmacéutico. El número de visitas fue mayor en las mujeres, con una media de 6,48 frente a 5,38 en los hombres ($p = 0,00$). Analizando el grupo de visitas con mayor porcentaje de pacientes, el 37,3% de los hombres estaban en "1-2 visitas" y el 34,5% de las mujeres en "Más de 6 visitas". En la regresión logística, sobre importe farmacéutico, todas las variables explicativas analizadas fueron significativas. Incrementa la probabilidad de presentar importe, tener mayor edad, mayor número de ADG, mayor número de visitas y ser mujer. Las variables más influyentes en los diferentes niveles de importe fueron: sexo y número de ADG. En la regresión binomial negativa las variables predictoras que influyen en el número de visitas son: edad y número de ADG, mientras que no lo es el sexo.

Conclusiones: El importe en fármacos prescritos desde AP y el número de visitas es mayor en las mujeres. Ajustando por factores de morbilidad, se mantienen las diferencias en cuanto a importe farmacéutico y disminuyen en cuanto a la frecuentación.

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL "INDEX OF SPOUSE ABUSE". ESTUDIO DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

J. Plazaola-Castaño, I. Ruiz-Pérez, V. Escribà-Agüir, J.M. Jiménez-Martín, et al

CIBERESP; Escuela Andaluza de Salud Pública; Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

Antecedentes/objetivos: El Index of Spouse Abuse (ISA) (EEUU) contiene 30 ítems sobre conductas abusivas de la pareja hacia la mujer, ponderados según su magnitud. Está compuesto por una escala de violencia no física y otra de violencia física. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y mayores puntuaciones representan mayor severidad del abuso. Disponer de un instrumento diagnóstico de violencia en nuestro país resulta esencial para combatir este problema. El objetivo de este trabajo es realizar la adaptación española del ISA y examinar su fiabilidad interna y validez de constructo.

Métodos: Tras realizar la traducción y retrotraducción del instrumento original, examinar la validez de contenido y obtener los valores ponderales de los ítems, se llevó a cabo un estudio transversal en dos centros de salud de Granada, con una muestra de 390 mujeres entre 18 y 70 años que acudían al centro por cualquier motivo de consulta, seleccionadas por una investigadora en la sala de espera. La información se recogió mediante cuestionario anónimo y auto administrado, que incluía la versión española del ISA, la dimensión de percepción de salud general del SF-36, la escala de autoestima de Rosenberg, el GHQ-12 y cuestiones sociodemográficas. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio de los ítems no ponderados, utilizando como método de extracción el análisis de componentes principales con rotación varimax. La fiabilidad interna de las escalas se estudió a través del coeficiente de correlación ítem-escala corregido y el coeficiente

PÓSTERES II

Miércoles, 15 de octubre de 2008

16:00 a 17:00

Desigualdades y género

Moderadora: Carmen Mosquera

ANÁLISIS DE GASTO FARMACÉUTICO Y FRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

R. Hernández Díaz, P. Carrera Lasfuentes, A. Prados Torres, A. López Cabañas, D. Bordonaba Bosque, A. Misiego Peral, M.J. Rabanaque Hernández, et al

Unidad Docente de Medicina Preventiva de Aragón; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Servicio Aragonés de Salud; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/objetivos: Está descrito el mayor uso de consultas de Atención Primaria (AP) por las mujeres. Existe menos in-

alfa de Cronbach. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre las 2 escalas. La validez de constructo se analizó mediante la correlación de las puntuaciones en el ISA con las puntuaciones en las otras escalas incluidas.

Resultados: El análisis factorial confirmó la existencia de dos dimensiones (física y no física), que explican el 52,4% de la variabilidad. La correlación de cada ítem con la escala que hipotéticamente representa fue siempre superior que su correlación con la que hipotéticamente no representa y mayor de 0,40. El alfa de Cronbach fue 0,85 y 0,94 para las escalas de violencia física y no física, respectivamente. La correlación entre las 2 escalas fue 0,67. Las mujeres que tuvieron mayores puntuaciones en el ISA presentaron peor salud percibida, mayor morbilidad psíquica y menor autoestima y apoyo social.

Conclusiones: Las buenas propiedades psicométricas de la versión española del ISA, así como su alta aceptación y comprensión, permiten afirmar que la escala es útil tanto para contribuir en el ámbito asistencial a la identificación de mujeres que sufren violencia de sus parejas, como para mejorar el conocimiento del problema desde el ámbito de la investigación.

Financiación. Observatorio de Salud de la Mujer.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y PRONÓSTICO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ≥ 65 AÑOS

C. Izquierdo, M. Oviedo, L. Ruiz, X. Sintés, I. Vera, M. Nebot, J.M. Bayas, J. Carratalà, W. Varona, et al

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; CIBERESP; Agencia Salut Pública Barcelona; H. Clínic; H. Bellvitge; H. Royo Villanova; H. Juan Canalejo; H. Ernest Lluch; Departament Salut Pública UB y Grupo Trabajo del FIS 04/1835.

Antecedentes/objetivos: Estudiar la asociación entre la condición socioeconómica (CSE) con el pronóstico de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en ≥ 65 años.

Métodos: Estudio observacional transversal en ≥ 65 años hospitalizados por NAC en 5 hospitales. Variables de evolución clínica (VEC): ingreso en UCI, días de hospitalización, mortalidad en 30 días y reingreso. Variables de CSE (VCSE): clase social según ocupación (I-III) o (IV-V) y nivel socioeconómico (SE) según renta familiar disponible (RFD) per cápita del municipio [(nivel RFD 1 > 12.500 euros y nivel RFD 2 \leq 12.500 euros)] Otras variables: edad, sexo, hospital, enfermedades de base, índice Fine al ingreso, tratamiento (combinado o monoterapia), bacteriemia, empiema, alcohol y tabaco. Se realizó análisis bivariado entre las VEC y las VCSE. Para las VEC que se asociaron a las VCSE ($p < 0,05$) se investigó su asociación con el resto de variables mediante análisis bivariado y posteriormente regresión logística multivariada de las variables con $p < 0,20$ en el bivariado, dejando en el modelo final aquellas con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 651 pacientes, 17,7% de nivel RFD1 y 82,3% de nivel RFD2. En 511 obtuvimos la clase social: 13,3% de clase I-III y 86,7% de IV-V. Días de hospitalización, mortalidad y reingreso fueron idénticos en los dos grupos de nivel SE y de clase social. El ingreso en UCI fue mayor en pacientes de nivel RFD 1 (16,5%) que en los del RFD 2 (6,0%), ($p < 0,001$), y en los de clase social I-III (13,2%) que en los de clase IV-V (5,9%) ($p = 0,037$). El ingreso en UCI mostró asociación con clase social y nivel SE del municipio en el análisis bivariado pero al ajustar el modelo ésta desapareció, persistiendo la asociación con centro hospitalario ($p = 0,003$), Fine > 3 (OR = 6,79; $p = 0,002$), tratamiento combinado (OR = 8,09; $p < 0,001$), edad (OR = 0,90; $p = 0,002$), días de hospitalización (OR = 1,06; $p < 0,001$), mortalidad (OR = 8,71; $p < 0,001$) y enfermedad neurológica invalidante (OR = 0,09; $p = 0,037$).

Conclusiones: 1. No se ha encontrado asociación entre clase social y el pronóstico de la NAC; podría deberse a que a diferencia de otros estudios los grupos sociales establecidos en éste no difieren tanto. 2. La asociación entre el nivel SE de zona y el ingreso en UCI observada en el bivariado parecen motivadas por diferencias entre hospitales. 3. El menor ingreso en UCI se ha asociado con ser muy mayor o con enfermedades invalidantes, lo que se explicaría no tanto por un mejor pronóstico de la neumonía sino por ser menos intervencionista con dichos pacientes.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria: proyecto 04/1835.

DISEÑO DE UN PLAN DE SALUD PARA POBLE SEC UTILIZANDO EL MÉTODO DE MAPIFICACIÓN DE INTERVENCIONES

C. Fuertes, E. Díez, G. Pérez, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: Las desigualdades sociales en salud hacen referencia a las diferentes oportunidades y recursos vinculados a la salud entre personas o colectivos de diferente clase social, género, etnia o territorio. La Llei de Barris de Catalunya es una política de regeneración urbana estructural de zonas frágiles. Al amparo de esta ley se ha desarrollado la normativa Salut als Barris para reforzar sus efectos desarrollando estrategias que reduzcan desigualdades sociales en salud en los barrios beneficiados por la ley, tal es el caso del barrio de Poble Sec en Barcelona. En este marco, el objetivo de la investigación es diseñar un plan de actuación y evaluación dirigido a reducir las desigualdades sociales en salud entre Poble Sec y el resto de la ciudad, por medio de la aplicación de una metodología replicable en otros barrios.

Métodos: Se ha utilizado el método sistemático de Mapeación de Intervenciones (Intervention Mapping). Establecidas las alianzas políticas y colaboración de agentes sociales del barrio se inició un diagnóstico de necesidades utilizando metodología cuantitativa y cualitativa: se analizaron los indicadores de salud, se validó un diagnóstico realizado anteriormente en la comunidad, se realizaron 4 entrevistas a informantes clave y 3 grupos nominales de profesionales sociales, representantes de entidades y residentes del barrio. Se identificaron los recursos disponibles en la comunidad mediante entrevistas y revisión documental. Con metodología participativa se priorizaron los problemas de salud a intervenir. Se llevó a cabo una revisión de la literatura sobre la efectividad de intervenciones que abordaran dichos problemas. Se construyó una matriz de objetivos especificando las intervenciones y cambios esperados en el comportamiento y el entorno.

Resultados: La definición de objetivos e intervenciones han sido el resultado de un proceso sistemático y participativo. El proceso ha permitido proponer rápidamente un plan consensuado de acción en 4 objetivos: 1) promover la salud mental de cuidadores/as 2) promover la autonomía y la atención a personas mayores 3) prevenir la obesidad y el sedentarismo en niños/as 4) prevenir el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes.

Conclusiones: La Mapeación de Intervenciones ha facilitado la planificación participativa de intervenciones de promoción de la salud y de reducción de las desigualdades sociales en salud. El grupo favorece su implementación y promete impulsar la sostenibilidad del plan a largo plazo. En el momento actual se trabaja en el plan de evaluación global y en la concreción de las intervenciones.

Financiación: FIS 2007 (parcialmente).

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

M. Royo-Marqués, V. Escribà-Agüir, R. Mas-Pons, et al

Servei de Salut i de la Dona; Conselleria de Sanitat; Direcció General de Salut Pública; Generalitat Valenciana; EVES; CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: El objetivo de este trabajo ha sido realizar la adaptación cultural del instrumento de cribado de la violencia familiar (VF) "Abuse Assessment Screen" (AAS) y de la escala que valora el riesgo de homicidio/suicidio en mujeres víctimas de VF "Danger Assessment" (DA).

Métodos: El cuestionario AAS ha sido diseñado para la detección precoz de VF por parte de personal sanitario (McFarlane, 1992). Este consta de 5 ítems y valora la frecuencia y severidad de la VF, e identifica el agresor. El DA está compuesto por 20 ítems y valora el riesgo de homicidio y suicidio en situaciones severas de VF. Se ha utilizado el método de traducción retrotraducción para alcanzar la equivalencia lingüística y conceptual en castellano con los instrumentos originales en inglés. Primero, se realizó la traducción al castellano de las preguntas/ítems y opciones respuesta por dos traductoras independientes bilingües de origen español que desconocían la versión original. Las traductoras puntuaban de 0 a 9 la dificultad para encontrar un término equivalente. A continuación, el equipo investigador elaboró una

versión consensuada en castellano, que fue retrotraducida por dos traductoras bilingües de origen inglés, que asimismo, valoraron el grado de dificultad para hallar una expresión equivalente. Se armonizaron las preguntas/items que contenían términos alternativos y se comparó con el instrumento original. Por último, se realizó una encuesta piloto en una muestra compuesta por 30 mujeres.

Resultados: Ambos cuestionarios han mostrado buena equivalencia lingüística y cultural. En el AAS se ha modificado una expresión en una pregunta ("someone important to you") por no adecuarse su significado conceptual con el original. Tres términos ("violence", "sexual activities", "stranger") han presentado varias opciones alternativas aunque sólo en uno ("stranger") se alteraba el sentido original. En la escala DA tres palabras ("gun", "unemployed" y "arrested") han necesitado cambios mínimos. Se han detectado puntuaciones en el rango de mayor dificultad para obtener un término equivalente (7 a 9) en una instrucción del AAS y en un ítem del DA durante la traducción inversa.

Conclusiones: El proceso de traducción retrotraducción ha permitido obtener una versión al castellano de ambos instrumentos adaptados a nuestro contexto cultural. En las etapas siguientes se deberán validar las propiedades psicométricas de estos instrumentos.

Financiación: Trabajo parcialmente financiado por una ayuda del FIS (PI061565).

ANÁLISIS DE BARRERAS QUE DIFICULTAN EL PROGRESO DEL OBJETIVO DEL MILENIO DE MEDIOAMBIENTE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

L. Donat, D. Gil, C. Álvarez-Dardet, I. Hernández-Aguado, et al
Departamento de Salud Pública, Universidad Miguel Hernández; Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante.

Antecedentes/objetivos: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se acordaron en Naciones Unidas para alcanzar logros mínimos en salud y bienestar. El ODM 7, garantizar la sostenibilidad medioambiental, tiene influencia directa en el resto de objetivos. No se dispone de una síntesis de la literatura científica sobre sus avances. Nuestro objetivo es analizar la información científica disponible sobre el progreso del ODM 7.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura en las bases de datos médicas: MedLine, Scopus, Embase, ScienceDirect y medioambientales: CABS, InformaWorld, Ebsco, ISI WoK. Se seleccionaron artículos originales publicados entre 2000 al 2008, que midiesen el progreso del ODM 7, solo o junto con otros ODM. Variables analizadas: año de publicación, país que realiza el estudio, fuente de datos de los resultados, relación del estudio con la salud, metas del ODM7 estudiadas y su situación actual, indicadores de ONU usados, principales barreras para su alcance, predicción de la consecución, recomendación y nivel de intervención.

Resultados: Se obtuvieron un total 21 artículos de los que 13 cumplían los criterios de inclusión para la revisión sistemática, y publicados entre 2004-2008. El progreso del ODM 7 es calificado de insuficiente en 12 estudios (92,3%). La meta de acceso a agua potable y saneamiento básico es objeto de estudio en 9 trabajos (69,2%), 11 estudios (84,6%) relacionan sus resultados con la salud. Los organismos internacionales son fuente de datos en 8 estudios (61,5%). Las barreras identificadas son: distribución desigual de la riqueza (13 estudios; 84,6%), carencia de infraestructuras adecuadas (9 estudios; 69,2%); zonas rurales subdesarrolladas (6 estudios; 46,2%) y ausencia de políticas reguladas de agua (6; 46,2%). 12 estudios (92,3%) usan indicadores de la ONU, principalmente, proporción de población con acceso a fuentes mejoradas, 11 estudios (84,6%), y proporción de población con acceso a saneamiento mejorado, 10 estudios (76,9%). Todos los estudios recomiendan actuaciones para mejorar la situación; estas indicaciones van dirigidas a gobiernos nacionales en 8 estudios (61,5%), a gobiernos locales, 4 (30,8%) y organismos internacionales, 1 (7,7%).

Conclusiones: Pese al esfuerzo para la consecución de los ODM, hay un insuficiente progreso hacia el ODM7. Las desigualdades sociales en los países y la pobreza rural obstaculizan el progreso hacia la sostenibilidad medioambiental y por tanto la salud. Las

estrategias de intervención deberían incidir en las principales barreras descritas. Los puntos de entrada para la acción política se identifican en el nivel nacional y local.

RELACIÓN ENTRE CLASE SOCIAL Y NIVELES DE COMPUESTOS ORGANOCLORADOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS

M. Bosch de Basea, M. Porta, T. López, F. Benavides, E. Fernández, J. Grimalt, E. Puigdomènech, J. Alguacil, et al
IMIM; UAB; CIBERESP; UPF; ICO; CSIC; UHU.

Antecedentes/objetivos: La relación entre muchos factores sociales y las concentraciones corporales de contaminantes químicos ambientales se desconoce para la mayoría de poblaciones. Algunos contaminantes, como los compuestos organoclorados (COs), pueden jugar un papel en la etiología de ciertos cánceres. El objetivo fue analizar la relación entre la clase social ocupacional y las concentraciones séricas de siete COs (p,p' DDT, p,p'-DDE, policlorobifenilos (PCBs 138, 153, 180), hexaclorobenceno (HCB), beta-hexaclorociclohexano (#b-HCH)) en pacientes con adenocarcinoma ductal de páncreas (ADP).

Métodos: Se identificaron prospectivamente 185 casos incidentes de ADP, de los cuales un 93% fueron entrevistados personalmente acerca de su historia laboral, hábitos y otros factores. El presente estudio está basado en 135 casos de ADP con información sobre concentraciones de COs y ocupación. Los COs fueron analizados mediante cromatografía de gases de alta resolución con detección por captura de electrones. Siguiendo la propuesta de la SEE (1995), la clase social fue asignada en base a la ocupación, codificada según la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994. Se crearon modelos lineales generales ajustados por potenciales confusores.

Resultados: Las clases sociales IV-V presentaron concentraciones superiores de los siete COs que las clases I-II; y en 4 de ellos los niveles también fueron superiores en la clase social III que en las clases I-II. Las concentraciones de 6 COs fueron superiores en los trabajadores manuales (clases IV-V) que en los no manuales (clases I a III) ($p < 0,05$ para los PCBs). La clase social explicó estadísticamente entre un 3,7% y un 5,7% de la variabilidad de las concentraciones de PCBs, y hasta un 2% de la del resto de COs. La edad, el sexo y la clase social explicaron conjuntamente entre un 2,4% y un 18,8% de la variabilidad. Únicamente el DDE presentó una relación diferente con la clase social según sexo: en hombres la #b para la clase social III fue 895 y en IV-V fue 1.118; mientras que en mujeres, la #b para la clase social III fue 1.148 y para las clases IV-V fue -12 (todos p-valoros $> 0,07$).

Conclusiones: La concentración sérica de la mayoría de COs fue superior en las clases sociales inferiores. En el cáncer de páncreas el papel causal de estos compuestos no parece ser independiente de las exposiciones relacionadas con la clase social. Los resultados subrayan la relevancia de integrar la contribución de diferentes factores sociales y la exposición a agentes químicos ambientales en el estudio de la etiología del cáncer de páncreas, y probablemente también de otras neoplasias.

EVOLUCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y LA SALUD PERCIBIDA SEGÚN POSICIÓN SOCIOECONÓMICA EN LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS DE BARCELONA (1992-2006)

A. Espelt, A. Plaza, J. Ferrando, M. Rodríguez-Sanz, L. Font-Ribera, C. Borrell, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Consorci de Serveis Socials de Barcelona; CIBER de Epidemiologia y Salud Pública; Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental.

Antecedentes/objetivos: Analizar la evolución de la dependencia y de la salud percibida en la población de 65 años o más de Barcelona según género y nivel de estudios.

Métodos: Diseño transversal. La población de estudio fueron las mujeres y los hombres de 65 años o más residentes en Barcelona no institucionalizados. Las fuentes de información fueron las encuestas de salud de Barcelona del 1992, 2000 y 2006 ($n = 893, 2.140$ y 1.211 , respectivamente). Como variables dependientes se analizaron 1) tener dependencia (alguna limitación en las actividades de la vida diaria) y 2) la salud percibida. Como variables independientes se analizaron el nivel de estudios como me-

dida de la posición socioeconómica, el sexo, la edad y el año de realización de la encuesta. Se realizó un análisis descriptivo de las prevalencias de dependencia y salud percibida según las variables independientes ajustadas por edad, y finalmente se ajustaron regresiones log-binomiales para determinar la asociación (razones de prevalencia- RP y IC95%) entre nivel educativo y dependencia y salud percibida. Los análisis se realizaron por separado en hombres y mujeres y para cada uno de los años de las encuestas.

Resultados: La prevalencia de dependencia en mujeres aumentó de 43,2% (IC 95%: 38,1-48,3) en 1992 a 53,1% (IC 95% 49,2-57,0) en 2006, mientras que no aumentó significativamente en hombres (prevalencia del 27,1%; IC 95%: 22,0-32,2 en 1992). Durante este periodo, la prevalencia de mala salud percibida ha incrementado en hombres y en mujeres. Las desigualdades según posición socioeconómica en dependencia y en salud percibida están presentes en los tres periodos y no han cambiado significativamente a lo largo del tiempo tanto en hombres como en mujeres. Comparado con las mujeres universitarias, en el año 2006, las que tenían menor nivel de estudios tenían una RP de tener dependencia de 1,86 (IC 95%:1,24-2,77) y una RP de tener mala salud percibida de 2,04 (IC 95%:1,34-3,12).

Conclusiones: La prevalencia de dependencia ha crecido ligeramente en mujeres desde 1992, pero no en hombres. Existe un importante gradiente según posición socioeconómica tanto en la dependencia como en la salud percibida de la gente mayor de Barcelona en los tres periodos de tiempo estudiados. La determinación del nivel de dependencia, de mala salud percibida y de su evolución así como su asociación con la posición socioeconómica es útil para diseñar estrategias para reducir su incidencia y aumentar su control así como para disminuir las desigualdades socioeconómicas asociadas a ellas.

DIFERENCIAS EN PERCEPCIÓN DE SALUD ENTRE HOMBRES Y MUJERES: ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE GÉNERO?

P. Pereyra-Zamora, N. Tamayo, R. Alfonso, M.A. Ruiz-Lapuente, I. Melchor, J.A. Pina, J. Moncho, A. Nolasco, et al

USI de Análisis de la Mortalidad y Estad.Sanit.Univ.de Alicante; RMCV. Dir. Gen. de Salud Pública. Consell de Sanitat. C. Valenciana; Oficina del Plan de Salud. Dir. Gen. de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria. Consell de Sanitat. C. Valenciana.

Antecedentes/objetivos: La esperanza de vida presenta diferencias importantes entre mujeres y hombres, mientras que los indicadores que tienen en cuenta la percepción de salud, como la esperanza de vida en buena salud, reducen o invierten las diferencias. Así, las mujeres perciben peor su salud y viven más años que los hombres. Este estudio persigue analizar aquellas variables que condicionan los roles femeninos o masculinos, y que a su vez, son determinantes de la mala percepción de salud.

Métodos: Se estudiaron 5.781 encuestados (>16 años) en la Encuesta de Salud de la CV de 2005, residentes no institucionalizados de la CV. Se han calculado prevalencias de mala salud percibida (MSP) según variables para los análisis de género: demográficas, socioeconómicas, estado de salud, estilos de vida y de rol social. Se han calculado OR crudas y ajustadas mediante regresión logística, considerando la MSP como variable respuesta, y como variables explicativas las mencionadas previamente. Se estudian diversos perfiles para evaluar el mayor y menor riesgo de MSP. Los análisis se ponderaron con el factor de elevación de los sujetos, con una corrección que permitiera disponer del error aleatorio aproximado al real.

Resultados: Las mujeres tienen mayor prevalencia de MSP que los hombres (29,0% vs 20,8%). Analizando por sexo, las variables que explican significativamente ($p < 0,05$) la MSP son: En hombres: edad (peor en el grupo 45-64), situación laboral (peor en cualquier situación, especialmente en labores del hogar, que trabajando), nivel de renta (diversas situaciones), padecimiento de alguna crónica (peor cuantas más enfermedades crónicas), discapacidad (discapacitados), alcohol (peor quienes nunca beben), ejercicio físico (peor no hacer), malos tratos (peor quienes han tenido). En mujeres: edad (gradiente creciente por edad), situación laboral (menor asociación en labores del hogar que en los hombres), crónicas, discapacidad, alcohol, ejercicio físico y malos tratos igual que hombres, apareciendo nivel de estudios (gradiente inverso con el nivel de estudios), tabaco (peor las fu-

madoras), peso (peor sobrepeso y obesas), y ser cuidadora (peor cualquier caso que ser cuidadora de niños). El país de origen y el tipo de convivencia resultaron no significativos en ambos sexos.

Conclusiones: La diferencia en MSP entre hombres y mujeres se explica a través de los indicadores socioeconómicos. La realización de las tareas del hogar afecta tanto a hombres como a mujeres. Se identifican determinantes propios en cada rol de género. Financiación: Ayuda de la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria. Conselleria de Sanitat.

FEMICIDIO, NOTICIAS DE Prensa Y EL EFECTO DE IMITACIÓN EN TORNO A LA VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO

J. Torrubiano-Domínguez, C. Álvarez-Dardet, et al

Universidad de Alicante; CIBERESP; Observatorio de Políticas Públicas y Salud.

Antecedentes/objetivos: La presencia de la violencia de género como tema de noticia es una tendencia creciente en diferentes países, sobre todo, por la alarma social generada determinados casos de muerte. El fenómeno de la imitación como efecto secundario de la atención mediática sobre un problema de tipo violento ha despertado preocupación. Se plantea explorar si existe un efecto de imitación en los asesinatos perpetrados por compañeros íntimos y si la aparición de noticias sobre el tema en los periódicos incrementa el riesgo de mortalidad por esta causa.

Métodos: Diseño: estudio ecológico Datos: muertes de mujeres por violencia del compañero íntimo (VCI) y noticias de prensa sobre el tema de España en el periodo 2002-2007. Fuentes: Estadísticas de feticidios de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas y Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia; noticias de los tres diarios de mayor tirada en España: El País, El Mundo y ABC. Análisis t test para contrastar si el número de muertes después de una noticia era significativamente distinto de las ocurridas antes de la noticia. Cálculo de Riesgo Relativos (RR) ajustados por noticias al día por el método de Mantel-Haenszel por tipos de noticia –de muertes, de sucesos diferentes a las muertes o de medidas– para comparar el incremento de muertes en el periodo posterior a la publicación de una noticia sobre VCI.

Resultados: El número de muertes posteriores a la publicación de una noticia sobre VCI fue inferior que el número de muertes anteriores (Media = 0,095, p-valor = 0,025). Se observó un efecto protector en la publicación de noticias sobre medidas de VCI respecto a la publicación de noticias sobre sucesos de muertes por VCI (RR = 0,895, IC 95% = 0,822-0,975).

Conclusiones: Parece descartarse la presencia de un efecto de imitación promovido por la cobertura periodística de la VCI. Además, la publicación de noticias sobre medidas en torno a la VCI muestra un posible efecto protector sobre la mortalidad por esta causa. Financiación: Instituto Carlos III. Fondo de Investigación Sanitaria. Financiación al proyecto.

GÉNERO, FACTORES PSICOSOCIALES Y EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN DURANTE UN AÑO TRAS EL NACIMIENTO DE UN HIJO

V. Escribà-Aguir, L. Artazcoz, et al

Servei de Salut Infantil i de la Dona. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; EVES; Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: Describir el patrón de la depresión en madres y padres desde el tercer trimestre del embarazo al año del nacimiento de un hijo y determinar si existen diferencias según sexo en el efecto de los factores psicosociales y personales sobre la depresión.

Métodos: Se ha incluido una muestra aleatoria de 769 mujeres y sus parejas, captadas en 10 centros de atención primaria (provincia de Valencia), durante la 28 a 31 semanas de gestación, realizándose posteriormente seguimientos a los 3 y 12 meses del parto. Se ha recogido la información por medio de un cuestionario autoadministrado. La variable respuesta es la aparición de depresión a los 3 ó 12 meses postparto, valorada por la escala de depresión postparto de Edimburgo, tomando como punto de corte el 12/13, en madres y 10/11 en padres. Las variables explicativas son: a) factores psicosociales: apoyo social confidencial y afectivo (escala de Duke), satisfacción marital; b) factores personales: antecedentes de depresión, depresión durante el tercer trimestre

tre del embarazo, depresión de la pareja y acontecimientos vitales desfavorables. Se ha considerado como factores de confusión: la edad, el número de horas dedicadas a las tareas domésticas, la clase social y el país de origen. Se han ajustado modelos de regresión logística multivariados tipo GEE, específicos para el análisis de datos longitudinales.

Resultados: La incidencia de la depresión a los 3 y 12 meses postparto fue de 9,3% y 4,4% en las madres y de 3,4% y 4,0% en los padres, respectivamente. En madres y padres la probabilidad de desarrollar depresión a los 3 ó 12 meses postparto fue mayor en los que presentaban insatisfacción marital (OR: 1,81; IC 95% = 1,00-3,27 en madres y OR: 2,23; IC 95% = 1,05-4,75 en padres), cuando su pareja tenía depresión (OR: 3,40; IC 95% = 1,78-8,53 en mujeres y OR: 3,61; IC 95% = 1,57-8,26 en hombres) y en aquellos que presentaban depresión durante el embarazo (OR: 2,05; IC 95% = 1,06-3,96 en madres y OR: 21,14; IC 95% = 9,90-45,16 en padres). La presencia de acontecimientos vitales desfavorables aumentó la probabilidad de depresión sólo en las mujeres (OR: 2,12; IC 95% = 1,20-3,74), así como la historia previa de depresión, si bien la asociación se encontró en el límite de la significación estadística.

Conclusiones: No se observan diferencias de género en el efecto de los factores psicosociales en el desarrollo de depresión durante los 12 meses postparto. Los factores psicosociales y personales son predictores de la depresión durante los 12 meses postparto, tanto en madres y como en padres. En las mujeres se aprecia una disminución de la depresión a lo largo de los 12 meses postparto. Financiación: Trabajo parcialmente financiado por una ayuda de investigación de la Conselleria de Sanitat (PI-031/2004) y por el CIBER de Epidemiología y Salud Pública (C03/09).

DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL EN INMIGRANTES ECUATORIANOS EN ESPAÑA

A. Llácer, J. del Amo, A. García-Fulgueiras, V. Ibáñez-Rojo, R. García-Pino, A. Fernández-Liria, L. Mazarrasa, M.A. Rodríguez-Arenas, M.V. Zunzunegui, et al

Instituto de Salud Carlos III; Universidad de Alcalá; Consejería de Salud de Murcia; Universidad de Montréal, Canadá; Consejería de Salud de Andalucía; CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: En 2007 la población extranjera en España, con 4,5 millones de personas, eran el 10% de toda la población. Cerca del 80% se consideraban inmigrantes económicos y un 20% eran ecuatorianos. Una reciente revisión de más de un centenar de estudios empíricos, cuantitativos, de base poblacional, daba como hallazgo más consistente la asociación entre mala salud mental y discriminación étnica autopercebida. El objetivo de este estudio es analizar la asociación entre la discriminación étnica y la salud mental y valorar el papel modificador de los recursos materiales y el apoyo social.

Métodos: Se realizó una encuesta trasversal en 2006 en 33 áreas de gran variabilidad sociodemográfica de 4 Comunidades autónomas. Sobre los padrones de habitantes se obtuvo una muestra probabilística de ecuatorianos de 18 a 55 años, 1:1 de cada sexo. El trabajo de campo fue de mayo a diciembre del 2006. Se utilizó un cuestionario ad hoc. La salud mental, se midió con el GHQ-28 (punto de corte 4/5 para el probable caso psiquiátrico: PCP). La discriminación se midió por una escala de 5 ítems; la precariedad económica por la dificultad de llegar a fin de mes, el apoyo por tener a quien pedir 100?, tener amigos y participar en asociaciones comunitarias. Para el análisis se aplicó una regresión logística múltiple con SPSS.15.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 570 ecuatorianos (tasa de respuesta: 68%). Un 28% eran PCP (18%, hombres; 39%, mujeres). La severidad de la discriminación estaba fuertemente asociada al PCP (OR ajustada: 3; 95% IC 1,7-5,2). Entre aquellos que sufrieron mucha discriminación, la precariedad económica (OR ajustada: 11,9; 95% IC 3,5-40,3) y la falta de apoyo económico (OR ajustada: 10,0; 95% IC 2,4-41,7) aumentaban la probabilidad de ser un PCP. No tener amigos (OR ajustada: 1,8; 95% IC 1,0-3,6) y pertenecer a una asociación comunitaria de cualquier tipo (OR ajustada: 1,7; 95% IC 1,0-2,9) estaban asociados independientemente con la probabilidad de ser un PCP.

Conclusiones: La discriminación étnica podría aumentar el riesgo de mala salud mental y su efecto parece estar potenciado por

la falta de recursos y apoyo económicos. Ambas circunstancias pueden agravarse en nuestro medio a relativo corto plazo. NOTA: El contenido de esta comunicación ha sido básicamente informado en la 2nd Conference of Migrant Health in Europe. Malmö (Sweden) 22-24 May 2008.

Financiación: FIS, Ciberesp.

¿LA HISTORIA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR INFLUYE EN LA IVE?

P. Romito, V. Escribà-Agüir, J. Molzan-Turan, L. Pomicino, F. Scrimin, et al
Universidad de Trieste (Italia); Servei de Salut Infantil i de la Dona, Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana; CIBERESP; Universidad de California, San Francisco; IRCCS Ospedale Burlo Garofolo, Trieste (Italia).

Antecedentes/objetivos: Analizar el efecto de la violencia familiar o del compañero íntimo sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en mujeres de la ciudad de Trieste (Italia).

Métodos: Estudio de casos (445) y controles (438) llevado a cabo en la única maternidad que practica IVE en la ciudad de Trieste. La recogida de información fue realizada por medio de un cuestionario autoadministrado, entregado a la mujer durante su estancia en la maternidad. Se han incluido todos los casos desde marzo de 2006 a julio de 2007. Los controles incluidos fueron todos los partos que ocurrieron en la misma maternidad desde marzo a agosto de 2006. El porcentaje de respuesta fue del 95%. La variable respuesta es la IVE, que en Italia es aquella que se practica durante las 12 primeras semanas de gestación. Las variables explicativas son tres: la violencia de tipo psicológico, físico o sexual que ocurre: a) durante los 12 últimos meses, b) antes de los 12 últimos meses o c) durante la infancia o adolescencia. Para valorar la violencia se ha utilizado una versión adaptada del "Abuse Screen Assessment". Las variables de ajuste son: la edad, el nivel de estudios, el estado de convivencia y el país de origen. Se han calculado las OR y sus intervalos de confianza al 95% por medio de una regresión logística.

Resultados: La probabilidad de IVE es mayor en aquellas mujeres que han sufrido violencia, de tipo psicológico, durante los 12 últimos meses por parte de su familia (OR: 4,51; IC 95% = 1,58-12,89) o bien por su compañero íntimo (OR: 2,35; IC 95% = 1,03-5,37). No se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la violencia, ejercida por parte del compañero íntimo durante los doce últimos 12 meses, de tipo físico, (OR: 1,32; IC 95% = 0,35-5,06) o sexual (OR: 1,09; IC 95% = 0,19-6,27) y la IVE. Así mismo, no se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la violencia física (OR: 0,70; IC 95% = 0,38-1,31), psicológica (OR: 1,55; IC 95% = 0,78-3,08), o sexual (OR: 1,61; IC 95% = 0,74-3,52) durante la infancia o adolescencia o bien la previa a los 12 últimos meses y la IVE.

Conclusiones: La violencia psicológica ejercida por miembros del entorno familiar o bien por parte del compañero íntimo es el principal determinante de la IVE en mujeres de la ciudad de Trieste.

PÓSTERES II

Miércoles, 15 de octubre de 2008

16:00 a 17:00

Metodología

Modera: Pte. confirmar

EPIDAT 4.0: PROGRAMA PARA EL ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE DATOS TABULADOS. VERSIÓN BETA

M.I. Santiago Pérez, E. Vázquez, X. Hervada, L.C. Silva, H. Fariñas, O.J. Mújica, J. Bacallao, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia; Organización Panamericana de la Salud; Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana (Cuba); Universidad Austral de Chile.

Antecedentes/objetivos: Epidat es un programa de libre distribución desarrollado por la Dirección Xeral de Saúde Pública de

la Xunta de Galicia en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Hasta el momento existen tres versiones del programa que se presentaron en 1994, 1997 y 2004, respectivamente. Todas tenían como objetivo proporcionar una herramienta de manejo sencillo y de utilidad para el análisis estadístico y epidemiológico de datos tabulados. Desde noviembre de 2005 se distribuye la versión 3.1 y actualmente está en desarrollo la versión 4.0, cuyas características se describen en esta comunicación.

Métodos: El equipo de desarrollo de Epidat 4.0, que ha sido ampliado, está integrado por epidemiólogos, estadísticos e informáticos de Galicia, Cuba y OPS. La aplicación se está programando en Java, y será válida para trabajar en Windows, Linux y Macintosh; además, será una aplicación modular, es decir, tendrá un entorno general del que dependerán los distintos módulos, que se podrán añadir o modificar de forma independiente. El manejo del programa será similar a la versión previa, con mejoras en la entrada de datos. En cuanto a su contenido, se están revisando los métodos implementados en la versión 3, y se incluirán algunos métodos nuevos. El nuevo diseño responde a las discusiones del equipo de trabajo y las copiosas sugerencias enviadas por los usuarios. La ayuda, de reconocida utilidad, también será objeto de revisión.

Resultados: Las novedades en el contenido de Epidat 4.0 con respecto a la versión previa consisten en la creación de 5 módulos nuevos, mejoras específicas en algunos procedimientos y la ampliación de algunos módulos: muestreo tendrá un submódulo de análisis de muestras complejas, y otro de datos faltantes; concordancia incluirá dos opciones nuevas, coeficiente de correlación intraclase y análisis Bland-Altman; en pruebas diagnósticas se añadirá una opción para calcular el punto de corte de la curva ROC; metaanálisis (MA) se completará con regresión de MA y MA por subgrupos; vigilancia en salud pública tendrá un submódulo para análisis de tendencias. Los módulos nuevos serán: análisis descriptivo, medición de desigualdades en salud, evaluación económica, supervivencia y mortalidad atribuida.

Conclusiones: El cambio de versión en Epidat, de la 3 a la 4, implicará una mejora en el manejo general del programa, una sustancial ampliación del contenido y posibilitará su uso en entornos alternativos a Windows.

PERFIL Y OPINIONES DE LOS USUARIOS REGISTRADOS DE EPIDAT 3

M.I. Santiago Pérez, E. Vázquez, X. Hervada, L.C. Silva, H. Fariñas, O.J. Mújica, J. Bacallao, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia; Organización Panamericana de la Salud; Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana (Cuba); Universidad Austral de Chile.

Antecedentes/objetivos: Epidat es un programa de libre distribución destinado al análisis epidemiológico de datos tabulados. Está desarrollado por la DXSP en colaboración con la OPS. La última versión disponible es la 3.1, que se distribuye desde noviembre de 2005, y actualmente está en desarrollo la versión 4.0. El objetivo de este trabajo fue conocer las opiniones de los usuarios sobre la versión 3, y sus intereses y necesidades con vistas a una nueva versión.

Métodos: En diciembre de 2008 se realizó una encuesta electrónica entre los usuarios registrados de la versión 3, tras eliminar de la base las direcciones de correo duplicadas, aunque no los usuarios con dos o más direcciones diferentes. El cuestionario incluía 19 preguntas tanto abiertas como cerradas, 14 sobre la versión 3 (frecuencia de uso, dificultades, uso y utilidad de cada módulo, errores detectados y valoración de diferentes aspectos en una escala de 0 a 10) y 5 sobre sugerencias para la nueva versión.

Resultados: Se envió la encuesta a 13.063 direcciones de correo electrónico, y rebotaron 1.826 mensajes (14%); respondieron 1.456 usuarios, mayoritariamente de España (498), Argentina (197) y México (168); la mitad de ellos continúan con la versión 3.0 y el 85% instalaron el programa sin dificultades. Un 55% de usuarios utilizan Epidat desde hace más de 1 año y el 40% lo usa de forma habitual; el ámbito de uso más frecuente son los servicios de salud pública (39%). Los módulos más utilizados son tablas de contingencia y muestreo (en ambos casos, declaran haberlos usado alguna vez el 82%), seguidos de pruebas diagnósticas (70%), y todos los módulos resultaron de utilidad a más del 98%

de usuarios que los utilizaron. Un 14% de los usuarios declaran haber detectado algún error en el programa. Las valoraciones medias de los diferentes aspectos del programa superan el 7, y la media global es de 7,8. Respecto a la nueva versión, un 45% de los usuarios hicieron sugerencias sobre el programa y un 10% sobre la ayuda. Los módulos nuevos más sugeridos fueron: modelos de regresión (35), análisis multivariante (18) y supervivencia (17).

Conclusiones: Los usuarios de Epidat 3 están satisfechos con el programa, aunque proponen la inclusión de nuevos métodos para mejorar la versión 4, y sugieren también una mejora de la ayuda. El hecho de haber recibido casi 1.500 respuestas revela el apreciable interés despertado por el programa, lo cual estimula a trabajar en su perfeccionamiento y desarrollo.

PREVALENCIA DE OBESIDAD ESTIMADA CON MEDIDAS OBJETIVAS Y AUTODECLARADAS EN GALICIA: INFLUENCIA DEL MÉTODO DE ENTREVISTA

M.I. Santiago Pérez, M. Pérez Ríos, A. Malvar Pintos, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia; Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública. Universidade de Santiago de Compostela.

Antecedentes/objetivos: La definición de obesidad utilizada en los estudios epidemiológicos se suele basar en el índice de masa corporal (IMC), considerando un punto de corte de 30 Kg/m². Aunque el IMC está basado en mediciones directas del peso y la talla, en muchas encuestas se estima la prevalencia de obesidad con valores autodeclarados, lo que produce una infraestimación. El objetivo de este trabajo fue analizar la concordancia entre prevalencias de obesidad basadas en medidas objetivas y subjetivas procedentes de encuestas presenciales y telefónicas que se realizaron en población gallega ≥ 18 años en el mismo período.

Métodos: En 2006 se realizaron en Galicia tres encuestas en población general adulta en las que se recogieron datos antropométricos: la encuesta del Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia (SICRI, n = 7.841), la Encuesta de Nutrición de Galicia (Nutrigral, n = 3.202) y la Encuesta Nacional de Salud (ENS, n = 3.326) que contaba con una muestra ampliada para Galicia. Además, en 2005 se llevó a cabo la Encuesta de Salud de Galicia (ESG, n = 3.163). SICRI y ESG fueron telefónicas y las otras dos presenciales; el peso y la talla fueron autodeclarados en todas, salvo en Nutrigral que recogió valores objetivos y subjetivos. Se analizaron las variables: sexo, edad, tamaño del municipio (7 grandes, ≥ 10.000 hab., < 10.000 hab.), nivel de estudios (básicos, medios, superiores) y situación laboral (ocupado, parado, inactivo). Además, se estimaron prevalencias de obesidad (IMC ≥ 30) en población ≥ 18 años y se compararon con la prueba de Wald.

Resultados: Todas las muestras tienen una distribución por sexo, edad y tamaño del municipio similar a la poblacional, según el Padrón 2006. En la distribución por nivel de estudios y situación laboral hay pequeñas diferencias entre las 4 encuestas. La prevalencia de obesidad, según los datos medidos en Nutrigral, es del 23,3%, significativamente superior a las obtenidas con datos autodeclarados ($p < 0,0001$ en todos los casos): 18,7% en Nutrigral y 16,8% en ENS ($p = 0,0644$), que fueron presenciales; 12,7% en SICRI y 13,6% en ESG, que fueron telefónicas ($p = 0,3021$). A su vez, los datos autodeclarados presenciales difieren significativamente de los telefónicos ($p < 0,005$ en las 4 comparaciones posibles).

Conclusiones: Las prevalencias de obesidad basadas en valores autodeclarados de peso y talla infraestiman las prevalencias obtenidas con mediciones objetivas, y las encuestas telefónicas producen un mayor sesgo que las presenciales.

LIMITACIONES DE LA ODDS RATIO COMO MEDIDA DE DISCRIMINACIÓN. LA ALTERNATIVA DE LA CURVA ROC

M. Rodríguez Girando, M.X. Rodríguez Álvarez, C. Cadarso Suárez, et al
Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidade de Santiago de Compostela.

Antecedentes/objetivos: Dentro del campo de la Epidemiología, una elevada asociación entre una exposición y una enfermedad, medida a través de la *odds ratio* (OR), suele considerarse sufi-

ciente para justificar el uso de dicha exposición en la predicción del estado (enfermedad/salud) de un individuo. Sin embargo, un grado de asociación elevado no siempre es sinónimo de buena capacidad de discriminación entre población sana y enferma. La curva ROC (Receiver Operating Characteristic curve) y el área bajo la misma, AUC (Area Under Curve), son las medidas más empleadas para evaluar la capacidad de discriminación de una exposición continua. En este trabajo se ilustran algunos aspectos de la relación entre OR y la curva ROC. Bajo ciertas suposiciones distribucionales se han calculado y comparado ambas medidas.

Métodos: Se realizó un estudio de simulación estadística en el que se supuso conocida la distribución de la exposición en las subpoblaciones de sanos y enfermos. El escenario escogido fue de normalidad en dicha exposición. Manteniendo fija la distribución en los sanos, se simularon distintas distribuciones para la subpoblación de enfermos, variando los valores para la media y la dispersión de la exposición en los casos. En cada situación se ilustró gráficamente la relación entre el valor de la OR y la separación entre las distribuciones en las subpoblaciones de sanos y enfermos. Además, se calcularon la curva ROC y el AUC correspondientes. Analíticamente, se relaciona la asociación y la capacidad discriminadora comparando la OR y el AUC. Los cálculos y gráficas se realizaron usando el paquete estadístico R 2.6.0.

Resultados: Considerando como valor de referencia el cero, para el caso de normalidad con media 0 en los sanos y desviación típica 0,5 en ambas subpoblaciones, se obtuvieron las siguientes equivalencias: A OR = 3 le corresponde AUC = 0,65, a OR = 25, AUC = 0,87 y para obtener AUC = 0,98 es necesario OR = 350. Considerando el mismo valor de referencia y aumentando la desviación típica en los sanos a 0,7 y manteniendo la desviación típica de 0,5 en los sanos se obtuvieron las siguientes equivalencias: A OR = 2,82 le corresponde AUC = 0,64, a OR = 6,10, AUC = 0,82 y para obtener AUC = 0,93 es necesario OR = 15,18.

Conclusiones: Los resultados muestran como valores de OR tradicionalmente considerados como altos en el contexto epidemiológico se corresponden con una pobre capacidad de discriminación entre población sana y enferma. Además, la variación de las distribuciones de la exposición entre sanos y enfermos modifica el nivel de correspondencia entre AUC y OR. La curva ROC se muestra útil como instrumento para evaluar la relación entre asociación y capacidad discriminadora de una exposición continua.

EFICACIA DE UNA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA DE CONTROL DE RCV: DISEÑO DEL ESTUDIO SIRVA2

L. Sánchez-Gómez, F. Rodríguez-Salvanes, B. Novella, M.J. Fernández-Luque, B. Sierra, L. Ruiz, G. Gil, P. Loeches, R. Sánchez, et al
ISCIII. AETS; Agencia Lain Entralgo; Área 2 AP; Área 11 AP.

Antecedentes/objetivos: Entre los factores relacionados con la efectividad del uso de las GPC, se ha señalado como relevante el tipo de estrategia de implementación: parece que las más rentables, aunque poco evaluadas, han sido las basadas en líderes de opinión y asequibles en el medio donde se difunden. El objetivo principal de nuestro estudio fue comparar la efectividad, en términos de mejora de registro del RCV del paciente en la historia clínica, de dos estrategias diferentes en la implantación de una guía de prevención de riesgo cardiovascular en un área de salud.

Métodos: Estudio de intervención comunitario controlado, ciego y con asignación aleatoria por conglomerados mediante el uso de números aleatorios en el que la unidad de aleatorización fueron los 21 centros de salud del área 2 de Madrid. Los sujetos de estudio fueron pacientes > 45 años adscritos en tarjeta sanitaria. La variable principal evaluada, fue la proporción de pacientes que incluyen en su historia clínica el cálculo de dicho nivel de riesgo o la presencia explícita de las variables necesarias para su cálculo. El tamaño muestral lo calculamos para una comparación de proporciones con un alfa de 0,05 y beta de 0,20 y asumiendo que la intervención incrementase en un 25% el registro de la variable de estudio. Corregimos atendiendo al efecto de di-

seño, asignando un tamaño a cada conglomerado proporcional a su población asignada y asumiendo un 20% de pérdidas. El análisis estadístico usado fue el de modelos lineales generalizados de efectos aleatorios, en los que el efecto del tipo de muestreo se encuentra incluido tanto en las estimaciones como en los test de hipótesis.

Resultados: Utilizamos un diseño de aleatorización por conglomerados por varias razones. Por un lado, no parecía posible planificar una intervención educativa sobre los profesionales de un centro de salud en la que se imposibilitase la contaminación sobre el resto de los profesionales del mismo centro. Por otro lado, aunque la intervención se realizaba sobre los profesionales, la evaluación tenía carácter de auditoría sobre las historias de los pacientes individuales y por ello era obligado utilizar esta estrategia de intervención y también de análisis.

Conclusiones: Los resultados de nuestro proyecto ofrecerán información sobre la efectividad de la intervención así como sobre los cambios inducidos en la actividad de los profesionales en cuanto al manejo del riesgo cardiovascular de forma global, empleando un diseño que parece configurarse como estándar en la evaluación del efecto de medidas sanitarias.

Financiación: Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I). ISCIII. FIS 031216.

APLICACIÓN DE MÉTODOS GEOESTADÍSTICOS EN LA VIGILANCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS: TUBERCULOSIS

D. Gómez-Barroso, V. Flores, E. Rodríguez-Valín, J.L. del Barrio, F. Simón, et al

CIBER de epidemiología y Salud Pública, Centro Nacional Epidemiología Instituto de Salud Carlos III; Centro Nacional de Epidemiología, Área de Vigilancia de la Salud Pública. Instituto de Salud Carlos III; Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos.

Antecedentes/objetivos: Valorar la técnica geoestadística utilizando el método Kriging como herramienta para la vigilancia de enfermedades infecciosas aplicado a la tuberculosis respiratoria.

Métodos: Se han elaborado mapas de distribución de riesgo para la tuberculosis respiratoria por ser una enfermedad infecciosa de alta incidencia en nuestro país, y de la que se dispone de datos individualizados a nivel nacional. Las tasas de incidencia han sido calculadas a partir de los casos de tuberculosis respiratoria declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) del año 2006 y a nivel provincial, utilizando la población del padrón de 2006. El análisis se estratificó por edad en cuatro grupos (< 14 años, 15-44, 45-64, > 65 años) y por sexo. Las tasas provinciales calculadas se aplicaron al centro de la provincia y se hizo una estimación del riesgo de tuberculosis respiratoria para el resto del territorio peninsular aplicando la técnica geoestadística basada en el método Kriging ordinario, ajustando los modelos por el semivariograma para el año 2006 y la estimación del error estándar del riesgo. Todos los análisis, gráficos y mapas han sido realizados con el software libre R v 2.5.1.

Resultados: Se obtuvieron mapas de distribución de riesgo de tuberculosis para los diferentes grupos de edad y sexo. En todos los grupos de edad, en general se observa que las tasas son mayores en hombres que en mujeres. En el grupo de 0-14 años el riesgo en hombres sigue un patrón noroeste-sureste, mientras que para las mujeres el riesgo mayor se concentra en el centro oeste de la península. El grupo de 15 a 45 años sigue un patrón similar en hombres y mujeres concentrándose en el noroeste y suroeste. En el grupo de 45 a 65 años el riesgo se distribuye en el noroeste y en el sureste en hombres y en mujeres el riesgo se concentra en el norte y sur peninsular. En el grupo de mayores de 65 años el riesgo mas alto se concentra en el norte de la meseta tanto en hombres como en mujeres.

Conclusiones: La distribución espacial del riesgo de tuberculosis varía entre los diferentes grupos de edad y el sexo. Las estimaciones obtenidas son coherentes con los datos de la RENA-VE. El método Kriging nos permite estimar la incidencia de una enfermedad en cualquier punto del territorio y proporciona un valor añadido a la vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas. Para mejorar la precisión de las estimaciones se propondrá un modelo mas complejo introduciendo otras variables explicativas de interés.

VARIACIÓN ESPACIAL DEL RIESGO EN EL ENTORNO DE FOCOS CONTAMINANTES MÚLTIPLES. ENFOQUE METODOLÓGICO PARA DATOS AGREGADOS

R. Ramis, E. Vidal, J. García-Pérez, B. Pérez-Gómez, N. Aragonés, M.J. García-Mendizábal, K. Cambra, M. Calvo, G. López-Abente, et al
 Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología; CIBERESP; Dir. de Salud Pública. Gobierno Vasco; Dir. de Planificación y Ordenación Sanitaria. Gobierno Vasco.

Antecedentes/objetivos: Para el estudio del riesgo de cáncer asociado a la exposición a focos contaminantes con datos agregados suele utilizarse la regresión log-lineal del número de casos observados en cada área en función de las covariables, incluyendo como offset del modelo el número de casos esperados, y utilizando la distancia al foco como estimador de la exposición. Sin embargo, suele ser frecuente la existencia de focos múltiples, lo que complica el análisis de la variación espacial del riesgo en poblaciones expuestas a contaminación industrial y requiere aproximaciones metodológicas específicas. El objetivo de este trabajo es describir una metodología que permita analizar la variación espacial del riesgo de cáncer en las poblaciones expuestas a emisiones contaminantes según su distancia a múltiples focos, en un contexto de datos agregados.

Métodos: El modelo tiene que poder recoger un incremento del riesgo en las cercanías de los focos y la desaparición del mismo a grandes distancias. Para ello se añade un término no-lineal basado en una función de distancia, $F(d(x))$. En este caso, la función de distancia está compuesta por dos parámetros que permiten conocer el exceso de riesgo en el foco (α) y la forma con la que este cambia a medida que nos alejamos del mismo (β). $\mu = \rho * E * \exp(\sum(\eta * \text{Covariables})) * \text{prod}(F(d(x)))$; $F(d(x)) = (1 + \alpha * \exp(-(\text{distancia}(x)/\beta)^2))$ Como ejemplo empírico se estudia la variación espacial de riesgo de mortalidad por cáncer de vejiga en el área del Gran Bilbao asociada a la exposición a sustancias contaminantes procedentes de 6 instalaciones industriales. Datos por sección censal (657 áreas).

Resultados: La adaptación del modelo log-lineal con la inclusión del término basado en la distancia permite estudiar la variación espacial del riesgo asociada a la exposición ambiental a contaminación procedente de distintos focos para datos agregados en áreas pequeñas. El modelo aporta estimadores que definen la influencia sobre el riesgo de cada foco y su cambio en función de la distancia. En el ejemplo, de los 6 focos estudiados, 3 presentan un exceso de riesgo en el foco que disminuye con la distancia, aunque en el test de verosimilitudes el modelo espacial no es estadísticamente significativo.

Conclusiones: La aproximación metodológica que se propone permite obtener estimadores de riesgo para cada fuente contaminante en presencia de focos múltiples. La mejor caracterización del riesgo en estos entornos complejos aportará información más precisa que pueda ayudar en el proceso de toma de decisiones.

Financiación: FIS 040041. Proyecto MEDEA.

VALIDACIÓN DE LA ESCALA SCOPA-COGNITIVA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

B. Frades, M.J. Forjaz, C. Rodríguez-Blázquez, P. Martínez-Martín, et al
 Centro Nacional de Epidemiología y CIBERNED, Instituto de Salud Carlos III; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/objetivos: La SCOPA-Cognitiva (SCOPA-Cog) es una escala de 10 ítems, con una puntuación máxima de 43 puntos, donde las mayores puntuaciones reflejan mejor nivel cognitivo. Abarca cuatro dominios: memoria y aprendizaje, atención, funciones ejecutivas y función visuoespacial. Este estudio tiene como objetivo la validación independiente de la SCOPA Cog para valoración de las alteraciones cognitivas en los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP).

Métodos: Estudio multicéntrico, transversal, de evaluación única. Se incluyeron 387 pacientes consecutivos diagnosticados de EP con criterios UKPD Society Brain Bank. Se analizaron características demográficas e históricas de la enfermedad, psicosis (PPRS), estadio Hoehn y Yahr (HY), evaluación clínica global (CISIPD) y estado de ánimo (HADS). Los atributos psicométricos analizados son viabilidad y aceptabilidad, consistencia interna, vali-

dez convergente, discriminativa e interna (análisis factorial) y precisión (error estándar de la medida, SEM).

Resultados: La edad media de los pacientes fue $65,85 \pm 11,13$; 54,26% eran hombres; edad media de inicio de la EP, $57,75 \pm 12,05$; HY: 50,39% en estadio 2 (rango: 1-5). El 96% de los pacientes vivía en su propia casa, 80% casados y su situación laboral era: 54% jubilados, 20% amas de casa y 13% empleados. Todos los pacientes estaban tratados con levodopa, agonistas o tratamiento combinado. El tamaño muestral fue de 387 casos, de los cuales 98,97% fueron totalmente computables. El rango de puntuaciones observado fue 2-40 (teórico, 0-43); la distancia entre media y mediana 0,73%; el efecto suelo y techo 0,26% (ambos), con una asimetría (skewness) $-0,44$ (rango estándar: -1 a $+1$). El alfa de Cronbach resultó 0,83 (umbral mínimo para grupos, 0,70) y el coeficiente de homogeneidad, 0,33 (estándar: $> 0,30$). La escala mostró una correlación moderada con el ítem "Cognición" del CISIPD ($r = -0,50$), así como con la edad del paciente, edad de inicio de la enfermedad y nivel educativo ($r = 0,33-0,45$). El análisis factorial (componentes principales, varimax) identificó dos factores que explicaban el 52 % de la varianza: el factor 1 agrupaba los ítems relacionados con memoria (ítems 1, 2 y 10) y el factor 2 los restantes. El SEM fue de 3,00.

Conclusiones: La SCOPA-Cog es una medida de aplicación sencilla y relativamente rápida (15-20 minutos), aceptable, consistente, válida y precisa para valorar el estado cognitivo en los pacientes con EP.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, Ref.: EPY1271/05 y SEPY 1119/07.

DETERMINACIÓN DE LA EXHAUSTIVIDAD DE DIFERENTES FUENTES DE DATOS UTILIZADAS EN VERIFICACIÓN DE CASOS DE DIABETES

L. Arriola, J.M. Altzibar, M. Dorronsoro, D. Gavrilá, M.J. Tormo, M.E. Pérez, N. Egúes, E. Ardanaz, A. Barricarte, et al

Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa. CIBERESP; Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. CIBERESP; Instituto de Salud Pública de Navarra. CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: El proyecto InterAct, basado en el consorcio de cohortes europeas EPIC (European Prospective Investigation on Cancer), investiga la asociación entre factores ambientales y genéticos y la incidencia de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Una de las primeras acciones en InterAct ha sido identificar y validar DM2 incidentes en las cohortes. El objetivo de este estudio es conocer la exhaustividad y el nivel de dependencia de fuentes de datos utilizadas en identificación de casos de DM2 en 3 de las 5 cohortes EPIC españolas, Gipuzkoa, Murcia y Navarra.

Métodos: Se utilizó el método captura-recaptura de las fuentes: Registro de Altas hospitalarias a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD): Casos DM2 todos los códigos CIE-9-MC 250 (excepto DM1), y/o código CIE-9-MC 790.2. Atención Primaria (AP): Códigos CIAP T90 u T89 del OMI-AP en Navarra y Murcia y del 3S-OSABIDE código 250, excepto DM1 en Gipuzkoa. Prescripciones de Antidiabéticos Orales y/o Insulina (PRES): Murcia y Gipuzkoa a través de OMI-AP y 3S-OSABIDE, Navarra del Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. Todos los individuos con prescripción del grupo terapéutico A10. Se analizaron las fuentes de datos a pares para detectar diferencias en las estimaciones y la dependencia. Se definieron las hipótesis y se eligió la que mejor se ajustaba, calculándose la exhaustividad. Se utilizó el SPSS y el procedimiento captura-recaptura del módulo de Vigilancia en Salud Pública del EPIDAT versión 3.1.

Resultados: Se validaron 1.794 casos con DM2 de las tres cohortes ($n = 25.017$) y con el CMBD, AP y PRES se identificaron el 97%. PRES-CMBD detectó un número de casos muy diferente. Al analizar la dependencia se obtuvo una OR: 0,63 IC 95% (0,52-0,76) mostrando dependencia negativa. La exhaustividad asumiendo dependencia entre CMBD-PRES fue de 86% para AP, 40% para CMBD y 49% PRES. La suma de AP-PRES obtuvo una exhaustividad del 93% y las 3 el 96%.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones, el método es útil para estimar la exhaustividad de las fuentes utilizadas en la identificación de casos de DM2. AP es la fuente más exhaustiva y la menor es el CMBD debido probablemente a que la DM2 se maneja en AP. Destaca la baja exhaustividad de prescripciones cau-

sada por los DM2 tratados con dieta. Utilizando las tres fuentes de datos la exhaustividad fue 96% que dependiendo de los objetivos del estudio para el que se identifican los casos puede ser suficiente.

PÓSTERES II

Miércoles, 15 de octubre de 2008
16:00 a 17:00

Políticas de salud e inmigrantes

Modera: Francesca Sánchez Martínez

ÍNDICE DE PRIVACIÓN Y MORTALIDAD INFANTIL EN LAS COMARCAS DE CANARIAS

L.M. Bello Luján, et al

Dirección General de Salud Pública del Gobierno Autónomo.

Antecedentes/objetivos: Los problemas de salud no se distribuyen al azar y menos aún, tienen una frecuencia y gravedad similar en toda la población. El objetivo de este trabajo es conocer como se distribuye la mortalidad infantil (1994-2003) en las comarcas canarias según su índice de privación.

Métodos: Las defunciones se obtuvieron a partir de los microficheros de defunciones individualizados del Instituto Nacional de Estadística (INE) correspondiente a los años 1993-2003 y los nacimientos del Instituto de Estadística Canario (ISTAC). Se calculó el índice de Privación (IP) (1993-2003) de todas las comarcas de Canarias, utilizando los indicadores: Desempleo, tenencia o propiedad de vivienda, analfabetismo, e ingreso disponible medio por persona utilizando el padrón municipal como fuente de información. $IP_{pri} = \text{índice de privación relativa}$, $I = \text{espacio poblacional}$ $X_i = \text{valor alcanzado por el área que se analiza}$ $Máx X_i = \text{valor máximo alcanzado por un indicador}$ $Mín X_i = \text{valor mínimo alcanzado por el PRP/N}$ [Sumatorio de la Privación \sum indicador $Pri = \text{Max} X_i - X_i / \text{Max} X_i - \text{Min} X_i$ $IP_{PRPG} = \text{Relativa Promedio}$] El indicador de salud seleccionado fue la tasa de mortalidad infantil (1993-2003) en cada una de las comarcas canarias. Se establecieron tres índices de primación según tercil de mayor a menor índice. Se calculó el riesgo relativo entre el tercil de peor índice de privación con relación al de mejor índice de privación.

Resultados: El tercil inferior o (peor condiciones de vida) $ip = 0,55$ con una tasa de $MI = 6,5 \cdot 1000 \text{ nv}$; el tercil de mejores condiciones de vida ($ip = 0,34$) con una tasa de MI de 4,8. El RR entre ambos tertiles fue de 1,3 ($p < 0,002$).

Conclusiones: Las mejores condiciones de vida (menor nivel de privación) determinan una mejor tasa de mortalidad infantil que coincide con las comarcas de mayor desarrollo turístico y mayor pujanza económica.

EFICIENCIA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA VACUNA TETRAVALENTE FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE CÉRVIX

S. Pérez Cachafeiro, A. Salgado Barreira, M.J. Purriños Hermida, et al
Centro Nacional de Epidemiología; Fundación IDICHUS.

Antecedentes/objetivos: Actualmente, la implantación de una nueva medida sanitaria debería ir acompañada de una evaluación económica. En el caso de la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH), se han realizado numerosas evaluaciones económicas a nivel de países. Sin embargo, en España existen datos epidemiológicos relativos al cáncer de cérvix a nivel regional. De esta forma, sería posible realizar una evaluación independiente en cada una de las Comunidades Autónomas que ponga de manifiesto si la medida es realmente eficiente en todo el país. El objetivo de

este trabajo es evaluar la eficiencia en términos de coste-utilidad de la vacuna tetravalente frente a la mortalidad por cáncer de cérvix por Comunidad Autónoma y a nivel global en España.

Métodos: Se diseñó un modelo en EXCEL® con datos de mortalidad y tamaño poblacional por Comunidad Autónoma a 2006 (INE), y datos de eficacia vacunal y costes publicados previamente. Se siguieron dos cohortes de niñas entre 11 y 14 años hasta los 100 años, una con vacunación y otra sin vacunación. Para evitar sesgos debido a incertidumbres en el modelo se realizó un análisis probabilístico de sensibilidad.

Resultados: Además de un coste-utilidad global a nivel nacional de 23.370 euros/AVAC (rango: 14.798-36.835); nos encontramos con una eficiencia máxima de 10.515 euros/AVAC (rango: 6.644-16.602) en el Principado de Asturias y una eficiencia mínima de 60.086 euros/AVAC (rango: 38.086-94622) en la Comunidad Navarra.

Conclusiones: Diferencias en hábitos sexuales entre poblaciones o diferencias en la eficacia de programas de cribado dan lugar a variaciones en la mortalidad por cáncer de cérvix que afectan a los resultados de la evaluación económica vacunal por Comunidad Autónoma. Esto debería ser tenido en cuenta por los decisores. Una evaluación económica global implica asumir la homogeneidad del país, pudiendo dar lugar a inequidades territoriales que se ponen de manifiesto al realizar un análisis específico por región.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA COINFECCIÓN VIH/VHC EN CORIS SEGÚN LUGAR DE ORIGEN

S. Pérez Cachafeiro, A.M. Caro, J. Berenguer, P. Labarga, J.A. Pineda, J.M. Miró, J. del Amo, S. Moreno, y CoRIS, et al
Red de Investigación en Sida.

Antecedentes/objetivos: Los objetivos de este trabajo son (i) describir la prevalencia por lugar de origen de la coinfección por VIH/VHC; y (ii) evaluar los factores de riesgo asociados a dicha coinfección por lugar de origen.

Métodos: La cohorte de la Red de Investigación en Sida (CoRIS) es una cohorte prospectiva, abierta y multicéntrica de pacientes adultos con infección VIH sin tratamiento antirretroviral previo, atendidos en 19 hospitales de 9 CCAA desde enero 2004 a mayo 2007. Se analizó la prevalencia basal de coinfección por VHC a nivel global y estratificado por lugar de origen. Se buscan asociaciones crudas y ajustadas mediante regresión logística múltiple con sexo, edad, década de nacimiento, vía de infección, coinfección por VHB y nivel de estudios (clasificado como con o sin estudios).

Resultados: Se dispone de datos basales de VHC de 2703 pacientes. La prevalencia global de coinfección por VIH/VHC en el momento de inclusión en CoRIS es 24,16% (IC 95: 22,54-25,77). Por lugar de origen, los sujetos del Europa del Este y Rusia tienen mayor prevalencia (51,02%; IC 95: 36,87-65,17) seguidos de los españoles (28,92%; IC 95: 26,88-30,95) mientras que los de África subsahariana (10,06%; IC 95: 5,37-14,76) y Latinoamérica (5,66%; IC 95: 3,41-7,92) presentan prevalencias menores. La coinfección en españoles está asociada a ser Usuario de drogas por vía parenteral (UDVP) (OR 42,14; IC95: 26,40-67,26), haber nacido en la década de los 60 (OR: 5,10; IC95: 2,21-11,80) tener anticuerpos frente al core (AChBc) del VHB (OR 2,17; IC95: 1,51-3,12), y a no tener estudios (OR 1,83; IC95: 0,97-3,46, $p = 0,063$). En latinoamericanos, la coinfección por VIH/VHC se asocia a ser UDVP (OR 47,64; IC 95: 7,68-295,64), tener entre 31 y 40 años (OR 5,43; IC 95: 1,27-23,14) y a no tener estudios. (OR 4,31; IC95: 1,01-18,29). En sujetos de África subsahariana, los nacidos más recientemente presentan menor riesgo de coinfección, $p = 0,0016$ sólo en análisis crudos. En los europeos del Este se encuentran asociaciones crudas con ser UDVP (OR 29,75; IC95: 1,86-475,57) y AChBc (OR 5,31; IC95: 1,32-21,37).

Conclusiones: La prevalencia de coinfección VIH/VHC en CoRIS es del 24% y varía de forma significativa con el país de origen siendo más elevada en las personas de Europa del Este y de España y menor en personas de América Latina y África Subsahariana. Independientemente del lugar de procedencia, el uso de drogas inyectadas es el principal factor de riesgo, seguido de la ausencia de estudios.

Financiación: ISCIII-RETIC RD06/006.

INCIDENCIA DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN POBLACIÓN INMIGRANTE

P. Godoy, T. Puig, A. Artigues, C. de Vera, P. Bach, A. Gort, D. Estallo, J. Torres, M. Alesdà, et al

Servicios Territoriales de Salud de Lleida; Hospital Universitario Arnau de Vilanova; Hospital de Santa Maria de Lleida.

Antecedentes/objetivos: Estimar la incidencia de nuevos diagnósticos de la infección por el VIH y determinar los factores asociados a los casos en el grupo de inmigrantes.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de la incidencia anual de nuevos diagnósticos de la infección VIH para el período 2001-2007. La población del estudio fueron los residentes en la provincia de Lleida y los pacientes del estudio se detectaron mediante un sistema de declaración voluntario de nuevas infecciones. Para cada caso nuevo se realizó una encuesta epidemiológica. Las variables del estudio fueron: edad, sexo, país de origen, grupo de transmisión, pruebas anteriores del VIH negativas, fecha del primer diagnóstico VIH positivo, estadio clínico. Se calculó la incidencia por 100.000 personas-año. La asociación de la variable dependiente, infección VIH en inmigrante, con el resto de variables del estudio se determinó con la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. La existencia de diferencias χ^2 y la t de χ estadísticamente significativas se determinó con la prueba de Student con un grado de significación (p) inferior a 0,05.

Resultados: Se detectaron 288 nuevas infecciones, de ellos, el 67,7% eran hombres (195/288), la media de edad fue de 36,6 años (DE = 10,9), un 56,9% procedía de otro país (165/288), el 62,2% pertenecía al grupo de transmisión heterosexual (179/288), el 12,5% a usuarios de drogas vía parenteral (36/288) y el 9,7% al grupo de transmisión homosexual (28/288). Un 61,9% eran totalmente asintomáticos en el momento del diagnóstico (172/288). La tasa de incidencia anual fue de 10,6 por 105 hab (IC 95% 8,0-14,3) y fue muy superior en lo inmigrantes (74,5; IC 95% 47,6-108,3) respecto a los autóctonos (5,0; IC 95% 3,1-7,9). Los inmigrantes respecto al resto de casos presentaron una edad inferior al diagnóstico ($p < 0,01$). Además la infección VIH en inmigrantes fue más frecuente en el grupo de transmisión heterosexual (OR = 2,2; IC 95% 1,3-3,6) y tenían una probabilidad superior de estar coinfectados por el VHB (OR = 6,8; IC 95% 1,4-43,5). En cambio presentaron una probabilidad inferior de ser UDVP (OR = 0,1; IC 95% 0,1-0,3), estar en estadio sida (OR = 0,6; IC 95% 0,3-1,0) de tener una prueba previa de infección por el VIH (OR = 0,3; IC 95% 0,1-0,6), y estar coinfectados por el VHC (OR = 0,1; IC 95% 0,1-0,3).

Conclusiones: La incidencia de nuevas infecciones se considera elevada especialmente en inmigrantes. Se debería mejorar el acceso a las pruebas de detección y reforzar las actividades preventivas para evitar la transmisión heterosexual por el VIH especialmente en población inmigrada.

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS DEL CÁNCER DE MAMA EN EL CRIBAJE POBLACIONAL DE GIRONA

M.T. Faixedas, M. Carreras, R. Marcos-Gragera, L. Vilardell, E. Molins, S. Riera Raaijmakers, R. Martín Pous, J. Trisan Sabrià, M. Bou Mas, et al
Servei Català de Salut; Curs de Diplomada de Sanitat; Institut d'Assistència Sanitària; Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Girona, Institut Català d'Oncologia.

Antecedentes/objetivos: Analizar los factores pronósticos del cáncer de mama en la mujeres diagnosticadas a través del programa de cribado poblacional de Girona (1999-2006).

Métodos: Diseño: Estudio observacional descriptivo. Pacientes: Mujeres diagnosticadas de cáncer de mama a través del programa de cribado poblacional de la Región Sanitaria Girona entre 1999 y 2006. Método: Se revisaron las historias clínicas para obtener información sobre los principales factores pronósticos del cáncer de mama: edad en el momento del diagnóstico, tamaño del tumor, estadio patológico (TNM), positividad a receptores (estrógenos, progesterona y HERB2), tipo de tratamiento quirúrgico, número de ganglios extirpados y positividad de los mismos, marcaje del ganglio centinela, tipo de tratamiento post quirúrgico (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia), y intervalo de tiempo entre el diagnóstico anatomopatológico y el tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se han revisado las historias clínicas de 350 pacientes(*) entre 50 y 69 años, diagnosticadas de cáncer de mama a través del cribado poblacional y que correspondían a 3 rondas y a 6 unidades de diagnóstico radiológico. Los casos de cáncer de mama diagnosticados a través del Programa de Detección Precoz del CM suponen el 40% de todos los casos de cáncer de mama (50-69 años), diagnosticados en la Regió Sanitària Girona. El 33% de los tumores tenían un diámetro inferior a 10 mm. El 7,6% eran tumores in situ y el 15,5% eran estadios II+, el 75,2% eran ganglios negativos. La mediana de ganglios extirpados fue de 15. La mediana del intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento fue de 30 días. La supervivencia observada a los 5 años en las mujeres diagnosticadas a través del programa fue del 93,9%, siendo estadísticamente superior a la supervivencia de las mujeres diagnosticadas fuera del programa (80,5%).

Conclusiones: Los factores pronósticos de las mujeres diagnosticadas a través del PDCM de la Regió Sanitària de Girona durante el período 1999-2006, son equiparables a los recomendados por la Guía Europea de Cribado del cáncer de mama.

ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE DE CATALUNYA: ENCUESTA DE SALUD 2006

R. Puigpinós, R. Villegas, M. Rodríguez, M. Pons, C. Borrell, et al
Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: Conocer el estado de salud y sus determinantes de la población inmigrante y compararla con la de los autóctonos residentes en Catalunya durante el 2006.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta a una muestra representativa de 18.126 personas, incluyéndose en este trabajo solo los adultos ($n = 15.926$). Las variables dependientes fueron: mala salud, salud mental, utilización de servicios y prácticas preventivas. La independiente el lugar de origen: autóctonos nacidos en Catalunya (AC) y fuera de Catalunya (EE), inmigrantes de países desarrollados (PD) e inmigrantes de países en vías de desarrollo (PVD). Se estratificó por sexo y clase social agrupada en no manuales (I, II y III) y manuales (IV y V) a partir de la ocupación. Se calcularon porcentajes estandarizados por edad por el método directo, siendo la población de referencia el total de la muestra y las razones de probabilidad (RP) entre las clases manuales y no manuales y sus intervalos de confianza al 95% para medir el grado de desigualdad.

Resultados: Hombres y mujeres de PVD y del EE de ambas clases sociales, declaran peor salud a excepción de los hombres no manuales, presentado además desigualdades de clase significativas en los hombres con una RP = 2,5 (IC 95%: 1,07-5,85). Los hombres de PVD y de ambas clases presentan peor salud mental (16,9% y 12,9% respectivamente) al igual que las mujeres de clase no manual (13,9%) y se observan desigualdades de clase no significativas tanto en hombres (RP = 1,32; IC 95% = 0,50-2,93) como en mujeres (RP = 1,37; IC 95% = 0,53-3,59). Los hombres han visitado al médico de cabecera en menor medida que los nacidos en EE, pero más que los otros grupos, mientras que en las mujeres las de PVD son las que menos han visitado al médico de cabecera (70,2% frente a 76,1% las de EE). En todos los casos son los que menos han acudido al dentista pero por el contrario, son los que más han acudido a urgencias. En las visitas al ginecólogo, las mujeres de PVD han acudido menos que las autóctonas pero más que las de PD y se observan desigualdades en todos los grupos de países, si bien en menor medida que en los otros grupos (RP = 1,04; IC 95% = 0,79-1,37). Las mujeres de PVD se hacen menos controles mamográficos y citológicos que las autóctonas pero más que las de PD, observándose además desigualdades de clase si bien en menor medida que en el resto de grupos.

Conclusiones: Las personas de PVD en general presentan peor salud, utilizando los servicios sanitarios en consonancia, si bien realizan menos prácticas preventivas. Acuden más a urgencias, lo cual podría explicarse por el hecho migratorio, las barreras percibidas, el desconocimiento del sistema sanitario y la mayor accesibilidad a los servicios de urgencias. Una vez más se constata la presencia de desigualdades.

PATOLOGÍA CRÓNICA EN POBLACIÓN INMIGRANTE. PREVALENCIA ESTIMADA A PARTIR DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M.D. Esteban Vasallo, M.F. Domínguez Berjón, J. Astray Mochales, R. Génova Maleras, A. Pérez Sania, L. Sánchez Perruna, M. Aguilera Guzmán, G. Rivas Costa, E. Polentinos Castro, et al

Servicio de Informes de Salud y Estudios; Dirección General de Atención Primaria, Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Estimar la prevalencia de problemas de salud crónicos en población inmigrante, y compararla con la de autóctonos, a partir de la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria (HCEAP).

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se analizaron todos los episodios de enfermedad registrados en la HCEAP con algún apunte en 2005 y/o 2006 (23 millones) de la población mayor de 15 años atendida por el Sistema Sanitario público de la Comunidad de Madrid (95% de los 5.125.957 habitantes tenían acceso al mismo). Se consideró patología crónica la incluida habitualmente en la pregunta de problemas crónicos de las encuestas de salud. Se estimaron las prevalencias en inmigrantes y autóctonos por edad y sexo y ajustadas por edad (población estándar europea). La significación estadística de las diferencias se evaluó con la prueba ji-cuadrado.

Resultados: El 65,2% de la población inmigrante adulta con Tarjeta Individualizada Sanitaria tuvo algún apunte en la HCEAP. Tras ajustar por edad, el 40,9% presentó algún problema crónico de salud (53,4% en población autóctona) siendo más frecuentes en mujeres y a mayor edad y en población de origen africano. Las patologías de mayor prevalencia en extranjeros fueron la alergia (10,1%), lumbalgia (9,1%), problemas crónicos de piel (6,7%) y patología mental (6,4%). Las prevalencias de las distintas patologías ajustadas por edad, fueron inferiores a las de la población española (salvo en cefalea: 5,2% frente a 4,6%), siendo su distribución según edad y sexo similar. En los grupos más jóvenes, los extranjeros presentaron prevalencias superiores a los autóctonos en cefalea en ambos sexos, lumbalgia y úlcera en hombres y anemia, estreñimiento y varices en mujeres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Conclusiones: La prevalencia total de patología crónica en población inmigrante estimada mediante HCEAP es inferior a la de la población autóctona, así como la específica de la mayoría de las patologías analizadas. Esto podría ser en parte explicable por el efecto del inmigrante sano, así como por el infradiagnóstico que podría estar afectando a este grupo. La HCEAP es una excepcional fuente de información sobre morbilidad atendida por su carácter continuo y homogéneo, y su alcance poblacional.

USO DE LOS ESPACIOS DE VENOPUNCIÓN ASISTIDA Y COMPORTAMIENTO DE RIESGO ENTRE LOS INYECTORES

G. Barrio. M.J. Bravo, M.T. Brugal, A. Domingo-Salvany, L. de la Fuente, J. Pulido, G. Molist, M. Neira, G. Itinere, et al

Universidad Complutense de Madrid; CIBERESP; Agencia de Salud Pública de Barcelona; IMIM; Centro Nacional de Epidemiología.

Antecedentes/objetivos: Los espacios de venopunción asistida (EVA) constituyen una estrategia innovadora de reducción de daños que está implementada en algunos países de UE, Australia y Canadá. En España existen en Madrid, Barcelona y Bilbao, pero no hay estudios de evaluación. Se plantea estudiar el uso de EVA como predictor de prácticas de inyección segura.

Métodos: Estudio transversal anidado en una cohorte de consumidores de heroína de 18-30 años (Proyecto Itinere), reclutados por procedimientos de referencia en cadena fuera de los servicios asistenciales. Entrevista cara a cara con cuestionario semiestructurado asistido por ordenador. Se seleccionaron 249 participantes (Madrid, 112 y Barcelona, 137) que se habían inyectado. Se definen dos indicadores de inyección sin riesgo: "no haberse inyectado nunca con jeringuillas usadas antes por otro" y "no haber compartido materiales para preparar la sustancia". Se compararon las características de quienes habían acudido a estos dispositivos y quienes no. Se construyeron dos modelos de regresión logística para evaluar el efecto independiente de la variable de interés, estimándose las OR y sus intervalos de confianza al 95%.

Resultados: El 39,3% de los participantes uso este recurso. Quienes lo habían hecho eran sobre todo hombres, con actividades marginales como principal fuente de ingresos, que se habían inyectado frecuentemente, sobre todo speed-ball, sin domicilio fijo, con un menor nivel educativo y que habían estado más en prisión. En el análisis multivariante el usar EVA estuvo asociado con no inyectarse con jeringuillas usadas (OR = 3,10, CI 95%: 1,36-7,09). Sin embargo, dicha variable no estuvo significativamente asociada con compartir materiales (OR = 1,19, CI 95%: 0,60-2,37). Además, no inyectarse con jeringuillas usadas se encontró asociado con obtener todas las jeringuillas en los programas de intercambio (OR = 2,70, 1,05-6,92, no haber estado nunca en prisión (OR = 2,70; 1,05-6,93) e inyectarse esporádicamente OR = 3,14; 1,42-6,95) mientras que no compartir indirectamente lo estuvo con obtener todas las jeringuillas en programas de intercambio (OR = 3,22; 1,43-7,23), ser mayor de 25 (OR = 2,31; 1,11-4,81) y ser VIH negativo (OR = 3,17; 1,64-6,14).

Conclusiones: Los EVA atraen sobre todo a los inyectores más fuertemente desfavorecidos quienes, sin embargo, tienen menos conductas de inyección con riesgo. Debe ponerse especial atención en la prevención de compartir los materiales de preparación de la sustancia para inyección.

Financiación: FIPSE 3035/99 y CIBERESP AE08_008.

MORTALIDAD POR CAUSA EXTERNA EN RESIDENTES DE OTROS PAÍSES EN ESPAÑA, 1999-2005

R. Fernández-Cuenca, A. Llácer Gil de Rames, et al

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: De 1999 a 2005 los extranjeros residentes en España se quintuplicaron y sus 3,731 millones de personas suponían el 8,5% de la población. Excepto los procedentes de la Unión Europea, la mayoría podían considerarse inmigrantes económicos, con una joven pirámide de población. Datos al inicio del período apuntaban la mayor importancia relativa de las causas externas en su mortalidad, comparada con la española. El objetivo de este estudio es caracterizar la mortalidad por causa externa entre la población residente no española y su evolución.

Métodos: Se procesaron los ficheros de defunciones según causa (INE) de 1999 a 2005. Los fallecidos de otra nacionalidad, residentes en España, se agruparon en 5 zonas geográficas: Unión Europea (UE), Otros Europa (OE), África, América y Asia & Oceanía. Se tabularon 13 causas externas por la lista reducida del INE del capítulo XX de la CIE10. Se calcularon tasas específicas en 5 grupos etarios, por sexo y zona, por 100.000 residentes, según datos padronales. Se calculó la mortalidad proporcional por causa y edad y la tendencia lineal en el período.

Resultados: En los siete años se produjeron 43567 defunciones en residentes no españoles. Un 62% eran de la UE. El 15% fueron debidas a causa externa, con diferencias por zona y sexo: constituían el 44% de las producidas en hombres africanos frente al 10% en mujeres asiáticas. La tasa media fue 68 en hombres y 20 en mujeres, máxima (91,8) en hombres OE y mínima (12,2) en mujeres asiáticas. La distribución etaria variaba: zonas con un pico de mortalidad en hombres de 15-24 años (tasas de 117 en OE y 93 en África); otras con un aumento progresivo de la mortalidad por edad (UE) y alguna con tasas semejantes en jóvenes y adultos (América). Sin excepción, había sobremortalidad masculina en todas las edades y zonas, máxima de 25 a 44 años en la UE con un cociente de masculinidad de 5,3. El patrón de causas era consistente y tres causas representan, en ambos sexos, la mitad o más de todas las defunciones: accidentes de tráfico, otros accidentes y suicidio (en ambos sexos en EU y Otros Europa y en mujeres americanas) u homicidio (africanos de ambos sexos y hombres americanos). En los hombres de todas las edades, el método más frecuente de suicidio era el ahorcamiento y en las mujeres, el salto desde gran altura. En todo el período las causas externas en esta población han tenido una tendencia descendente, global e individualmente. Se presentan los datos más relevantes comparativamente con los correspondientes a la población española.

Conclusiones: En aquellas Comunidades donde se concentra esta población, convendría analizar la mortalidad por causa externa de forma diferenciada según origen, a efectos de intervención.

DIFERENCIAS EN LA UTILIZACIÓN DEL MÉDICO GENERAL ENTRE LA POBLACIÓN INMIGRANTE/AUTÓCTONA

B. Sanz, S. Galindo, J.M. Díaz Olalla, L. Lostao, C. Pascual, E. Sánchez, E. Regidor, et al

Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII; Instituto Salud Pública. Ayto. Madrid; Dpto. Sociología, Univ. Pública Navarra; Servicio Medicina Preventiva, Hosp. San Carlos Madrid; Dpto. Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, UCM.

Antecedentes/objetivos: El objetivo de este trabajo es estudiar si en España existen diferencias en el uso del médico general entre la población inmigrante y la población autóctona, independientemente de las características socioeconómicas y del estado de salud.

Métodos: Estudio transversal. Datos: Encuesta de Salud de Cataluña-2006, Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid-2005, Encuesta de Salud de Canarias-2004 y la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana-2005. Población de estudio: adultos mayores de 15-16 años de edad. Variable independiente principal: procedencia de los entrevistados. Esta se analizó agrupada en dos categorías –España y fuera de España– y en 6 categorías: España; Occidente-Europa Occidental, Estados Unidos y Canadá; Europa del Este; América Central-Sur; África y Asia y Oceanía. Variables de control: variables sociodemográficas; socioeconómicas y de estado de salud. Análisis: a) % de individuos que utilizó los servicios del médico general según el lugar de origen. b) asociación entre el lugar de origen y la consulta al médico general. Se calcularon, razón de porcentajes (RP) y su intervalo de confianza al 95% por medio de regresiones binomiales.

Resultados: Tras ajustar por variables sociodemográficas, socioeconómicas y estado de salud, se observa que el uso de los servicios del médico general en la población inmigrante es muy similar o ligeramente inferior al de la población española. La RP es significativa en Canarias [0,90 (0,84-0,98)] y en Valencia [0,97 (0,94-0,99)]. Cuando comparamos las diferentes categorías de población inmigrante se encontraron diferencias significativas en el uso del médico general en la población procedente de países occidentales en Canarias [0,74 (0,60-0,91)]; la población de Europa del Este en Valencia [0,85 (0,76-0,96)], la población africana en Cataluña [0,61 (0,41-0,90)] y en Madrid [1,57 (1,08-2,30)] y la población procedente de Asia y Oceanía en Cataluña [0,61 (0,41-0,90)].

Conclusiones: La heterogeneidad observada entre ámbitos geográficos, en los diferentes grupos de población inmigrante, podría indicar que las dificultades para acceder al sistema sanitario que tiene la población inmigrante se relaciona, más que con barreras del sistema sanitario, con características de los grupos de inmigrante en las diferentes regiones: tiempo en España, movilidad, etc. Es posible que las medidas socioeconómicas no reflejen adecuadamente la situación de la población inmigrante y que la autopercepción de salud no refleje la verdadera carga de enfermedad dado la subjetividad de la misma.

Financiación: Promovido por la Fundación de Ciencias de la Salud.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE INTRODUCCIÓN DE UNA ENFERMEDAD EN ESPAÑA: ENFERMEDAD POR VIRUS DE CHIKUNGUNYA

M. Cortés García, M.J. Sierra Moros, P. Santa Olalla Peralta, I. Pachón del Amo, A. Limia Sánchez, C. Amela Heras, et al

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES). Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Antecedentes/objetivos: Desde los años 70 se han detectado más de 30 nuevas enfermedades infecciosas antes desconocidas. La aparición del SARS en 2003 supuso una amenaza para la seguridad sanitaria mundial. En 2005 la Asamblea Mundial de la OMS aprobó el Reglamento Sanitario Internacional que aporta un nuevo paradigma para hacer frente a las amenazas de salud pública. La mayoría de las enfermedades emergentes son zoonosis transmitidas por vectores, que se importan a los países desarrollados. Los factores asociados son: el aumento en el número de viajes y el turismo, la migración, el movimiento de animales, y las importaciones de mercancías, así como cambios en la distribución de los vectores favorecidos por el proceso de urbanización que genera ecosistemas que permiten el establecimiento del vector, y el aumento de temperaturas. Ejemplos son la llegada a EEUU del virus de West Nile en 1999 y el brote en Italia de Enferme-

dad por virus de Chikungunya (EvC) ocurrido en 2007. Mediante la evaluación sistemática del riesgo de potenciales amenazas se define la probabilidad de aparición de las mismas y sirve de base para elaborar los Planes de Preparación y Respuesta y anticiparse o evitar las crisis sanitarias. En este trabajo se va a describir el abordaje sistemático para la evaluación del riesgo de posibles amenazas de salud pública.

Métodos: La Agencia de Protección de la Salud de Reino Unido ha desarrollado modelos para evaluar el riesgo. Utilizaremos la EvC, para calcular: la probabilidad de que un agente infeccioso se transmita entre la población española y el impacto en salud en términos de morbi-mortalidad. Este método requiere el trabajo de un panel de expertos en cada factor determinante, en este caso microbiólogos y entomólogos, para resolver los flujos definidos en los algoritmos.

Resultados: En España se detectan casos importados anualmente, existe un vector eficiente para la transmisión de la infección (*Aedes albopictus*) en zonas urbanas y periurbanas, las condiciones climáticas son favorables para su presencia prolongada y la población es susceptible. Por ello, la probabilidad de transmisión de la EvC en España es moderada y limitada a las áreas en donde el vector está presente. El impacto en la salud de la población es potencialmente bajo, aunque dependerá de la densidad del vector.

Conclusiones: Las evaluaciones del riesgo facilitan una gestión ágil de las alertas y las crisis sanitarias. Trabajar con expertos garantiza decisiones apoyadas en evidencias científicas y medidas de prevención y control de la mayor efectividad posible.