

Métodos: Se dispone de datos de dos estudios de cohortes multicéntricos de sujetos prevalentes al VIH, CoRIS-MD (1997-2003) y CoRIS (2004-2006). Se incluyeron a todos los sujetos naïve, que tenían al menos una medición de CD4 a la entrada, y que no habían desarrollado TBC en los dos primeros meses de entrada en los análisis. Para cada paciente, el seguimiento empezó 2 meses después del primer recuento de CD4 y terminó con un diagnóstico de TBC, muerte o censura administrativa (diciembre de 2003 para Coris-Md y noviembre 2006 para Coris) o tras 12 meses sin visita clínica, lo que primero ocurriese. Se calcularon las tasas de incidencia de TBC (IR). Para estimar el efecto de cART en la incidencia de TBC se ajustó un modelo de regresión de Cox no ponderada con una variable tiempo-dependiente indicador de uso de cART y variables basales (CD4, edad, sexo, uso de drogas intravenosas [UDI]). También se ajustó un modelo de Cox ponderado por el inverso de la probabilidad de ser tratados, que bajo la asunción de ausencia de confusión estima los riesgos relativos (HR) de un modelo marginal estructural (MME).

Resultados: 3.354 sujetos cumplieron los criterios de inclusión y 36 desarrollaron una TBC en los 7,242 años de seguimiento (4,97 por 1.000 personas-año). Los UDI mostraron tasas de TBC ligeramente mayores que no eran estadísticamente significativas. Las tasas de TBC se asociaron inversamente con el CD4 basal y aumentaban con la edad. El (HR) crudo de cART frente a no cART fue de 1,07 (IC 95% 0,55-2,06) que se redujo a 0,73 (IC 95% 0,35-1,53) al ajustar por las variables basales (CD4, edad, sexo, categoría de transmisión) y a 0,78 (IC 95% 0,8-1,58) al controlar por CD4 cambiantes en el tiempo. Tras el ajuste del modelo para obtener la probabilidad de tratamiento en cada mes para calcular los pesos del MME, se observó la necesidad de truncar los mismos obteniendo un efecto de cART de 0,61 (IC 95%: .27-1,51) que fue de 0,77 (IC 95%: 0,26-2,26) en los UDI y de 0,61 (IC 95%: 0,16-2,26) en el resto.

Conclusiones: Aunque no se alcanza la significación estadística, los resultados sugieren que cART reduce la incidencia de TBC en personas infectadas por VIH. MEM permiten refinar las estimaciones aunque el exceso de variabilidad detectado en los pesos indique que el modelo de probabilidad de tratamiento puede no estar bien especificado.

CARACTERIZACIÓN DE LAS PÉRDIDAS AL SEGUIMIENTO DE LA COHORTE DE LA RED DE INVESTIGACIÓN EN SIDA

I. Jarrin, P. Sobrino, A.M. Caro, P. Viciano, C. Tural, D. Podzamczar, M. Riera, J. del Amo, et al

ISCI; H. Virgen Rocío; H. Germans Trias i Pujol; H. Bellvitge; H. Son Dureta.

Antecedentes/objetivos: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a las pérdidas al seguimiento de la cohorte de pacientes VIH positivos de la Red de Investigación en SIDA (CoRIS).

Métodos: CoRIS es una cohorte abierta, multicéntrica, de base hospitalaria, formada por pacientes adultos con infección por VIH sin tratamiento antirretroviral previo, atendidos entre enero/04 y mayo/07 (censura administrativa) en alguno de los 20 hospitales participantes. El análisis de pérdidas se restringió a los pacientes reclutados entre enero/04 y mayo/06, considerando una pérdida al seguimiento si el paciente no había ido al hospital en el último año de estudio (con posterioridad a mayo/06). Se utilizaron modelos de regresión logística multivariable para determinar las variables asociadas a ser una pérdida, utilizando métodos robustos para calcular intervalos de confianza. El análisis se realizó en Stata 10.

Resultados: De los 2.954 individuos de CoRIS, 2.306 se incluyeron en el análisis. La mayoría de los individuos eran hombres (77%), españoles (71%), homo/bisexuales (38%) o heterosexuales (37%) y tenían estudios primarios (33%). A la entrada en la cohorte, la mediana de edad fue de 36 años (RI: 30-42) y el 61% de los individuos estaban en estadio asintomático o de primoinfección. En el seguimiento, 462 (20%) desarrollaron sida, 1.474 (64%) iniciaron TARGA y 58 (2%) murieron. El porcentaje de pérdidas al seguimiento fue del 23% (IC 95%: 21-25). Los usuarios de drogas tenían dos veces más riesgo de perderse en el seguimiento que los hombres homo/bisexuales (OR: 2,23; IC 95%: 1,36-3,64). Los individuos sin estudios (OR: 3,61; IC 95%: 2,00-

COMUNICACIONES ORALES V

Viernes, 17 de octubre de 2008

12:30 a 14:30

VIH-sida II

Modera: Jesús Castilla

EFFECTO CAUSAL DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL COMBINADA EN LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN PERSONAS INFECTADAS POR VIH

S. Pérez-Hoyos, J. del Amo, I. Jarrin, J. Iribaren, J. López-Aldeguer, A. Peña, S. Moreno, M.A. Hernán, et al
EVES; CIBERESP; CoRIS.

Antecedentes/objetivos: La terapia antirretroviral combinada (cART) ha tenido un gran impacto en la reducción de la incidencia de sida pero su impacto en la Tuberculosis (TBC) no ha sido estudiado. España tiene una elevada incidencia de TBC en personas infectadas por VIH. Se analiza el efecto causal de cART en la incidencia de TBC en una cohorte de personas infectadas por VIH desde 1997 a 2006.

6,50) o con estudios primarios (OR: 2,87; IC 95%: 1,73-4,77) tenían más riesgo de ser una pérdida que aquellos con estudios universitarios. Los individuos latinoamericanos/caribeños tenían más riesgo de perderse en el seguimiento que los españoles (OR: 1,70; IC 95%: 1,09-2,64). No haber iniciado TARGA en el seguimiento aumentaba el riesgo de ser una pérdida (OR: 5,13; IC 95%: 3,88-6,78). Los individuos con un valor de CD4 < 200 (OR: 3,63; IC 95%: 2,33-5,65) o de 200-350 (OR: 1,58; IC 95%: 1,12-2,22) en última visita tenían mayor riesgo de ser una pérdida que aquellos con un valor \geq 350.

Conclusiones: La magnitud de las pérdidas al seguimiento en CoRIS es razonable. El uso de drogas inyectadas, el bajo nivel de estudios, ser latinoamericano/caribeño, no haber iniciado TARGA en el seguimiento y un nivel bajo de CD4 en la última visita aumenta el riesgo de ser una pérdida en el seguimiento. Estos resultados sugieren un posible sesgo de selección asociado a pérdidas diferenciales que infraestimaría la mortalidad global de la cohorte.

Financiación: ISCIII-RETIC RD06/006.

EVOLUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SEROCONVERTORES DE GEMES

I. Ferreros, S. Pérez-Hoyos, A. Sanvisens, J. del Amo, M. Raposo, P. García de Olalla, M. Guevara, E. Fernández, et al
EVES; CIBERESP; GEMES.

Antecedentes/objetivos: La historia natural del VIH se analiza a partir de los estudios de seroconvertidores, pero los cambios en los sujetos reclutados pueden afectar a los resultados. El objetivo de este trabajo es evaluar los cambios en las características de los sujetos infectados por el VIH integrantes de las cohortes de GEMES.

Métodos: Se utilizaron datos de 1802 seroconvertidores al VIH del proyecto GEMES para los que se dispone de una ventana de seroconversión bien datada. El calendario se dividió en 4 períodos (antes de 1990, 1990-95, 1996-2000, más de 2000) en función del momento de la seroconversión. Se consideraron las variables sexo, categoría de transmisión, nivel de estudios categorizado en 4 niveles más la categoría desconocido para aquellos de los que no disponíamos de la información, país de origen y edad a la seroconversión. Se realizó un análisis descriptivo comparando las características de los sujetos en el momento de la seroconversión según calendario utilizando la prueba ji².

Resultados: De los 1.802 sujetos, 406 (22,5%) seroconvirtieron antes de 1990, 728 (40,4%) lo hicieron entre 1991 y 1995 y 434 (24%) entre 1996 y 2000. Entre los seroconvertidores de antes de 1990, el 77% eran hombres. Para los que seroconvirtieron después del 2000, que suponen un 13% de los casos, el porcentaje de hombres llegó a ser del 89% y la mediana de edad a la seroconversión pasó de ser de 23,8 años entre los seroconvertidores de antes de 1990 a 30,6 años para los de la última etapa. Entre los seroconvertidores del segundo grupo sólo un 4% tenía estudios superiores mientras que este porcentaje llegó a ser de un 22% para los que seroconvirtieron después del 2000. En cuanto a la categoría de exposición, entre los seroconvertidores de antes de 1990 el 82% eran usuarios de drogas. Este porcentaje pasó a ser de un 59% entre los seroconvertidores del tercer grupo y disminuyó hasta un 16% entre los seroconvertidores más recientes. En contrapartida el porcentaje de hombres que mantenían sexo con hombres fue de un 15% entre los seroconvertidores de la primera etapa y ha pasado a constituir un 71% entre los que seroconvirtieron con posterioridad al 2000. Finalmente el 90% de los seroconvertidores de la primera etapa eran de origen español y este porcentaje se redujo a un 59% entre los seroconvertidores del último período.

Conclusiones: Los seroconvertidores que conforman el grupo GEMES han aumentado la edad a medida que pasa el tiempo. Así mismo también han cambiado su perfil de riesgo de ser usuarios de drogas inyectadas a ser hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Se observa también un cambio en el lugar de procedencia aumentando el número de origen no español. Estos cambios pueden estar afectando a los resultados en la progresión y habrá que tenerlos en cuenta en los análisis.

CAUSAS DE LA PRIMERA ENFERMEDAD DEFINITORIA DE SIDA Y SUPERVIVENCIA, ANTES Y DESPUÉS DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL COMBINADA

I. Ferreros, S. Pérez-Hoyos, R. Muga, J. del Amo, J. del Romero, P. García de Olalla, J. Castilla, I. Alastrue, et al
EVES; CIBERESP; GEMES.

Antecedentes/objetivos: La reducción en la mortalidad por sida desde la introducción de la cART ha sido mostrada desde la primera época de su aparición. Poco se sabe sobre si esta reducción es similar en función de la causa inicial de sida. En el presente trabajo se pretende analizar la supervivencia desde el sida en función de la disponibilidad de los tratamientos y si la reducción del riesgo es similar de acuerdo a la causa inicial de sida.

Métodos: Se dispone de 403 sujetos diagnosticados con sida, integrantes de las cohortes de GEMES. Fueron divididos en tres grupos de acuerdo a la disponibilidad de tratamientos en el momento del diagnóstico de sida: pacientes diagnosticados con sida en el período pre-cART (antes de 1997) (P1), principios de la introducción de cART (1998-2000) (P2) y consolidación de cART (2001 en adelante) (P3). La supervivencia después del primer diagnóstico de sida fue estudiada utilizando el estimador de Kaplan-Meier y la comparación de los tres períodos se hizo mediante el test del log-rank. Se utilizaron modelos de riesgos competitivos para muertes por SIDA y muertes por otra causa. Se ajustó un modelo de Cox multivariante con sexo, edad al diagnóstico de sida y categoría de exposición.

Resultados: Se diagnosticaron con SIDA a 196 (48,6%) sujetos en P1, 106 sujetos en el período P2 y 101 sujetos en P3. La mediana de edad al diagnóstico de los sujetos que fueron diagnosticados con sida en el período pre-cART fue de 28,71 años, frente a 32,15 años de los diagnosticados en P2 y 35,75 años los diagnosticados en P3. Los tres diagnósticos más frecuentes en P1 fueron la TBC pulmonar o extrapulmonar (34,7%), neumonía por *Pneumocystis carinii* (15%) y candidiasis esofágica (10,9%) y estos porcentajes pasaron a 37,1%, 12,4% y 9,3%, respectivamente, en el P3. Se observaron 201 muertes, de las que 137 eran muertes por sida. De estas últimas, el 71% tuvo lugar entre los sujetos que desarrollaron sida en el período pre-cART y 15% entre los que lo hicieron en el último período. El riesgo de muerte por sida fue significativamente menor para los que desarrollaron sida en los períodos de cART (P1 y P2) en comparación con los que lo hicieron en el período pre-cART (HR = 0,32 ,95% IC 0,21-0,47).

Conclusiones: No se ha observado un cambio significativo en la distribución de las causas de sida en los tres períodos, pero sí una disminución del riesgo de muerte en los períodos donde había disponibilidad de tratamientos. Se observa además un descenso de la mortalidad por causa relacionada por el sida.

¿QUIÉNES SE BENEFICIAN DE UN PROGRAMA NOVEDOSO QUE OFERTA LA PRUEBA RÁPIDA DEL VIH EN LA CALLE?

J. Delgado Naranjo, J. Álvarez, M.J. Belza, M. Neira, J. Hoyos, M. Suárez, L. de la Fuente, et al

SMSP Hospital de Cruces OSAKIDETZA; Madrid+; ENS Instituto de Salud Carlos III; Plan Nacional sobre el SIDA MSC; CNE Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/objetivos: Describir las principales características sociodemográficas y de comportamiento de riesgo así como la prevalencia del VIH de las personas que se realizaron la prueba rápida del VIH en un dispositivo ofertado en una céntrica calle de Madrid por la ONG Madrid Positivo.

Métodos: Estudio transversal en 2.485 personas que se realizaron el test rápido de VIH entre octubre-diciembre de 2006. Previo consentimiento informado, se realizó toma de muestra, y mientras esperaban el resultado (20 minutos) cumplimentaron un cuestionario con preguntas precodificadas y abiertas. Se empleó un Elisa comercial (Determine HIV?®), repitiéndose la prueba a los inicialmente reactivos. Los VIH+ fueron referidos a centros sanitarios para la confirmación, verificada telefónicamente. Análisis descriptivo bivariado con intervalos de confianza (IC) al 95% y test Chi² para comparar proporciones.

Resultados: El 60,9% de los participantes fueron hombres, el 72,3% tenían entre 20-34 años (77,6% en mujeres y 68,6% en hombres, $p < 0,0001$), el 76,4% eran españoles y el 16,7% de

Latinoamérica, el 47,4% con estudios superiores (54,5 en mujeres y 42,5 en hombres, $p < 0,0001$). La orientación heterosexual fue mayoritaria, 89,8% en mujeres mientras que el 37,3% de los hombres se definió como homo/bisexual. El 26% utilizó siempre el preservativo con su pareja estable y el 41,7% con las ocasionales (37,5% en mujeres y 44% en hombres, $p < 0,05$). El 61% nunca se había realizado la prueba (70,2% en mujeres y 54,6% en hombres, $p < 0,0001$). Entre los que tenían prueba previa, el 25,2% se la había realizado en los últimos 12 meses (20,7% en mujeres y 27,3% en hombres; $p < 0,05$). Se identificaron 21 personas doblemente reactivas (18 hombres y 3 mujeres), de ellas se pudo contactar con 17 (2 mujeres tuvieron resultado negativo y en 15 varones se confirmó el resultado). Asumiendo que los 4 hombres no contactados eran VIH+, la prevalencia total de VIH fue de 0,76% (IC 95%: 0,42-1,10), siendo del 0,12% (IC 95%: -0,11-0,34) en mujeres y 1,33% (IC 95%: 0,72-1,95) en hombres. En los hombres heterosexuales la prevalencia fue del 0,82% (IC 95%: 0,16-1,48) frente al 2,76% (IC 95%: 1,21-4,31) en los homo/bisexuales. La prevalencia de los homo/bisexuales latinoamericanos (7,14%; IC 95%: 1,05-13,23) fue considerablemente superior a la de los españoles (2,27%; IC 95%: 0,60-3,94).

Conclusiones: El programa capta fundamentalmente a hombres españoles, jóvenes, heterosexuales, con estudios superiores y sin prueba previa de VIH. La prevalencia de VIH en hombres homo/bisexuales latinoamericanos es la más elevada, siendo tres veces superior a la de los homo/bisexuales españoles. Financiación: CIBERESP AI08_005/2008.

el 25% de la plantilla. La metodología con el alumnado fue participativa en el 69,0% y su participación en la toma de decisiones no se dio en ningún centro. La mitad de los centros (58,6%) realizó actividades con familias; la participación activa de las familias se dio en cinco centros. Respecto a la comunidad, un tercio de los centros realizaron actividades. Se observó en la mitad de los centros un entorno saludable. Las acciones para mejorar la convivencia eran frecuentes (75,9%) y el 58,6% de centros realizaba actividades de coeducación. El 69,0% contaba con un plan de evaluación.

Conclusiones: Había una incorporación aceptable de los principios de la Escuela Promotora de Salud, pero también carencias importantes en el protagonismo del alumnado, la participación de familias y comunidad. La incorporación de la perspectiva de género era también una necesidad urgente. Estas debilidades tienen que ver, sobre todo, con la falta de una apuesta real de las autoridades gubernamentales para transformar y facilitar que los centros sean Escuelas Promotoras de Salud. Hay que tener en cuenta además que los centros de este estudio son un pequeño porcentaje de la red educativa y sus proyectos se sustentan en el trabajo voluntario de personas comprometidas.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS QUE DECLARAN USAR ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

A. Schiaffino, A. Moncada, M. López, E. Basart, A. Martín, J. Martín, et al *IMSABS. Ajuntament de Terrassa.*

Antecedentes/objetivos: Analizar las características asociadas a la declaración del uso de la AE de los adolescentes de la ciudad de Terrassa.

Métodos: Estudio transversal realizado en el año 2006 para conocer los hábitos de salud de los adolescentes de Terrassa (municipio de 204.000 habitantes cercano a Barcelona). Se seleccionó una muestra representativa de los alumnos entre 14 y 18 años ($n = 1.340$) y se les administró un cuestionario diseñado adhoc. La variable respuesta fue la declaración de la frecuencia de uso de AE (0,1 y > 1). Las variables explicativas fueron: sexo, edad, frecuencia relaciones sexuales con penetración (RSP), edad inicio RSP ($< 16/\geq 16$), nivel de estudios los padres (sin estudios, primarios, secundarios, universitarios), titularidad de la escuela (pública/concertada), situación familiar los padres (casados/separados), disponer de dinero, actividad de ocio (deporte, salir de marcha, ir al cine), país de nacimiento de la madre, relación con los padres, rendimiento escolar, uso de preservativo, intoxicación aguda de alcohol, consumo de cánnabis, consumo de otras drogas, haber trabajado temas de sexualidad e intención de rechazo de una RSP sin preservativo. Se han calculado los porcentajes de frecuencia de uso de AE en cada una de las variables explicativas. Se han utilizado modelos de regresión logística polinómica ajustados por edad, sexo y frecuencia de relaciones sexuales para comprobar la asociación entre cada una de las variables explicativas y el uso de AE. Finalmente con aquellas que eran estadísticamente significativas, se han calculado las *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95% mediante un modelo logístico polinómico multivariante.

Resultados: El 34,1% de los escolares declararon tener RSP (31,6% de chicos y 36,6% de chicas). De éstos, 270 (73,8%) declararon no haber usado nunca AE, un 16,1% una vez y un 10,1% más de 1 vez. Los modelos ajustados por edad, sexo y frecuencia de RSP mostraron asociación con la relación con la madre, la edad de inicio de las RSP, el consumo de cánnabis, la intoxicación aguda de alcohol y el no uso del preservativo. La declaración del uso de AE 1 vez se asoció con tener RSP a menudo (OR = 4,89; IC: 1,96-12,8), con haber iniciado las RSP antes de los 16 años (OR = 2,29; IC: 1,08-4,88), con tener mala relación con la madre (OR = 6,69; IC: 2,29-19,5) y con el uso del preservativo (OR = 2,84; IC: 1,16-6,94) mientras que el uso de AE más de 1 vez se asoció con tener RSP a menudo (OR = 10,8; IC: 2,48-47,4) y con haber iniciado las RSP antes de los 16 años (OR = 3,41; IC: 1,34-8,66).

Conclusiones: La declaración de uso de AE se asocia a tener RSP a menudo y haberlas iniciado antes de los 16 años independientemente de la frecuencia de uso. La primera vez que se usa se relaciona además con no usar preservativo.

COMUNICACIONES ORALES V

Viernes, 17 de octubre de 2008
12:30 a 14:30

Salud infantil y juvenil

Modera: Mireia Jané

EVALUACIÓN DE LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD EN ASTURIAS

J. García Vázquez, A.G. Blanco Orvz, M. García Almozara, T. Álvarez Fernández, R. Martín González, E. Valdeón Menéndez, M.L. Izquierdo Gutiérrez, C. López Gutiérrez, L. del Río Maojo, et al
Consejería de Salud de Asturias; Consejería de Educación de Asturias.

Antecedentes/objetivos: Evaluar la incorporación de los principios de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud en los centros educativos de Asturias que solicitaron pertenecer a esta red en el curso 2006/07: 15 centros públicos de primaria, diez institutos públicos y cuatro colegios concertados.

Métodos: Se realizó una investigación evaluativa del proceso de incorporación de los siguientes criterios: experiencia previa, compromiso del centro con la Promoción de Salud, implicación del profesorado, protagonismo del alumnado, participación comunitaria, mejora del entorno, equidad y otras acciones. A cada criterio, se le dio 1 punto, de manera que cada centro podía obtener hasta un total de 8 y se calculó la puntuación media. Para cada criterio, se utilizó una o más variables, tratadas como nominales y dicotómicas, definidas en base a indicadores de estudios previos. Se visitó cada centro y se entrevistó a una persona del equipo directivo, a la coordinadora del proyecto de Promoción de Salud y a un grupo de alumnos/as. Se realizó también una observación directa del centro y la revisión de varios documentos.

Resultados: La puntuación media fue 5,19 (DE: 1,16). Todos los centros tenían más de tres años de experiencia y la Promoción de Salud aparecía recogida en el Proyecto Educativo del 72,4%. A excepción de un centro, la implicación del profesorado superó

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA SOBRE EL CONSUMO HABITUAL DE CANNABIS EN ESCOLARES DE BARCELONA

C. Ariza, A. Pérez, F. Sánchez-Martínez, M. Diéguez, M. Nebot, M.J. López, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: El aumento del consumo de cannabis observado en los últimos años en los adolescentes requiere la adopción de estrategias de prevención que permitan hacerle frente. En Barcelona se inició en 2004 el diseño y evaluación de una intervención preventiva dirigida a población escolar. En este estudio se describe la efectividad de la intervención ("xkpts.com") sobre la evolución al consumo habitual de cannabis en una muestra de escolares.

Métodos: Estudio cuasi-experimental con grupo control. Se administró una encuesta antes de la intervención y a los 12 meses para estudiar la evolución del consumo habitual de cannabis (en los últimos 30 días). El grupo intervención (GI) (1863 escolares) fue expuesto a un programa preventivo del consumo de drogas, incluyendo dos unidades específicas sobre cannabis, y comparado con un grupo control (CG) (1326). Se estudió la incidencia de nuevos consumidores habituales de cannabis en ambos grupos y la relación del cambio de la intención de conducta y de la progresión al consumo habitual de cannabis con algunas variables sociodemográficas, psicosociales (autoeficacia, percepción de riesgo, consumo asociado de tabaco o alcohol) y de entorno (accesibilidad al cannabis, amigos consumidores). En el análisis, se utilizó el cálculo de proporciones y el test de ji cuadrado y un análisis multivariado de regresión logística para el estudio de los factores asociados con el consumo.

Resultados: A los 12 meses de la intervención, el 8,3% de escolares del GI pasaron a consumir cannabis habitualmente frente al 11,6% en el GC ($p < 0,05$). Los escolares que no realizaron el programa tuvieron un riesgo 2,4 veces mayor que los del GI de evolucionar al consumo habitual (OR = 2,4; IC 95% = 1,3-4,4). Otros factores asociados a la evolución del consumo a los 12 meses fueron ser fumador regular (OR: 1,6; 1,1-2,4), emborracharse en los últimos 6 meses (OR: 1,8; 1,2-2,5), tomar 5 o más consumiciones alcohólicas en una misma ocasión (OR: 1,4; 1,0-2,0) mostrar baja autoeficacia (OR: 1,6 (1,1-2,2)), tener fácil acceso al cannabis (OR: 1,9; 1,2-2,9), tener amigos consumidores (OR: 2,3; 1,2-4,1) y la intención de consumir cannabis en el futuro (OR: 4,0; 2,8-5,8). La autoeficacia, la fácil accesibilidad al cannabis, la baja percepción de riesgo, el consumo asociado de tabaco y alcohol y tener amigos consumidores de alcohol y de cannabis se asociaron además a la intención de consumir en el futuro.

Conclusiones: Los resultados reflejan la efectividad de la intervención preventiva sobre el consumo de cannabis. El consumo de tabaco y alcohol y un entorno favorable al cannabis predicen la evolución en el consumo. El conocimiento de los predictores del cambio de la intención amplía las posibilidades del alcance de la intervención.

Financiación: Plan Nacional de Drogas.

EFFECTO DEL USO DOMÉSTICO DE APARATOS DE GAS Y DE LOS NIVELES INTERIORES DE NO₂ SOBRE LA FUNCIÓN COGNITIVA EN PREESCOLARES

E. Morales, J. Julvez, M. Torrent, M. Guxens, N. Kunzlj, J. Sunyer, et al
CREAL, Barcelona; Unidad Docente de MPSP IMAS-UPF-ASPB; Área de Salud de Menorca, IB-SALUT.

Antecedentes/objetivos: El uso doméstico de aparatos de gas puede generar altas concentraciones de dióxido de nitrógeno (NO₂), el contaminante interior más estudiado y uno de los óxidos de nitrógeno más tóxicos. El objetivo de este estudio es examinar los efectos de la exposición doméstica a aparatos de gas y de los niveles interiores de NO₂ sobre la función cognitiva en preescolares.

Métodos: La población de estudio fueron 418 niños de 4 años de la cohorte INMA Menorca. La evaluación de la función cognitiva se realizó mediante la administración del cuestionario McCarthy de escalas de habilidades en niños. La información sobre el uso doméstico de aparatos de gas (cocina y calefacción) se obtuvo mediante cuestionario. Los niveles interiores de NO₂ fueron estimados mediante la regresión de los valores de NO₂ (ppb) de-

tectados por tubos de difusión pasiva dispuestos en el comedor de la casa durante 2 semanas contra las variables predictoras (tipo de cocina; uso de calefacción; uso de extractor en la cocina; número de aparatos de gas; número de fumadores en casa; estación del año; y localización urbana/rural de la casa). La asociación entre el uso doméstico de aparatos de gas, los niveles de NO₂ estimados y la función cognitiva se evaluó mediante modelos de regresión lineal multivariante.

Resultados: En un 71,1% de los hogares se utilizaban aparatos de gas para cocinar, y en un 23,6% para la calefacción. El 53,5% de los hogares disponían de un aparato de gas y un 20,6% tenían dos aparatos. La exposición doméstica a aparatos de gas se asoció con una menor puntuación en la escala cognitiva general ($\beta = -5,11$, IC 95% $-9,34$, $-0,89$), la capacidad verbal ($\beta = -6,27$, IC 95% $-10,68$, $-1,86$), y la función ejecutiva ($\beta = -5,56$, IC 95% $-9,90$, $-1,22$) con una relación dosis respuesta entre el número de aparatos de gas y las puntuaciones obtenidas. Las asociaciones no cambiaron tras ajustar por clase social y nivel de educación de los padres. Asimismo, se encontró una asociación negativa entre los niveles interiores de NO₂ (ppb) y las puntuaciones obtenidas en la escala cognitiva general ($\beta = -0,29$, IC 95% $-0,47$, $-0,11$), la capacidad verbal ($\beta = -0,31$, IC 95% $-0,50$, $-0,12$), y la función ejecutiva ($\beta = -0,33$, IC 95% $-0,51$, $-0,14$).

Conclusiones: La exposición a contaminantes derivados del uso doméstico de aparatos de gas y a NO₂ interior se relaciona con una peor función cognitiva en preescolares. En vista de la alta prevalencia del uso doméstico de aparatos de gas incluso un pequeño efecto adverso sobre el neurodesarrollo podría tener importantes implicaciones en salud pública.

DESIGUALDADES EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE CATALUÑA

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

Antecedentes/objetivos: El conocimiento sobre las desigualdades en salud de la población infantil es todavía limitado, aún así, hay evidencias de que existen barreras de acceso a los servicios sanitarios en los menores de familias de bajo nivel socioeconómico. Además, la frecuentación depende del estado de salud del menor, del tipo de seguro médico y del patrón de utilización de la madre. El objetivo de este estudio es analizar las desigualdades socioeconómicas en la utilización de los servicios sanitarios de la población infantil residente en Cataluña en el año 2006.

Métodos: Estudio de diseño transversal a partir de la Encuesta de Salud de Cataluña del año 2006. La población de estudio son los menores de 0 a 14 años no institucionalizados residentes en Cataluña ($n = 2.200$). Las variables dependientes estudiadas son el haber visitado al pediatra y al especialista en el último año y las características de la visita en los últimos 15 días, como el tiempo de espera. Las variables independientes son el tipo de cobertura sanitaria (exclusivamente pública; doble cobertura -pública y privada-) y la clase social (I-II; III; IV+V), y las covariables el sexo, la edad y la presencia de algún trastorno crónico. Se realizó un análisis descriptivo de las variables dependientes según clase social y cobertura sanitaria. Finalmente, se estimaron modelos de regresión logística para obtener *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

Resultados: Un 24% de la población infantil catalana tiene doble cobertura y varía según clase social (41% I-II, 27% III, 8% IV+V). El 90% de los menores han visitado al pediatra en el último año, no mostrándose diferencias según cobertura sanitaria ni clase social. Por el contrario, se observan desigualdades en las visitas al oculista, siendo menor la frecuentación en las clases desfavorecidas (OR = 0,59; IC 95% = 0,38-0,90) y con cobertura exclusivamente pública (OR = 0,57; IC 95% = 0,39-0,84). Las visitas al dentista muestran únicamente desigualdades según clase social (OR = 0,58; IC 95% = 0,43-0,80). Por otro lado, la media de días para conseguir visita con los profesionales especialistas es superior en los servicios públicos (37 días) que en los privados (9 días).

Conclusiones: Los resultados muestran que en general el acceso y la utilización de los servicios asistenciales de la población infantil catalana es equitativo e independiente del tipo de cobertura sanitaria. Pero existen desigualdades en la frecuentación a especialistas,

como el oculista y el dentista que no están cubiertos totalmente por los servicios públicos. Son necesarios estudios que permitan conocer las desigualdades en la calidad de los servicios de salud. Financiación: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

FACTORES ASOCIADOS A LOS CAMBIOS DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO DE UNA MUESTRA DE POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 8 A 18 AÑOS

S. López-Aguilà, S. Berra, J.A. Palacio-Vieira, L. Rajmil, et al
Agència d'Avaluació Tecnològica i Recerca Mèdiques.

Antecedentes/objetivos: Existen pocos estudios longitudinales sobre determinantes del sobrepeso en la infancia y la adolescencia. El objetivo fue analizar la influencia de factores sociodemográficos, de salud y de conducta en los cambios del IMC en tres años de seguimiento en una muestra representativa de niños y adolescentes de la población española de 8 a 18 años de edad.

Métodos: La muestra se obtuvo por generación aleatoria de números telefónicos de todo el Estado. Se administraron cuestionarios a chicas/as y a sus madres/padres por correo postal en 2003 y 2006. El IMC se calculó a partir del peso y la altura declarados y se categorizó en normopeso, sobrepeso y obesidad (Cole, BMJ 2000). Se estudió la disminución en una o dos categorías de IMC (DMC) y el aumento en una o dos categorías o la permanencia en sobrepeso u obesidad (AMC), respecto de los que se mantuvieron con normopeso (MMC). Las variables independientes fueron, entre otras: edad, nivel socioeconómico, nivel de educación de la madre y del padre, salud mental y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS; KIDSCREEN 10 dimensiones) en la medición basal; y enfermedades crónicas, frecuencia de actividad física y de desayuno en casa (definida como alta si se hacía 4 o más veces a la semana en las dos mediciones o mejoró desde la basal) del seguimiento. Se estimaron odds ratios (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC) ajustados por edad para estudiar los factores asociados a DMC (vs. MMC o AMC) y AMC (vs. DMC o MMC) por sexo.

Resultados: La respuesta basal fue 47% y la del seguimiento, 54%. El IMC se obtuvo en 373 casos; 53,9% fueron chicas. La DMC (11,3% de la muestra) se asoció al aumento de la actividad física (OR = 3,91; IC = 1,44-10,61) en las chicas; y en los chicos, a una alta frecuencia de desayuno en casa (OR = 0,07; IC = 0,01-0,39). Puntuaciones > +1 desvío estándar de la media en relación con amigos (CVRS) tuvieron efecto diferente en la DMC en chicas (OR = 0,19; IC = 0,04-0,86) y chicos (OR = 3,99; IC = 1,33-11,92). El AMC (18%) fue menor en las chicas (OR = 0,36; IC = 0,20-0,63), entre las que una alta frecuencia de desayuno en casa tuvo un efecto protector (OR = 0,34; IC = 0,13-0,91). En los chicos el AMC se asoció a la edad (OR = 1,30; IC = 1,03-1,65) y a tener un probable o posible trastorno psiquiátrico (OR = 3,72; IC = 1,52-9,08).

Conclusiones: Los resultados de este estudio longitudinal permiten afirmar que el aumento de la actividad física es un factor protector de la obesidad en niños y adolescentes. La implementación de estrategias debería tener en cuenta los aspectos sociales de la CVRS y las diferencias según el género.

Financiación: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, MSC.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS E INGESTA DE FRUTA EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

L. Díez-Gañán, I. Galán, C.M. León, N. García, B. Zorrilla, E. Gil, J.L. Cantero, et al

Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid; DG de Salud Pública. Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Las frutas son un grupo básico en la alimentación y su ingesta es baja en la población infantil de la Comunidad de Madrid. En este trabajo se analiza la relación del sexo, la edad y el nivel socioeconómico con la ingesta diaria de fruta en esta población.

Métodos: Los datos proceden de la Encuesta de Nutrición Infantil de la Comunidad de Madrid 2001/2002, un estudio transversal sobre una muestra representativa de la población de 5-12 años. La información alimentaria se recogió mediante dos re-

cuerdos de 24 horas. Se ha estudiado la relación del sexo, la edad y el nivel socioeconómico (medido a través del nivel de estudios de ambos padres) con la ingesta total diaria de fruta mediante modelos de regresión lineal múltiple (M1), y mediante modelos de regresión logística con el cumplimiento de la recomendación de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) de ingesta diaria de al menos 300 g de fruta (M2) y con no haber comido nada de fruta en ninguno de los dos días encuestados (M3). Se analizaron los sujetos con información en las variables de interés (n = 1.736; 93,7% de los encuestados).

Resultados: La ingesta media diaria de fruta en esta población fue 194,1 g/día. El 21,3% de la población comió al menos 300 g/día de fruta y el 6,8% no había comido nada de fruta en ninguno de los dos días encuestados. Tanto la ingesta media como la probabilidad de haber ingerido al menos los 300 g/día recomendados fue mayor en la niñas (coeficiente de regresión lineal de las niñas en comparación con los niños: 26,04 g/día [p < 0,0001]; OR de las niñas en comparación con los niños = 1,60 [IC 95%: 1,24-2,07]) y al aumentar el nivel de estudios de los padres, con una relación dosis-respuesta positiva en ambos casos (p de tendencia lineal en ambos modelos, M1 y M2: p < 0,0001). De forma consistente, la probabilidad de no haber ingerido nada de fruta fue menor en las niñas: OR = 0,57 (IC 95%: 0,39-0,85) y disminuyó al aumentar el nivel de estudios de los padres (relación dosis-respuesta positiva, p = 0,0347). Para la edad no se observó una relación estadísticamente significativa con la ingesta de fruta en ninguno de los casos.

Conclusiones: En la población infantil de la Comunidad de Madrid, la ingesta media de fruta y la probabilidad de ingerir los al menos 300 g/día recomendados por la SENC es mayor en las niñas y al aumentar el nivel de estudios de los padres, mientras que los varones y los sujetos de padres con menor nivel educativo es más frecuente que no ingieran nada de fruta. Las estrategias de promoción de ingesta de fruta, que requiere un esfuerzo en esta población en general, deberían prestar especial atención a los varones y a los grupos de menor nivel socioeconómico.

¿PESAN DEMASIADO LAS MOCHILAS ESCOLARES? ESTUDIO PILOTO

J. Rodríguez, S. Jiménez-Jorge, C. Guerrier, M. Gamarra-Villaverde, J. Giménez, L. Bonilla, M.A. Luque, C. Linares, A. Barrasa, et al
Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII.

Antecedentes/objetivos: La incidencia de lumbalgias en población infantil se está aproximando a la de adultos, por ello, diversos estudios a nivel internacional investigan si este problema de salud está relacionado con el peso de las mochilas que cargan a diario los niños. Padres, educadores y profesionales de la salud manifiestan su preocupación sobre el hecho de que los niños carguen pesos excesivos en sus mochilas. El IPR es el índice de peso relativo expresado como el porcentaje del peso corporal que representa el peso de la mochila que carga un niño. Si bien no existe consenso en la literatura sobre que IPR puede considerarse seguro, diferentes estudios lo sitúan en un valor máximo de referencia entre el 10-15%. El objetivo de este estudio es conocer el IPR de los alumnos de 5º y 6º de Educación Primaria de un colegio de la sierra Norte de Madrid.

Métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo a través de un cuestionario dirigido a niños de 10-12 años (previo consentimiento paterno). Las variables recogidas fueron las siguientes: fecha de nacimiento, curso y aula del alumno, sexo, peso (kg) y talla del estudiante (cm), peso de cada mochila individual (kg), así como información sobre las características de las mochilas (tipo, forma de cargarla y modo de transporte al colegio). Todas las mediciones de los escolares se realizaron por el mismo equipo de trabajo, el mismo día y bajo las mismas condiciones.

Resultados: De los 80 alumnos de 5º y 6º se obtuvo el consentimiento informado de 55 (69%) de ellos. La distribución por sexo fue del 50% (27 niños y 28 niñas). El peso medio de las mochilas fue de 6,03 kg (DE: 1,48) con un rango de 2,90-9,10 kg. El 40% de los niños cargaba más del 15% de su peso. No se encontró correlación entre el peso de los niños y el de las mochilas (r: 0,06; p > 0,05). El IPR medio fue 13,72 % (DE: 4,70).

Conclusiones: Cuatro de cada diez niños estudiados se situó por encima de los límites recomendados. Este estudio se va a

repetir en otros colegios para evaluar la aplicación de posibles medidas correctoras.

COMUNICACIONES ORALES V

Viernes, 17 de octubre de 2008
12:30 a 14:30

Cribados

Modera: Enrique Peiró

INFLUENCIA DE LA INTRODUCCIÓN DE LA MAMOGRAFÍA DIGITAL EN LA TASA DE DETECCIÓN DEL CÁNCER EN UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL

M. Sala, M. Comas, F. Macià, J. Martínez, M. Casamitjana, X. Castells, et al
Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica y Servicio de Radiología. Hospital del Mar-IMIM. Barcelona.

Antecedentes/objetivos: No se conoce con exactitud el impacto de la introducción de la mamografía digital sobre la tasa de detección del cáncer de mama en los programas de cribaje. Sin embargo esta técnica está substituyendo la mamografía convencional en un gran número de programas. El mayor ensayo realizado hasta la fecha sugiere que esta tecnología mejoraría el diagnóstico en mujeres menores de 50 años, perimenopáusicas y/o con mama densa. Se comparan las tasas de detección antes y después de la introducción de la mamografía digital en un programa poblacional de cribaje.

Métodos: Se seleccionaron 19.032 mujeres de 50-69 años de las cuales 12.958 fueron cribadas con mamografía convencional justo antes del cambio de tecnología y 6.074 cribadas con mamografía digital. Todas las lecturas mamográficas fueron realizadas por los mismos radiólogos sin que hubiera otros cambios destacables en la organización del programa durante el período estudiado (2004-2007). Se calcula la tasa de detección, la tasa de reconocatorias (mujeres que necesitan pruebas complementarias para descartar o confirmar un cáncer ante una mamografía de cribado positiva) y de falsos positivos en ambos períodos y por tipo de cribado (inicial o sucesivo).

Resultados: Las mujeres de ambos grupos no presentaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, antecedentes personales, antecedentes familiares de cáncer y estado menopáusico. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de detección de cáncer entre ambos grupos (0,42% de mujeres cribadas con mamografía convencional y 0,41% con mamografía digital; $p = 0,9$). Sin embargo, al estratificar por mamografía inicial y sucesiva se observó que la mamografía digital presentaba una mayor tasa de detección en cribado inicial que la mamografía convencional (1,07% y 0,38%, respectivamente; $p = 0,009$). La tasa de reconocatorias fue menor con mamografía digital que con mamografía convencional (4,23% y 5,54% respectivamente; $p < 0,001$). Igualmente, la tasa de falsos positivos fue menor con mamografía digital que con convencional.

Conclusiones: La tasa de detección del cáncer no parece variar para el conjunto de mujeres cribadas con una u otra técnica. Sin embargo, la mayor tasa de detección con mamografía digital en cribado inicial podría ser coherente con los estudios que hallan una mejor capacidad diagnóstica en mujeres menores de 50 años, perimenopáusicas y/o con mama densa. La menor tasa de reconocatorias y de falsos positivos con mamografía digital podría reducir los efectos adversos de estos programas. Sin embargo es necesario completar esta información con el estudio de falsos negativos.

Financiación: Fis PI06/90092.

EVOLUCIÓN DEL USO DEL TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO EN UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

G. Barbaglia, F. Macià, M. Comas, M. Sala, M. Casamitjana, M. Vernet, X. Castells, et al

Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica. Hospital del Mar, Barcelona; U. Docent Med Preventiva i Salut Pública IMAS-UPF-ASPB; Servei d'Obstetrícia i Ginecologia. Hospital del Mar, Barcelona.

Antecedentes/objetivos: El tratamiento hormonal sustitutivo (THS) está indicado para aliviar los síntomas producidos por una progresiva carencia hormonal al llegar la menopausia. A partir del 2002, a raíz de la publicación de los resultados del ensayo clínico Women's Health Initiative sobre los efectos adversos de la terapia hormonal en mujeres posmenopáusicas (en especial el aumento de cáncer de mama), se ha descrito en varios países una disminución en el uso y prescripción del THS. Se describe la evolución y características del uso de THS en las participantes del Programa poblacional de detección precoz del cáncer de mama de Barcelona, en cuatro distritos, a lo largo de doce años.

Métodos: Todas las mujeres de 50 a 69 años participantes en el Programa entre 1996 y 2007 ($n = 52.466$) fueron incluidas en el estudio. Previamente a la realización de cada mamografía, se les administraba un cuestionario que recogía uso actual o pasado de THS, tiempo de tratamiento, edad de la menopausia y nivel de estudios. Se analiza la evolución de la prevalencia de uso de THS estratificando por grupos de edad al inicio del cribado.

Resultados: Al cierre del estudio, un 11,9% del total de participantes había declarado estar usando o haber usado THS (un 4,4% antes de iniciar el cribado y un 7,5% durante el mismo). Por grupos de edad, esta cifra era de un 17,7% en el grupo de 50-54 años, 14,6% en las de 55-59, 8,1% en las de 60-64 y 6,4% en las de 65-69 años. La mediana de duración del uso de THS fue de 48 meses. En todos los grupos de edad las mujeres con niveles de estudios más altos fueron las que presentaron mayores porcentajes de uso de THS, alcanzando el 16,9% entre las participantes con estudios universitarios. La evolución global del uso de THS entre las participantes experimentó una tendencia creciente desde el inicio del programa, con un pico máximo en 2002, año en el que se alcanzó el 6,8% de uso del THS (11% en el grupo de edad de 50-54 años). A partir del 2002 se registró una marcada disminución, llegando al 0,9% en 2007 (reducción global del 86,7%).

Conclusiones: El 11,9% del total de mujeres participantes manifestó haber tomado o estar tomando THS. El uso del THS fue en aumento hasta 2002, año en el que empieza una marcada disminución debida probablemente a la publicación de los resultados del estudio Women's Health Initiative y el consiguiente cambio en los criterios de prescripción del THS.

UTILIDAD DEL FINDRISC (FINNISH DIABETES RISK SCORE) COMO SCREENING DE DIABETES MELLITUS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

B. Zorrilla, E. Gil, M. Martínez, M. Vázquez, A. Pérez, N. García, A. Gardarillas, et al

S.º Epidemiología; S.º Bioquímica clínica. H. Puerta de Hierro; S.º Análisis y Gestión. CONSEJERÍA DE SANIDAD. C. Madrid; Madrid-Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/objetivos: FINDRISC es un test autoadministrado que predice el riesgo de desarrollar diabetes (DM) en 10 años para identificar a las personas con alto riesgo en población general. Es bien conocida la asociación entre diabetes y enfermedades cardiovasculares, y que intervenciones dirigidas a controlar los factores de riesgo previenen el desarrollo de ambas. El objetivo es valorar la utilidad del FINDRISC para la detección de casos de DM y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) no diagnosticados previamente.

Métodos: La Fuente de información es el estudio PREDIMERC, encuesta poblacional que incluye a 2.268 personas de 30-74 años de la Comunidad de Madrid (CM). Las variables del FINDRISC (edad, IMC, diámetro de cintura, tratamiento antihipertensivo, antecedentes de hiperglucemias, antecedentes familiares de DM, actividad física y el consumo de frutas y verduras) se recogieron por entrevista telefónica. Posteriormente se tomó la tensión arterial.

terial y una muestra de sangre en ayunas y de orina. Se mide la glucemia basal, lípidos y albuminuria, utilizando los criterios de OMS/ADA97 para la definición de DM, y del European Health Risk Monitoring para las alteraciones lipídicas. Se calcula la puntuación FINDRISC de los participantes sin DM conocida. Se estima la prevalencia de las siguientes alteraciones no diagnosticadas previamente: DM, Glucemia Basal Alterada (GBA), hipertensión arterial (HTA), alteraciones lipídicas y microalbuminuria, en personas con FINDRISC ≥ 15 (FR+) y < 15 (FR-), comparándolas mediante el test de χ^2 . Se calcula el porcentaje de casos que se diagnosticaría sobre el total de casos desconocidos.

Resultados: La prevalencia de FR+ fue 5,4% (3,6% en varones, 7,1% en mujeres; $p = 0,000$). La prevalencia de DM no conocida fue 6,8% en FR+ y 1,6% en FR- ($p = 0,000$), GBA no conocida 18,8% en FR+ y 5,5% en FR- ($p = 0,000$), hipertrigliceridemia 21,4% en FR+ y 11,3% en FR- ($p = 0,001$), microalbuminuria 12% en FR+ y 4,3% en FR- ($p = 0,000$). No se observan diferencias significativas en la prevalencia de HTA, hipercolesterolemia, HDL bajo ni LDL elevado. El porcentaje de nuevos casos diagnosticados sobre el total de no conocidos fue de 20% para DM, 16,4% para GBA, 5,9% para HTA y 4,5% para hipercolesterolemia.

Conclusiones: El FINDRISC es útil para seleccionar una población con alta prevalencia de DM y FRCV no diagnosticados. Realizando una bioquímica de sangre en ayunas y una medición de tensión arterial a las personas con FR+ se detectarían un 20% de casos desconocidos de DM y 5,9% de HTA.

Financiación: Fis:PI071213.

RESULTADOS DE UN PROYECTO PILOTO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE COLON Y RECTO

F. Pérez Riquelme, J. Cruzado Quevedo, J.J. Gutiérrez García, F. Carballo Álvarez, M.C. Cavas Martínez, E. Torrella Cortés, P. Esteban Sánchez, et al

Dirección General de Salud Pública; Servicio Murciano de Salud.

Antecedentes/objetivos: Durante los años 2006 y 2007 se ha realizado un proyecto piloto de prevención del cáncer colon rectal basado en el cribado sistemático de sangre oculta en heces en hombres y mujeres entre 50 y 69 años, mediante un test inmunológico, con dos muestras tomadas en dos días sucesivos. Se presentan los resultados de los principales indicadores de la evaluación.

Métodos: Se calculan los siguientes indicadores: razón población diana en la base de datos 2006/población en padrón 2006; tasa de participación (participantes con muestras válidas (pmv) /invitaciones válidas), tasa de positivos (al menos una muestra positiva/pmvs), proporción de resultados discordantes del test, tasa de detección de cánceres invasivos (cánceres invasivos /pmv), tasa de detección de adenomas de alto riesgo (carcinoma in situ más carcinoma intramucoso más adenomas mayores de 3 cm más personas con tres o más pólipos adenomatosos/pmvs), valores predictivos positivos (proporción de cánceres invasivos y de adenomas avanzados entre los positivos) y distribución porcentual por estadios (TNM) de los cánceres detectados.

Resultados: La población diana del área de salud según el padrón de 2006 son 32.829 personas y 31.893 en la base de datos, razón base/padrón 97,15; se han invitado 35.741 del área de salud y participado 15.101, tasa de participación 42,25%; han presentado al menos una muestra positiva 1.430 (tasa de positivos 9,46%); hay un 60% de resultados del test discordantes; se han detectado 51 cánceres invasivos (tasa detección 3,38 por mil); se han detectado 576 adenomas de alto riesgo (109 carcinomas in situ y 16 intramucosos), tasa de detección 3,81%; el valor predictivo positivo para cáncer invasivo es de 3,57% y para adenoma avanzado de 40,3%; la distribución por estadios es 71% en estadio 0; estadio I, 11,9%; estadios III y IV, 9,1%.

Conclusiones: La tasa de participación debe mejorarse, la tasa de positivos es alta, sin embargo tanto las tasas de detección de cánceres invasivos como las de adenomas avanzados son muy altas, siendo la proporción de cánceres en estadios avanzados baja aún siendo la primera ronda de cribado, lo que justifica el elevado número de colonoscopias que deben realizarse.

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

I. Castro Rodríguez, F. Pérez Riquelme, J.J. Gutiérrez García, P. Lina Meseguer, E. Jiménez García, et al
Consejería de Sanidad.

Antecedentes/objetivos: La evaluación global del impacto de un programa de cribado poblacional requiere estudios de mortalidad y supervivencia, sólo posibles tras largos periodos de tiempo. Por ello se realizan evaluaciones periódicas (bienales) basándose en los indicadores y estándares (ES) propuestos por Las Guías Europeas de Calidad en el Cribado del Cáncer de Mama. La monitorización bienal de estas tasas nos sirve para detectar grandes desviaciones pero son inestables por el escaso número de casos por bienio en relación con las diversas estratificaciones que requieren los indicadores. Objetivo: Calcular los principales indicadores propuestos por las Guías Europeas de forma acumulada desde el inicio del programa y compararlos con sus respectivos estándares.

Métodos: Estudio descriptivo de toda la población citada por el programa desde 1994 a 2006, consistente en 447.604 citaciones de mujeres entre 50 y 69 años, residentes en la Región y con tarjeta sanitaria. Criterios de exclusión: enfermedad maligna previa o de alto riesgo de la mama, invalidez, mastectomizadas, abandono voluntario. Variables de estudio: participación en el programa (realización de mamografía): si o no, Estudios complementarios: si o no, Resultados del estudio: cáncer o no cáncer, Invasividad del tumor: in situ o invasivo, Tamaño del tumor: ≤ 10 mm o > 10 mm, Afectación ganglionar: si o no. Se calcularon los siguientes indicadores: tasa de participación, tasa de estudios complementarios, Tasa de detección de cáncer, detección de carcinomas in situ, detección de tumores invasivos ≤ 10 mm, detección de cánceres sin afectación ganglionar. Las tasas se estratificaron según la fase de cribado inicial (CI) (la primera vez que acude al programa) o sucesivo (CS) (veces subsiguientes a la primera vez) y se comparan con los estándares propuestos por las Guías Europeas.

Resultados: Número de mamografías de cribado: 319.415, Tasa de participación: 71,36% (ES: ≥ 70), Tasa de estudios complementarios: CI: 6,39% (ES $< 7\%$) CS: 4,24% (ES $< 5\%$), Tasa de detección de cáncer: CI: 4,45% (ES $\geq 4,68$) CS: 3,12% (ES $\geq 2,34$), Tasa de detección de carcinomas in situ: 10,62% (ES ≥ 10), Tasa de detección de tumores ≤ 10 mm: CI: 15,6% (ES ≥ 20) CS: 18,76% (ES ≥ 25), Tasa de detección de cánceres sin afectación ganglionar: CI: 65,42% (ES ≥ 70) CS: 76% (ES ≥ 75).

Conclusiones: Los valores de las tasas calculadas de forma acumulada quedan muy cercanos o superan los estándares propuestos por las Guías Europeas, lo cual nos asegura el rendimiento adecuado a lo largo del periodo para conseguir impacto sobre la mortalidad.

COMUNICACIONES ORALES V

Viernes, 17 de octubre de 2008

12:30 a 14:30

Cardiovasculares

Moderador: Rafael Masià

RIESGO ATRIBUIBLE A LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN DE GIRONA

M. Grau, I. Subirana, R. Elosúa, M. Fito, J. Marrugat, et al
Programa de Procesos Inflamatorios y Cardiovasculares, IMIM-Hospital del Mar; Grupo de Epidemiología y Genética Cardiovascular (ULEC-EGEC); Grupo de Nutrición y Riesgo Cardiovascular (ULEC-CARIN).

Antecedentes/objetivos: El riesgo atribuible poblacional indica el porcentaje de casos que se evitarían si suprimimos la exposición a un factor de riesgo y por tanto el factor de riesgo con mayor impacto en la prevención de la enfermedad. El objetivo es calcular el riesgo atribuible a los factores de riesgo cardiovascular

en dos cohortes de población general seguidas 5 y 10 años procedentes de un área del nordeste de España.

Métodos: Seguimiento a 10 y 5 años de dos cohortes de población general independientes reclutadas de manera aleatoria en los años 1995 y 2000. Los individuos incluidos tenían entre 25 y 74 años, residían en el área de referencia y no presentaban enfermedad en fase terminal. En el reclutamiento se midió la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular siguiendo una metodología estandarizada. Se consideraron individuos expuestos los que presentaban índice de masa corporal ≥ 30 kg/m², perímetro de la cintura ≥ 102 y 88 cm en hombres y mujeres, respectivamente; colesterol total ≥ 250 mg/dl, colesterol LDL ≥ 150 mg/dl, colesterol HDL < 40 y < 46 mg/dl en hombres y mujeres, respectivamente; tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 o hipertensión arterial diagnosticada y glicemia ≥ 126 mg/dl o diabetes diagnosticada o si eran o habían sido fumadores. Los acontecimientos de interés eran el infarto de miocardio mortal o no, la angina estable o inestable y la arteriopatía periférica. Los acontecimientos declarados por los participantes se validaron mediante revisión de la historia clínica. Los datos de la cohorte se cruzaron con los del Registro de Mortalidad para identificar a los individuos fallecidos durante el seguimiento. Se calculó el riesgo atribuible sin ajustar y ajustado por potenciales confusores para los diferentes factores de riesgo.

Resultados: De los 4.525 individuos seguidos, 24 presentaron infarto de miocardio mortal, 87 no mortal, 50 angina estable o inestable y 14 arteriopatía periférica. El análisis ajustado por edad y los factores de riesgo cardiovascular mostró que la hipertensión era el factor con mayor riesgo atribuible poblacional en hombres (31,35%; IC 95%: 3,12-56,33) seguido por el tabaquismo (29,79%; 3,05-57,07). En mujeres el colesterol HDL < 46 mg/dl era el único factor con riesgo atribuible poblacional estadísticamente significativo (24,38%; 4,84%-45,08%).

Conclusiones: El control de la tensión arterial y el abandono del consumo de tabaco eran las medidas con mayor impacto en la incidencia de infarto de miocardio y arteriopatía periférica en hombres. El colesterol HDL era la medida de mayor impacto en mujeres.

RESULTADOS A 30 DÍAS TRAS CORONARIOGRAFÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y DIAGNÓSTICO DE INFARTO DE MIOCARDIO

M. Grau, J. Marrugat, I. Subirana, M. Torre, D. Fusco, R. Elosúa, G. Permanyer, I. Ferreira, S. Behar, et al

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-Hospital del Mar), Barcelona, España; Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia; Departamento de Epidemiología ASL RME, Roma, Italia; Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España; Rabin Medical Center, Petaca Tikva, Israel; Neufeld Cardiac Research Institute, Sheba Medical Center, Israel.

Antecedentes/objetivos: El objetivo es la identificación de los determinantes individuales y hospitalarios del resultado a 30 días tras el inicio de los síntomas en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) y diagnóstico de infarto de miocardio (IM) a los cuales se les realizó una coronariografía.

Métodos: Se incluyeron datos de los registros ACS Euro Heart Survey I y II, MASCARA (España), ACSIS I y II (Israel), todos ellos realizados después del año 2000 en 144 hospitales. Del total de 24.533 individuos con SCA registrados, el análisis incluyó los 9.471 individuos con IM a los que se les practicó una coronariografía. Las definiciones de las variables se estandarizaron y homogeneizaron entre los diferentes registros. Se recogieron variables sociodemográficas, de comorbilidad, clínicas y de manejo del paciente y el número de camas de cada hospital además de si era universitario y la disponibilidad de laboratorio de hemodinámica y servicio de cirugía cardíaca. Para el análisis, se consideró el acontecimiento de interés combinado: mortalidad, re-infarto y angina post-IM. Se realizó una regresión logística multinivel para determinar las variables asociadas con el acontecimiento de interés.

Resultados: De los 9.471 pacientes incluidos en el análisis, 1.477 tuvieron un acontecimiento de interés a 30 días (15,7%: de $< 1\%$ a 47,7% en aquellos hospitales que incluían al menos 30 pacientes): 275 muertes, 398 re-infartos y 943 anginas post-IM. En el grupo con acontecimientos la media de edad era significativamente más alta (62 vs. 66 años, $p < 0,001$), eran más frecuentemente mujeres (22,2% vs. 29,1%, $p < 0,001$) y presentaban an-

tecedentes de hipertensión (51,5% vs. 60,0%, $p < 0,001$), diabetes (23,9% vs. 29,2%, $p < 0,001$), cardiopatía isquémica (18,9% vs. 27,6%, $p < 0,001$) y arteriopatía periférica (7,2% vs. 12,4%, $p < 0,001$). Las variables que se asociaban significativamente con el resultado a 30 días eran los antecedentes de arteriopatía periférica 1,07 (1,04-1,10), la gravedad del IM (Killip grado III-IV 1,13 [1,09-1,16]) y la disponibilidad de laboratorio de hemodinámica en el centro 0,92 (0,85-0,99).

Conclusiones: La variabilidad en el resultado tras la coronariografía en pacientes con diagnóstico de IM dependía de las características individuales relacionadas con la gravedad y comorbilidad y la disponibilidad de laboratorio de hemodinámica en el centro hospitalario.

LA DEPRESIÓN COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

P. Guallar-Castillón, M.C. Zuluaga, T. Balboa, J.R. Banegas, F. Rodríguez-Artalejo, et al

Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid; CIBER de Epidemiología y Salud Pública. (CIBERESP).

Antecedentes/objetivos: En pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) el diagnóstico de depresión es frecuente. Ambas entidades comparten bases fisiopatológicas que pueden contribuir al pronóstico vital de estos pacientes. Este trabajo examina si la depresión se asocia de manera independiente con la mortalidad a largo plazo en una cohorte de ancianos con IC.

Métodos: Se estudió a 416 pacientes de 65 y más años ingresados de urgencia en 4 hospitales de España entre enero de 2000 y junio de 2001 con diagnóstico principal o secundario de IC. Se utilizó el Índice Nacional de Defunciones para identificar las muertes producidas durante un período de seguimiento de 7 años, hasta el 31 de mayo de 2007. Para el diagnóstico de depresión se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de 10 ítems administrada por un médico. Se establecieron 3 grupos de pacientes: pacientes sin depresión que presentaron menos de 3 síntomas depresivos, pacientes deprimidos con 3 o 4 síntomas, y pacientes deprimidos con más de 4 síntomas. La asociación de interés se resumió con hazard ratios (HR) de mortalidad, obtenidos mediante regresión de Cox con ajuste por los principales factores de confusión: variables sociodemográficas, de red social, estado funcional según la clasificación de la New York Heart Association, hospitalización previa por IC, comorbilidad medida con el índice de Charlson, fracción de eyección, etiología de la IC, tratamiento con inhibidores del enzima de conversión, β -bloqueantes o digital, cumplimiento terapéutico, duración de la estancia hospitalaria, índice de inestabilidad clínica, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, natremia, creatinina, sumario físico de calidad de vida SF-36 y centro hospitalario.

Resultados: Al inicio del estudio, 202 (48,5%) pacientes presentaban depresión. De ellos, 103 (24,7%) registraron 3 o 4 síntomas depresivos, y 99 (23,8%) registraron más de 4 síntomas. A lo largo del seguimiento, 273 (65,6%) pacientes fallecieron. En comparación con los pacientes sin depresión, los que presentaron 3 o 4 síntomas depresivos tuvieron un HR de mortalidad de 0,93 (intervalo de confianza [IC] 95% 0,66-1,31; $p = 0,68$), y los que tenían más de 4 síntomas un HR de 1,55 (IC 95% 1,10-2,17; $p = 0,010$), después de ajustar por los principales factores de confusión (p de tendencia lineal = 0,01). Los resultados no se modificaron sustancialmente cuando se ajustaron por el sumario físico del cuestionario de calidad de vida Minnesota Living with Heart Failure.

Conclusiones: La depresión es un factor de riesgo independiente de mortalidad a largo plazo en ancianos con IC.

PREDICTORES DE RUPTURA CARDÍACA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. EVALUACIÓN USANDO LA METODOLOGÍA PROPENSITY SCORE

M. Ruiz Bailén, M. Expósito Ruiz, A.M. Castillo Rivera, J.A. Ramos Cuadra, L. Rucabado Aguilar, et al

Complejo Hospitalario de Jaén; grupo ARIAM.

Antecedentes/objetivos: Antecedentes: la ruptura cardíaca es una infrecuente complicación, pero con un pronóstico infausto. Afortunadamente las dos formas descritas, la ruptura del septo

interventricular o la ruptura de pared libre tienen una baja incidencia, que oscila entre un 1 y un 4%. No obstante los estudios sobre los que se soportan estos datos tienen altas limitaciones, desconociéndose en realidad las variables que se asocian a la existencia de ruptura cardíaca. Gracias a los registros clínicos y a las técnicas estadísticas de regresión logística conocemos variables asociadas a dicha complicación, aunque debido a las limitaciones de los registros es difícil conocer la posible causalidad de los distintos fármacos con el desarrollo de esta complicación. **Objetivos:** evaluar factores de riesgo asociados al desarrollo de ruptura cardíaca (pared libre y del septo interventricular) en una cohorte de pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) recogida en el registro ARIAM, utilizando herramientas estadísticas de regresión logística y el análisis propensity score.

Métodos: Se trata de una cohorte retrospectiva, que incluye a todos los pacientes diagnosticados con IAM incluidos en el registro multicéntrico español ARIAM. El período de estudio abarca desde junio de 1996 hasta diciembre de 2005. El período de seguimiento se limitó al tiempo de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad Coronaria (UCI/UC). Se realizó un estudio multivariante mediante regresión logística para evaluar factores asociados al desarrollo de ruptura cardíaca, además del análisis propensity score para ver el comportamiento de los betabloqueantes, inhibidores ECA y fibrinolíticos en el desarrollo de la ruptura cardíaca.

Resultados: Fueron incluidos 16.815 pacientes con IAM, en 2,8% se produjo ruptura cardíaca. La ruptura cardíaca se asoció al sexo femenino, a una mayor edad, a la ausencia de infarto previo y a la administración de trombolisis, mientras que la administración de IECA y los betabloqueantes se comportaron como variables protectoras. El análisis propensity score mostró que la fibrinólisis se comportó como variable asociada a la ruptura cardíaca, salvo en los subgrupos de menor edad, y con menor retraso en la administración. Además encuentra a los betabloqueantes y a los IECA como variables protectoras frente a la ruptura cardíaca, resultados que se confirmaron con el análisis de regresión múltiple.

Conclusiones: La ruptura cardíaca se asocia a la edad, al sexo femenino, a la ausencia de infarto previo y a la administración de trombolisis, mientras que los IECA y los betabloqueantes pueden prevenir esta complicación.

SUPERVIVENCIA EN HOMBRES Y MUJERES TRAS UN PRIMER INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

M. Basterretxea, M. Machón, P. Martínez-Cambor, N. Larrañaga, E. Aldasoro, et al

Subdirección de Salud Pública de Guipúzcoa; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Antecedentes/objetivos: Se han descrito diferencias en la incidencia, forma de presentación y supervivencia del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) por sexo. **Objetivo:** estudiar la supervivencia a los 28 días y 5 años en hombres y mujeres y los factores pronósticos asociados a la misma, tras un primer IAM en la población de Guipúzcoa.

Métodos: A partir del estudio IBERICA-Guipúzcoa, período 1997-2000, se incluyeron todos los casos con un primer IAM que llegaron vivos a un hospital (en los años 1997 y 1998 no se registraron los IAM en personas mayores de 74 años). Los casos fueron clasificados según los criterios del estudio MONICA. La información sobre mortalidad fue obtenida a partir del Índice Nacional de Defunción. Las variables pronósticas analizadas fueron: período de ocurrencia del infarto (1997-1998 vs. 1999-2000), edad (< 60; 60-69 y \geq 70 años), sexo, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes coronarios, lugar de tratamiento, complicaciones y tratamiento en la fase aguda. Las variables categóricas se compararon mediante tests χ^2 . Se estimó la Supervivencia Relativa (SR) aplicando el método de Hakulinen. Para el estudio de los factores pronósticos a los 5 años se utilizó un modelo multivariante de riesgos proporcionales empleando la información de Akaike como criterio de inclusión.

Resultados: Fueron incluidos 1.715 casos, 1.247 hombres y 468 mujeres, con una edad media de 71 y 61 años, respectivamen-

te. Las mujeres presentaban más diabetes e hipertensión, aunque fumaban menos. También mostraron con más frecuencia signos de insuficiencia cardíaca y recibieron menos trombolisis y angioplastia, con diferencias significativas (para la angioplastia) sólo en el grupo de 60-69 años. La SR global fue superior en los hombres a los 28 días (hombres 88% IC: 86,6-90,2; mujeres 82% IC: 78,5-85,6) y a los 5 años (hombres 86% IC: 83,6-89,0; mujeres 77,4% IC: 72,1-82,8). Por grupos de edad sólo se observaron diferencias significativas entre los de 60-69 años. En hombres y mujeres el Exceso de Riesgo de muerte a los 5 años (ER) es menor en los grupos de más edad y aumenta con la ocurrencia de arritmias graves y de insuficiencia cardíaca durante el ingreso; el ER es menor en los hombres tratados con trombolisis y en las mujeres con un infarto no Q. Las demás variables pronósticas incluidas en el modelo no fueron determinantes para el ER.

Conclusiones: Nuestra serie muestra un diferente comportamiento por sexo en las características clínicas y en el tratamiento durante la fase aguda del IAM, como está descrito previamente. Las mujeres presentaron una menor SR a corto y largo plazo tras un primer infarto.

VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN AUTODECLARADA A TRAVÉS DE ENCUESTAS TELEFÓNICAS PARA ESTIMAR FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

I. Galán, E. Gil, M. Martínez, E. Donoso, M. Casado, P. Nogales, M.J. Medrano, N. García, R. Ramírez, et al

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad de Madrid; Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Ambiental, Instituto de Salud Pública, Ayto. de Madrid; Servicio de Bioquímica Clínica, Hospital Puerta de Hierro; Gerencia Atención Primaria Área 8, Servicio Madrileño de Salud; Centro Salud Las Águilas, Servicio Madrileño de Salud; Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/objetivos: La información autodeclarada en encuestas de salud es muy utilizada para estimar prevalencias de enfermedades y factores de riesgo. El objetivo del estudio fue conocer la validez de la información recogida a través de encuestas telefónicas para estimar factores de riesgo cardiovascular.

Métodos: Muestra representativa de 2268 personas de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid participantes en el estudio de prevalencia de diabetes mellitus y riesgo cardiovascular (PREDIMERC). Mediante entrevista telefónica, formulando las preguntas del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT), se recoge información autodeclarada de: diagnóstico conocido de presión arterial y colesterol elevado, diabetes, así como tomar medicación para controlar estas enfermedades. También se estimó a partir del peso y talla autorreferidos la prevalencia de sobrepeso-obesidad (IMC \geq 25) y obesidad (IMC \geq 30). Se compara esta información con la observada en las mediciones objetivas realizadas posteriormente a la entrevista telefónica.

Resultados: La información autodeclarada de hipertensión muestra una sensibilidad (S) de 62,9% (IC 95%: 59,5-66,3) y una especificidad (E) de 94,2% (92,9-95,4). Para el colesterol varía en función del punto de corte utilizado: S de 76,9% (73,6-80,2) y E de 89,1% (87,4-90,8) para \geq 240 mg/dl (criterio ATP III); S de 47,0% (44,3-49,7) y E de 95,6% (93,9-97,1) para \geq 193 mg/dl (European Health Risk Monitoring); S de 51,2% (48,3-54,0) y E de 94,7% (93,1-96,3) para \geq 200 mg/dl (adaptación española ESC Guidelines). El diagnóstico autorreferido de diabetes describe una S de 75,5% (69,1-81,9) y E de 98,7% (98,1-99,2). La S y E de estar tomando medicamentos para el control de estas enfermedades superan el 90%. Finalmente, la S del sobrepeso-obesidad es del 83,5% y 66,1% y la E del 96,2% y 98,3%.

Conclusiones: La validez de las estimaciones varía en función del factor de estudio. Es alta para la diabetes y sobrepeso-obesidad; moderada para hipertensión, colesterol (\geq 250 mg/dl) y obesidad; siendo más baja para la hipercolesterolemia elevada utilizando puntos de corte inferiores. Cuando no sea posible utilizar medidas objetivas, debería corregirse la desviación de las estimaciones autodeclaradas con los resultados obtenidos en este estudio.

Financiación: FIS: PI071213.

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR E INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR IAM EN ALBACETE (1998-2004)

G. Vega, A. Navarro, P. Jiménez, E. Almar, A. Mateos, J. Lucas, et al
Complejo Hospitalario Universitario. Albacete (CHUA); CHUA; Hospital de Hellín. Albacete. Delegación de Sanidad. Albacete. Delegación de Sanidad. Albacete. CHUA.

Antecedentes/objetivos: La cardiopatía isquémica (CI) es un problema emergente de salud pública. La incidencia de CI aumenta, persistiendo una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en estos pacientes. No obstante, existen pocos registros poblacionales que muestren tendencias. Objetivo: Registrar la tendencia en la prevalencia de los FRCV y tasas de incidencia, ataque, mortalidad y letalidad por IAM en la provincia de Albacete.

Métodos: Diseño: Estudio observacional y longitudinal. Pacientes: todos los casos fatales y no fatales de IAM ocurridos en la provincia de Albacete durante los años 1998-2001, y todos los casos hospitalarios desde 2002-2004. Variables: sexo, edad, HTA, DM Hipercolesterolemia, tabaquismo, CI previa, IAM seguros, posibles o casos insuficiencias (Criterios IBERICA) y mortalidad a 28 días. ANÁLISIS: Las tasas se calcularon según los datos del INE para la población de Albacete entre 25-74 años (208.869 en 1998 hasta 225.011 habitantes en 2001). Tendencia de los FRCV desde 1998-2004 y de las tasas desde 1998-2001.

Resultados: Durante los siete años se registraron 2.121 pacientes con IAM: 1.663 seguros, 278 probables y 180 con datos insuficientes. Las tasas de incidencia considerando las 3 categorías desde 1998 a 2001 fueron: 146,0 casos/100.000 personas (95% CI: 129,9-162,1), 148,6 c/100.000p (95% CI: 132,5-164,8), 148,2c/100.000 p (95% CI: 132,1-164,3) y 140,4c/100.000p (95% CI: 124,95-155,9), respectivamente. La tasa de ataque durante los 4 años fue 145,7 c/100.000 personas-año (95%CI: 137,7-153,7/100.000 h-año); 226,3c/100.000 hombres-año (95% CI: 212,1-240,4) y 65,6c/100.000 mujeres-año (IC 95%: 58,0-73,2/100.000 m-año). La tasa de mortalidad fue: 53,0 muerte/100.000 personas (IC 95%: 43,3-62,7), 59,6 m/100.000 p (IC 95%: 49,4-69,9), 56,65 m/100.000 p (IC 95%: 46,7-66,6) y 46,7/100.000 p (IC 95%: 37,7-55,6), respectivamente. La letalidad desde 1998 a 2001 fueron: 36,3% (95% IC: 31,0-41,9%), 40,4% (95% IC: 34,9-45,9%), 38,2% (95% IC: 32,8-43,6%) y 33,2% (95% IC: 27,9-38,6%). El 22% eran mujeres con una edad media de 62 años (DE: 10 años). La prevalencia de FRCV se describe en la siguiente tabla:

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tabaquismo	41	34	32	35	39	37	42
Hipertensión	50	48	43	50	44	55	54
Hipercolesterolemia	37	37	37	39	41	44	43
Diabetes	35	31	32	39	34	31	36
IAM previo	14	17	13	15	16	14	15
Angina previa	17	17,5	16	15	11	13	11

Conclusiones: Las tendencias en las tasas de incidencia, mortalidad y letalidad por IAM son estables durante los años de estudio. Existe una alta prevalencia de FRCV en los pacientes con IAM, manteniéndose constante durante los 7 años de registro. Financiación: FIS:98/0918, PI021300.

IMPACTO DE LA DIABETES EN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES MACROVASCULARES EN LA COMUNIDAD DE MADRID

N. García, B. Zorrilla, E. Gil, I. Cuadrado, L. Díez, I. Galán, B. Borstein, et al
S. Epidemiología. D.G. Atención Primaria. Consejería de Sanidad. C. Madrid; S. Bioquímica Clínica. Hospital Puerta de Hierro.

Antecedentes/objetivos: La diabetes es una enfermedad cada vez más frecuente con un importante impacto en la salud de la población, fundamentalmente a través del mayor riesgo para desarrollar lesiones arterioscleróticas. Tanto la diabetes como sus complicaciones son prevenibles a través de intervenciones de prevención primaria y secundaria. Se estima el riesgo de ingresos

hospitalarios por enfermedades macrovasculares en población diabética frente a no diabética, así como el impacto de la diabetes en los ingresos de la población de 30-74 años.

Métodos: La fuente de información analizada fue el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria de la CM de 2006, que recoge todos los centros hospitalarios públicos y privados. Se seleccionan las altas con diagnóstico principal de Infarto agudo de miocardio (IAM) (código 410 de la CIE 9-MC) y enfermedad cerebrovascular (ECV) (códigos 433-436, 437,0-3, 437,9). Para la amputación no traumática de miembro inferior (AMI), se seleccionan los códigos 84,10-84,17 en los procedimientos quirúrgicos. Se consideran altas en pacientes diabéticos las que incluye el código 250 en un diagnóstico secundario para el IAM y la ECV. Y en AMI, código 250 en un diagnóstico principal o secundario. La prevalencia de diabetes se obtuvo de la estimada en el estudio Predimerc (Encuesta poblacional de prevalencia de DM, con glucemia en ayunas) con un 8,1% de personas diabéticas extrapolándola, por grupos de edad y sexo, a la población de la CM del padrón de 2006. Se ha estimado la razón de tasas estandarizada (RTE) en población con y sin diabetes, tomando como población estándar la europea de 1990 y la fracción atribuible a la diabetes de las altas en la población total.

Resultados: Las RTE fueron de 3,4 (2,4-4,7) en mujeres y 1,6 (1,4-1,8) en varones para el IAM; para las altas por ECV las razones son 2,1 (1,7-2,7) y 1,4 (1,3-1,6) para varones y mujeres, respectivamente. En relación a la AMI, las mujeres presentan una RTE de 20,3 (6,7-61,1) y los varones de 10,2 (7,0-14,7). El porcentaje de altas totales relacionadas con la diabetes (fracción atribuible) en el IAM es 14,1% en varones y 26,6% en mujeres. Este porcentaje es del 17,9% y 17,1% en la ECV y 61,9% y 60,9% en la AMI en varones y mujeres, respectivamente.

Conclusiones: La diabetes tiene un impacto importante en las altas hospitalarias por las principales enfermedades macrovasculares. Las personas con diabetes presentan riesgos de ingreso superior a las personas no diabéticas, hasta 20 veces mayor para la AMI en mujeres. El impacto de la diabetes en el total de altas hospitalarias es similar para ambos sexos en la AMI y la ECV y mayor en las mujeres para el IAM.

Financiación: FIS: PI071213.