
PÓSTERES IV

Viernes, 17 de octubre de 2008
13:30 a 14:30

Vigilancia epidemiológica IV

Modera: Dolors Carnicer

MEJORAS EN LA EXHAUSTIVIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO) A PARTIR DE LA RECOGIDA AUTOMATIZADA DE INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

G. Rivas Costa, J. Astray Mochales, M.F. Domínguez Berjón, R. Gènova Maleras, M.D. Esteban Vasallo, C. García Fernández, M. Ordobás Gavín, A. Estirado Gómez, R. Ramírez Fernández, et al

Servicio de Informes de Salud y Estudios; Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Valorar la contribución a la exhaustividad del registro EDO que supondría la puesta en marcha de sistemas automatizados de recogida de información, a partir de la historia clínica electrónica de atención primaria (HCEAP) y de atención hospitalaria (CMBD), utilizando el método captura-recaptura.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en la Comunidad de Madrid (CM) durante el año 2005. Se analizan 13.578.074 episodios de la HCEAP de 418 centros de salud (99,9% de cobertura) y 829.447 altas hospitalarias registradas en centros públicos y privados (CMBD). Se incluyen 10.954 posibles casos que tienen un código de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) y una rúbrica (texto libre) específica de EDO individualizada; 3.475 casos procedentes de CMBD (código CIE-9 de EDO individualizada) y 1.228 casos de EDO individualizada declarados a la Red

de Vigilancia Epidemiológica. Para el análisis de la exhaustividad se usa el método de captura-recaptura para tres registros. Se analizan también los atributos del sistema. Se utiliza la rutina captura-recaptura del módulo de vigilancia en salud pública de EPIDAT versión 3.1.

Resultados: Las mejoras estimadas en las tasas de exhaustividad son las siguientes: Legionelosis (15,5% con CMBD, 9,5% con HCEAP y 19,8% con ambos), Tuberculosis (7,9% CMBD, 21,5% HCEAP y 27,0% ambos), Enfermedad meningocócica (9,3% CMBD, 10,4% HCEAP y 18,1% ambos), Hepatitis A (2,0% CMBD, 31,7% HCEAP y 33,1% ambos), Gonococia (52,8% HCEAP), Sífilis (48,6% HCEAP), Tos ferina (3,5% CMBD, 31,6% HCEAP y 34,0% ambos), Rubéola (21,4% HCEAP).

Conclusiones: La automatización de la recogida de información procedente de la historia clínica electrónica de atención primaria (HCEAP) y de atención hospitalaria (CMBD), producirá mejoras importantes en la exhaustividad de los sistemas de vigilancia epidemiológica, permitirá analizar patrones temporo-espaciales a tiempo real y mejorará de forma importante otros atributos del sistema.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDUCTUALES Y PREVALENCIA DE VIH/ITS EN MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO EN CATALUÑA

C. Folch¹, C. Sanclemente², V. González^{1,3}, E. Bascuñana³, J. Casabona^{1,4}, et al

¹CEEISCAT. ²Àmbit Prevenció. ³S. Microbiologia del HUGTIP. ⁴UAB. Unidad docente del HUGTIP.

Antecedentes/objetivos: La monitorización conductual en mujeres trabajadoras del sexo (TS) en Cataluña se inició en 2005 como parte del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del VIH/ITS (CEEISCAT/DG Salud Pública). El objetivo de este estudio es describir las características sociodemográficas, conductuales y la prevalencia de VIH, C. trachomatis (CT) y N. gonorrhoea (NG) en mujeres trabajadoras del sexo (TS) reclutadas en 2007.

Métodos: Estudio transversal mediante un cuestionario anónimo (período de referencia: últimos 6 meses). Una muestra de conveniencia de 400 mujeres se seleccionó estratificando por comunidad autónoma y país de origen (56 españolas, 105 latinoamericanas, 163 de países del Este de Europa y 76 africanas). Se recogieron muestras de fluido oral y orina para determinar prevalencia de VIH y de NG/CT, respectivamente.

Resultados: De las 400 mujeres, un 49,5% se reclutó en clubes, un 27,3% en la calle y un 23,3% en pisos. La edad media de las mujeres fue de 29 años (DT:9,4). El 48,2% de las mujeres había tenido algún hijo y el 38% declaró tener otros niños a cargo. La prevalencia de interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) fue del 50%. El 98,2% usaba siempre el preservativo en las relaciones sexuales con clientes no hijos, el 93,6% con clientes hijos y el 14,1% con las parejas estables. El 44,2% declaró consumir alcohol frecuentemente (29,5% más de 10 copas a la semana) y el 26,6% drogas ilegales en alguna ocasión. El 7,5% refirió consumo inyectado de drogas (7 españolas y una latinoamericana). De las que se habían realizado el test del VIH en alguna ocasión (84,8%), 2 mujeres declararon ser VIH-positivas. La prevalencia de VIH en las muestras de fluido oral fue de 2,5%. La prevalencia de CT y NG en orina de 8,8% y 1,0%, respectivamente. La infección por VIH se asoció al uso de drogas inyectadas (el 40% de las mujeres VIH+ refirió ser usuaria de drogas inyectadas frente al 1% de las VIH-, $p < 0,05$).

Conclusiones: Se observa una elevada prevalencia de IVE y un escaso uso del preservativo con la pareja estable en mujeres TS reclutadas en Cataluña. Estos datos junto con el incremento observado en la prevalencia de CT con respecto al 2005 (5,5% vs. 8,8%, $p = 0,077$) hacen necesario reforzar la educación e información para la prevención de estas infecciones en el colectivo, así como la investigación de las barreras para el uso del preservativo con la pareja estable. Aunque el uso de drogas inyectadas es minoritario, se observa una asociación entre haber consumido drogas por vía parenteral y la infección por el VIH, siendo necesario también mantener los programas de reducción de daños en estas mujeres.

EVALUACIÓN INTERNA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A ALERTAS DE SALUD PÚBLICA DE ARAGÓN, 2007

J.P. Alonso, J.R. Ipiens, B. Adiego, P. Rodrigo, C. Malo, S. Martínez, et al
Servicio de Vigilancia en Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.

Antecedentes/objetivos: El Sistema de Atención a Alertas de Salud Pública (SAA-SP) funciona en Aragón desde el 2006. Su objetivo es garantizar el control de las alertas de salud pública en Aragón fuera del horario habitual de trabajo. Consta de 8 personas de guardia semanal (2 en Huesca, 2 en Teruel, 3 en Zaragoza y un coordinador para Aragón) con igual distribución para los ámbitos de vigilancia epidemiológica, seguridad ambiental y seguridad alimentaria. Se presenta la evaluación interna, a partir de indicadores del propio sistema, del año 2007.

Métodos: Se han obtenido datos de estructura de las bases administrativas de participantes y datos de actividad de la base de datos que usan los coordinadores del sistema, que recoge variables de todas las alertas notificadas (fecha y hora, localización, fuente, comunicación, denominación, tipo de alerta, ámbito, número de afectados, intervención y resolución). Para obtener indicadores de resultados se ha realizado una valoración de la importancia de las alertas, la calidad de la intervención realizada y el grado de control alcanzado, según las puntuaciones dadas por 3 personas designadas como evaluadores. Se realiza una descripción de los indicadores por provincia, ámbito de actuación, tipo de alerta y otras variables.

Resultados: Participaron 188 personas en el SAA-SP, la mitad de los técnicos de SP de Aragón. La rotación de guardias fue variable según áreas de trabajo y ámbito, desde 8,7 a 1 guardias por año. Se atendieron 70 alertas (5,5 por 100.000 habitantes y año), el 80% en Zaragoza. En Huesca y Teruel hubo largos periodos sin alertas. De media, un 1,6% de los días de guardia hubo alguna actuación. Las alertas más frecuentes fueron del ámbito de vigilancia (41%) y alimentaria (26%) o combinación de ambas (14%). Los tipos más frecuentes fueron las enfermedades de transmisión respiratoria, los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos y las situaciones de riesgo por alimentos. La mayor parte de alertas se han resuelto según protocolos del SAA-SP y tienen un informe escrito. La valoración de resultados indica de media una importancia de las alertas pequeña, y aceptable calidad de la intervención realizada y grado de control alcanzado.

Conclusiones: Al ser el primer año y con un número bajo de alertas atendidas no se puede considerar una evaluación completa, que deberá continuarse en años sucesivos. Los indicadores de este año sugieren un bajo nivel de actividad del sistema, bajo nivel de importancia de las alertas, predominio de las de vigilancia y alimentaria, y buena calidad de la actividad.

REEMERGENCIA DE LA PAROTIDITIS EN 2007 A PESAR DE LA VACUNACIÓN

C. Arias, M.R. Sala, A. Recasens, et al

Unidad de Vigilancia Epidemiológica Región Centro, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, Terrassa.

Antecedentes/objetivos: La parotiditis es una enfermedad de declaración obligatoria sujeta a vacunación. En Cataluña se vacuna con dos dosis desde 1988 (a los 15 meses y 11 años de edad), y desde 1998 la segunda dosis a los 4 años de edad. Los nacidos en Cataluña entre 1993 y 1996 pueden haber recibido la vacuna con la cepa Rubini del virus que se ha demostrado menos inmunógena. En Cataluña dada la incidencia muy baja de parotiditis y la cobertura vacunal > 92% se planteó como objetivo de salud su eliminación, sin embargo en 2007 hubo un brote epidémico de la enfermedad. En este estudio se analizan los factores epidemiológicos de los casos declarados de parotiditis a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Región Centro durante el año 2007, especialmente los antecedentes vacunales.

Métodos: Se hizo una definición clínica de caso de parotiditis (aparición de forma brusca de una tumefacción uni o bilateral de la parótida u otras glándulas salivales de dos o más días de duración sin causa aparente). Se utilizó un cuestionario estándar para la recogida de datos sociodemográficos, clínicos, y epidemiológicos, incluyendo los antecedentes vacunales. La confirmación

diagnóstica se realizó por el Servicio de Microbiología del Hospital Clínico de Barcelona a través de la detección del virus por RT-PCR y/o detección de IgM antiparotiditis.

Resultados: Se declararon 137 casos, la mayoría entre mayo y agosto (70% de los casos). El 44% de los casos se confirmaron por el laboratorio y el 15% tenían relación epidemiológica con un caso confirmado. La tasa de incidencia anual fue de 14,8/100.000. El 89% de los casos eran mayores de 4 años, el 69% eran varones. El 68% de los casos habían recibido 2 dosis de vacuna, el 24% con alguna dosis administrada entre el 1993-1996 (probabilidad de vacuna con cepa Rubini). El 44% de los casos formaron parte de los 6 brotes epidémicos.

Conclusiones: Se debe sospechar parotiditis independientemente del estado vacunal. La vacuna frente a la parotiditis no infringe protección completa ya que la mayoría de los casos tenían dos dosis de vacuna y sólo unos pocos podían haber recibido vacuna con cepa Rubini. Otras estrategias para el control, además de la vacuna, han de incluir la notificación y el diagnóstico rápido que permitan adoptar otras medidas (aislamiento, abstención laboral o escolar, etc.).

INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y MEDIDAS DE CONTROL ANTE ALERTA POR CASO AISLADO DE SARAMPIÓN

R. López Márquez, M. Cortés Majó, A. Roldán Garrido, R. Sillero Sánchez, P. Nieto Cervera, et al

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; Distrito Sanitario Sevilla.

Antecedentes/objetivos: Uno de los objetivos del Plan de eliminación de sarampión y rubéola en España es eliminar el sarampión endémico. En este contexto, la presencia de un caso aislado de sarampión constituye una alerta en salud pública y exige la puesta en marcha de una intervención. Describir la intervención realizada ante la presencia de un caso aislado de sarampión para: confirmar el caso, identificar el origen del contagio, detectar posibles casos secundarios, determinar el estado de vacunación con la triple vírica (TV) de los contactos del caso y realizar captación para iniciar o completar la inmunización con la vacuna TV.

Métodos: Notificación urgente del caso al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) y confirmación del mismo mediante envío de muestra de suero a laboratorio de referencia. Definición de contacto del caso y de los períodos de incubación y transmisibilidad tras análisis de los ejes persona-lugar-tiempo. Búsqueda de otros casos a través de la información del SVEA y de entrevistas con informantes clave (pediatras de la zona, padres y monitores de los contactos). Documentación del estado vacunal del caso y los contactos a través de consulta al registro del Ayuntamiento (ámbito local) y aplicación de vacunas "evac". Captación para la vacunación mediante contacto telefónico.

Resultados: Se trata de un caso de sarampión confirmado mediante serología en fase aguda (Ig M positiva) que se produjo en niña de 9 años con antecedentes de vacunación con dosis dos documentadas de TV. El período de incubación coincidió con la estancia del caso en un campamento. No pudo demostrarse la exposición de la paciente a otro caso sospechoso/confirmado de sarampión. Se consideraron contactos su núcleo familiar y compañeros del campamento: en total, 74 personas con edades entre 8 y 43 años. No se detectó ningún caso secundario. De los 68 contactos en los que la vacuna TV estaría indicada (nacidos después de 1985), 21 (30,9%) se consideraron susceptibles de inmunización; dos no habían recibido ninguna dosis, once habían recibido sólo una dosis y ocho contactos de los que no se consiguió información sobre su estado de vacunación. Con dos dosis (documentadas o referidas) estaban vacunados 37 contactos (54,4%). No se dispuso de los datos de filiación de 10 contactos.

Conclusiones: Ante la falta de vínculo epidemiológico con otro caso, éste debe clasificarse como endémico. Es llamativo que el caso se haya mantenido aislado, ya que entre los contactos se detectaron niños no vacunados. Es posible que se presentaran casos muy leves sin relevancia clínica ni epidemiológica. La cobertura vacunal puede haber quedado infraestimada por la dificultad para obtener la información de los contactos.

EVALUACIÓN EXTERNA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A ALERTAS DE SALUD PÚBLICA DE ARAGÓN, 2007

J.P. Alonso, J.R. Ipiens, B. Adiego, S. Martínez, P. Rodrigo, C. Malo, et al
Servicio de Vigilancia en Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.

Antecedentes/objetivos: El Sistema de Atención a Alertas de Salud Pública (SAA-SP) funciona en Aragón desde el 2006. Su objetivo es garantizar el control de las alertas de salud pública en Aragón fuera del horario habitual de trabajo. Consta de 8 personas de guardia semanal (2 en Huesca, 2 en Teruel, 3 en Zaragoza y un coordinador para Aragón) con igual distribución para los ámbitos de vigilancia epidemiológica, seguridad ambiental y seguridad alimentaria. Se presenta la evaluación externa, a partir de las encuestas de evaluación realizadas por los trabajadores del sistema, del año 2007.

Métodos: Se desarrolló un cuestionario específico. Las variables generales incluían el ámbito de trabajo, dependencia, profesión y provincia. Se valoraron, puntuando en una escala de 1 (peor valoración) a 5 puntos (mejor), los siguientes aspectos: protocolos, materiales/equipos, transporte, horarios, efectivos, comunicación, carga de trabajo, organización de turnos y equipos, efectividad y valoración general. Además, se dio la posibilidad de escribir comentarios y sugerencias en cada apartado y en general. Se realizó una descripción de las puntuaciones para cada variable de valoración por cada una de las variables generales.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 48%. La valoración de los apartados fue: protocolos 3,1; materiales/equipos 2,8; transporte 3,6; horarios 3,7; efectivos 2,7; comunicación 3,8; carga de trabajo 2,6; organización de turnos 2,7; de equipos 2,5; efectividad 3,5; valoración global 3,2. La media de puntuaciones de los 10 aspectos concretos fue 3,1. Se detectaron diferencias por provincia (peor valoración en Huesca), ámbito de trabajo –profesión (peor en alimentaria), y dependencia (peor periférico). Los comentarios escritos fueron abundantes (227) y mostraron problemas en el sistema, destacando la necesidad de protocolos más prácticos, la baja disponibilidad de materiales/equipos, la cobertura de 15 a 18 h en día laborable, la demanda de que haya 3 profesionales de guardia en Huesca y Teruel, y la desigual distribución de guardias entre profesionales.

Conclusiones: Según los participantes, el SAA-SP obtiene un aprobado justo (3,1), con diferencias poco importantes entre apartados. Se considera que el sistema es efectivo para solucionar alertas aunque debe mejorar. Las demandas de mejores protocolos, disponibilidad de materiales/equipos y la cobertura en horario de 15 a 18 horas son asumibles. No existe justificación con la carga de trabajo actual para poner un profesional más de guardia en Huesca y Teruel. Por último, la distribución de guardias no obedece al criterio de repartirlas entre profesionales, ya que éste no es el objetivo del sistema.

INCIDENCIA Y BROTES POR YERSINIA ENTEROCOLITICA EN CASTELLÓN

A. Yagüe-Muñoz, J.B. Bellido-Blasco, E. Silvestre-Silvestre, J.A. López-Portoles, M.D. Ferrer, M.A. Romeu-García, A. Arnedo-Pena, C. Herro-Carot, et al

Laboratorio de Microbiología del Hospital de la Plana (Castellón); Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Castellón (CIBERESP); Laboratorio de enterobacterias. Centro Nacional de Microbiología; Laboratori de Salut Pública de la Agència Salut Pública Barcelona.

Antecedentes/objetivos: La epidemiología de *Y. enterocolitica* no es muy conocida España. Describimos aquí los casos y brotes diagnosticados desde enero de 2006 hasta la fecha actual (mayo de 2008) en un área de Castellón.

Métodos: Casos con coprocultivo positivo identificados el un área de 180.050 habitantes, durante el período mencionado. Parte de las cepas fueron serotipadas. Los casos fueron encuestados telefónicamente síntomas y factores de riesgo. Cuando se detectó un brote, se investigó sobre el terreno y se tomaron muestras de alimentos en los domicilios. Se ha calculado la incidencia en los años completos 2006 y 2007, y se describen las características de los casos de la totalidad del período, así como los brotes detectados.

Resultados: Se han diagnosticado 47 casos (16 en 2006, 23 en 2007 y 8 hasta mayo de 2008). La incidencia bianual total fue de

0,22 por mil. La mayor incidencia se dio en niños de 1-4 años (3,5 por mil, 28 casos) seguida por los menores de un año (2,0 por mil, 4 casos), centrados en los meses consecutivos de septiembre a enero. De la totalidad de casos, el 65% (29) eran mujeres, y el 80% menores de 5 años (rango de edad de 0.6 a 90 años). Los síntomas fueron diarrea (entre 1 y más de 20 deposiciones), dolor abdominal, vómitos y fiebre. La duración de los síntomas tuvo un promedio de 17 días (7-36). Veinticinco cepas fueron todas serotipo O:3 biotipo 3. Se detectaron dos brotes en sendas familias rumanas en una misma localidad, con domicilio cercano y en un lapso menor de dos meses. Se encontraron factores de riesgo en ambas familias (manipulación de alimentos y condiciones higiénicas deficientes, consumo de productos cárnicos de cerdo de oríen dudoso en una de ellas). Las muestras de alimentos fueron negativas.

Conclusiones: El patrón epidemiológico encontrado es el de mayor incidencia en niños pequeños y en los meses fríos; casos esporádicos, no hospitalizados. La incidencia de *Y. enterocolitica* en nuestra área no es tan baja como se suponía. No se encontraron datos llamativos respecto a factores de riesgo en el conjunto de casos, pero sí en los brotes familiares, que habían pasado desapercibidos al sistema de vigilancia epidemiológica convencional. El relativamente largo período de incubación junto a la demora entre inicio de síntomas y diagnóstico hacen difícil encontrar alimentos contaminados cuando se investigan estos brotes. Algunos factores de riesgo en las familias implicadas en los brotes podrían ser prevenidos mediante la educación sanitaria y la vigilancia veterinaria de salud pública.

TUBERCULOSIS EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE GRANADA EN EL PERÍODO 2003-2007

M.J. Velasco Rodríguez, D. Almagro Nievas, C. del Moral Campaña, et al
Distrito Metropolitano de Granada; Distrito Metropolitano de Granada; Distrito Metropolitano de Granada.

Antecedentes/objetivos: Entre los años 2003 y 2007 se observó un incremento de la incidencia de tuberculosis (TBC) en el Distrito Metropolitano de Granada (DMG) que contrasta con el descenso registrado en Andalucía y en España en el mismo período de tiempo. El objetivo de este estudio es describir la evolución de la incidencia de TBC en el DMG y estudiar qué factores pueden estar influyendo en el aumento del número de casos declarados.

Métodos: El DMG acoge a una población de carácter periurbano y rural, y consta de unas 353.000 personas. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a partir del registro informático del Sistema Integrado de Alertas (SIA) de Andalucía. Se estudiaron variables demográficas (edad y sexo), factores de riesgo para TBC (VIH / SIDA, alcoholismo, toxicomanías, diabetes, insuficiencia renal...) y finalización del tratamiento. Además se estudiaron otras variables que permiten considerar como una alerta epidemiológica un caso de TBC: situaciones de especial control desde el punto de vista epidemiológico (educador, personal sanitario, interno en prisión, vagabundo, residentes de instituciones cerradas), resistencias a fármacos antituberculosos y casos en inmigrantes.

Resultados: Se notificaron un total de 220 casos nuevos de TBC. La incidencia experimentó un incremento progresivo, desde 11,1 casos por cada 100.000 habitantes en el año 2003 hasta 17,3 casos por 100.000 habitantes en el 2007. Dentro de las situaciones de especial control epidemiológico destacó por su frecuencia estar internado en prisión (Centro Penitenciario de Albolote). En el 54,5% de los pacientes declarados se registró la finalización del tratamiento en el SIA. Se estudiaron resistencias a antituberculosos solamente en el 33% de los casos declarados, encontrando resistencia a estreptomycin en tres pacientes con TBC. En 2003, el 2,6% de los casos de TBC declarados fueron inmigrantes (un caso), mientras que en 2007 fueron el 19,4% (13 casos). También existió un aumento en el número de casos en españoles, aunque dicho incremento fue de menor magnitud proporcionalmente que en inmigrantes.

Conclusiones: El incremento de la incidencia de TBC en el DMG en el período 2003-2007 se puede parcialmente explicar por el aumento de casos declarados en prisión y de los casos en inmigrantes. Es mejorar en la valoración sistemática de resistencias a antituberculosos y en el seguimiento del mayor número posible de pacientes para comprobar la finalización del tratamiento prescrito.

EVALUACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL PALUDISMO EN LA ISLA DE SANTIAGO-CABO VERDE, 2004-2006

R. Wellez, D. Herrera, J. Cascante, E. Negro, et al
PEAC-CNE. Madrid.

Antecedentes/objetivos: El paludismo fue casi eliminado del archipiélago de Cabo Verde entre 1940 y 1970. La transmisión de la enfermedad ahora sólo se observa en la isla de Santiago donde se producen brotes. Ésta es la primera evaluación de la vigilancia del paludismo en Cabo Verde con el objetivo de identificar las actividades del paludismo en la Isla de Santiago entre los años 2004-2006 con el fin de formular recomendaciones para mejorar el sistema actual.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de los casos de paludismo notificados en la isla Santiago entre 2004 y 2006. A los efectos de este estudio, un caso se definió como cualquier persona con diagnóstico de paludismo entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2006 notificado y registrados en la base de datos del Programa Nacional de Lucha contra el Paludismo (PNLP) del Ministerio de Salud de Cabo Verde. Un caso confirmado se definió como cualquier persona con parasitemia palúdica notificada en el registro de laboratorio de la delegación de la salud de Praia. Caso autóctono todo aquel adquirido dentro del territorio nacional. Se evaluaron los siguientes atributos cualitativos: simplicidad, flexibilidad y calidad de los datos. Del atributo cuantitativo se estudió la sensibilidad utilizando el método de Captura-Recaptura.

Resultados: En el período de estudio, fueron notificados 154 casos en la base de datos del PNL y 151 casos por el laboratorio, con un aumento significativo de los casos autóctonos en la capital Praia con (83%). Ambos registros tienen un 9% (28) casos notificados comunes. El 100% de los casos confirmados por el laboratorio fueron por *Plasmodium falciparum*. La edad mediana de los casos fueron 26 años (rango 2-78), con mayor incidencia en los hombres (sexo ratio 3:1). El sistema no es sencillo, la definición de caso no es estandarizada, la calidad de los datos es deficiente. La sensibilidad de los sistemas fue 50,4% (524 casos). La sensibilidad del PNL fue 18,61% y del laboratorio 34,14%.

Conclusiones: Existe una subnotificación de casos del paludismo. La estimación de la sensibilidad explica la subnotificación real de los casos en la isla de Santiago. Recomendamos replantear la estrategia de vigilancia insistiendo en la formación de técnicos implicados sobre la correcta utilización del Manual Integrado de Vigilancia y Respuesta (VIDR). Esta evaluación ha permitido identificar las necesidades de formación del personal que participa en la vigilancia del paludismo, revisión y actualización de procedimientos y metodologías de recolección de información entre los diferentes niveles del sistema.

PÓSTERES IV

Viernes, 17 de octubre de 2008
13:30 a 14:30

Estilos de vida

Moderada: Meia Faixedas

PREVALENCIA DE SEDENTARISMO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE GALICIA

M. Pérez-Ríos, M.I. Santiago-Pérez, A. Malvar, et al
Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Antecedentes/objetivos: El sedentarismo es un importante factor de riesgo vascular, que asociado al aumento de la prevalencia de obesidad en los países desarrollados y a la presencia de otros factores, como tabaquismo o las modificaciones producidas en la dieta, hacen que sea imprescindible conocer su prevalencia

cia en una población. El objetivo de este trabajo fue estimar la prevalencia de sedentarismo de la población adulta gallega en función de determinadas características.

Métodos: Los datos se obtuvieron de la encuesta realizada en 2007 en el marco del sistema de información sobre conductas de riesgo de Galicia (SICRI), que realiza encuestas telefónicas anuales mediante un sistema CATI. La encuesta de 2007 estaba dirigida a la población de 16 años y más e incluyó $n = 7.819$ personas seleccionadas por muestreo aleatorio estratificado a partir del registro poblacional de Tarjeta Sanitaria. La encuesta incluía el cuestionario Minnesota de actividad física en el tiempo libre, y para este análisis se excluyeron las personas que realizan algún deporte de forma profesional o federada (321). Se calcularon prevalencias de sedentarismo (gasto energético ≤ 1.000 Kcal/semana) en función de: sexo, grupo de edad, nivel de estudios (Básicos, medios, superiores) ámbito (urbano, rural), convivencia en pareja, situación laboral (trabaja, labores del hogar, no trabaja), adherencia a la dieta mediterránea, índice de masa corporal categórico (bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad) y consumo de tabaco (nunca fumador, exfumador, fumador). La muestra se ponderó de acuerdo al tipo de muestreo, y se calcularon intervalos de confianza del 95%.

Resultados: La prevalencia global de sedentarismo en la población gallega se estima que es del 21,3% (20,2-22,4), más alta entre los hombres (29,6 vs 14,2; $p < 0,05$). Es mayor la prevalencia entre los gallegos adultos de 16 a 24 años (26,3%), entre aquellos que no viven en pareja (24,1%), entre los que no trabajan (24,9%), fumadores o exfumadores (23,5-23,2%), entre aquellos con bajo peso (31,2%) y que su dieta presenta adherencia baja o moderada a la dieta mediterránea (24,8%). Destaca la baja prevalencia de sedentarismo entre las personas que se dedican a las labores del hogar (5,1%). La realización de actividades domésticas supone un gasto energético muy importante (media de 1.754 Kcal/semana) y que a la vez lo realiza casi el 50% de la población incluida en este análisis. La natación es el ejercicio físico que más gallegos adultos realizan.

Conclusiones: La caracterización del sedentarismo permitirá diseñar de manera adecuada las políticas de Salud Pública orientadas a disminuir la prevalencia de este factor de riesgo cardiovascular. Uno de los grupos objetivo deberían ser los jóvenes.

EXPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN GALLEGA AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO (HAT): ESTUDIO PRE-POST LEY

M. Pérez-Ríos, M.I. Santiago-Pérez, B. Alonso de la Iglesia, A. Malvar, et al
Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia.

Antecedentes/objetivos: En Enero de 2006 se implantó en España la Ley 28/2005 de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo. La Ley establece la prohibición total de fumar en lugares cerrados de trabajo, excepto en la hostelería donde la prohibición es parcial y se permite la autorregulación. Los objetivos de este trabajo son evaluar la exposición autodeclarada por la población gallega al humo ambiental de tabaco (HAT) pre-Ley (2005) y post-Ley (2006-2007), en casa, en el trabajo y en los lugares de ocio.

Métodos: En Galicia en el año 2005 se implantó el sistema de información sobre conductas de riesgo (SICRI). En el contexto de este sistema se realizan encuestas telefónicas anuales de base poblacional empleando el sistema CATI. La selección de las muestras es aleatoria estratificada, y son representativas de la población gallega de 16 años y más. En 2005, 2006 y 2007 se preguntó por la exposición a HAT en casa, trabajo y ocio a 6.492, 7.841 y 7.819 individuos, respectivamente. Los datos presentados son para población de 16 a 74 años, en función del sexo y grupo de edad. La muestra se ponderó de acuerdo al tipo de muestreo, y se calcularon prevalencias de exposición con intervalos de confianza del 95%. Las prevalencias de exposición anuales se compararon empleando la prueba de Wald.

Resultados: En 2005 el 74,6% (73,2-75,9) de la población afirmaba estar expuesta al HAT a diario o de forma ocasional, en 2006 el 73,9% (72,8-75,0) y en 2007 el 85,6% (84,6-86,6). La prevalencia autodeclarada de exposición fue más elevada en hombres y en el grupo de edad de 16 a 24 años. La prevalencia de exposición diaria a HAT en el trabajo fue la que más disminuyó en el período post-Ley [2005: 41,4 (39,7-43,1); 2006: 12,7 (11,5-

13,9); 2007: 13,8 (12,6-14,9)] tanto en hombres como en mujeres. La exposición autodeclarada en casa también disminuyó [2005: 24,0 (22,8-25,2); 2006: 15,6 (14,7-16,5); 2007: 16,3 (15,4-17,2)]. En el ocio disminuyó en 2006 ($p < 0,05$) y volvió a aumentar en 2007 ($p < 0,05$): [2005:25,7 (24,5-26,8); 2006: 19,3 (18,4-20,3); 2007: 23,2 (21,9-24,4)].

Conclusiones: El impacto más importante de la Ley 28/2005 se observa en los lugares de trabajo, al contrario que en los lugares de ocio, en donde a los 2 años de la entrada en vigor de la Ley la exposición declarada es similar a la de 2005.

PREFERENCIAS ALIMENTARIAS ENTRE LOS ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS DE LA COMARCA DE OSONA

M. Torres Moreno, E. Cirera Viñolas, N. Obradors Aranda, et al
Escola Universitaria de Ciències de la Salut - Universitat de Vic.

Antecedentes/objetivos: Las preferencias alimentarias son uno de los factores más importantes que explican las elecciones y el consumo de alimentos y su conocimiento permitirá establecer estrategias para mejorarlo. Este estudio valora las preferencias alimentarias de los escolares y su relación con distintos factores: género, estilos de vida, hábitos alimentarios y estado nutricional.

Métodos: Encuesta realizada a 174 escolares de 8 a 12 años de Osona durante el curso 2006-2007. De un listado de 15 alimentos los escolares identificaban por orden los tres preferidos y los tres rechazados estableciéndose una puntuación combinada (rango -3 a 3). Las puntuaciones obtenidas se estudiaron en relación al género, la práctica de deporte extraescolar, comida en el comedor escolar, calidad del desayuno, dieta mediterránea (DM), composición nutricional de la ingesta: proteínas, hidratos de carbono y lípidos y presencia de sobrepeso u obesidad. Para la descripción de las puntuaciones se utiliza la puntuación mediana (Md) y para su relación con los factores anteriores el test chi-cuadrado.

Resultados: Los alimentos preferidos y no preferidos con mayor frecuencia ($> 40\%$) fueron: pasta/arroz, verduras, pescado, hortalizas, postres lácteos, fruta y legumbres. La pasta y la fruta se encuentran entre los alimentos preferidos (Md = 2 en ambos casos) y el resto entre los rechazados, siendo las legumbres y las verduras los alimentos que menos les gustan (Md = -2 en ambos casos). Según el género se observan diferencias en la valoración de la fruta ($p = 0,035$) y las hortalizas ($p = 0,033$), prefiriéndolas más las niñas. Según la calidad de la dieta, hay diferencias en los postres lácteos, valorándolos mejor los que no siguen una DM ($p = 0,019$) y en las verduras, que valoran mejor los que siguen DM ($p < 0,001$). Aquellos que comen en el comedor escolar valoran peor los postres lácteos ($p = 0,003$) y mejor las hortalizas ($p = 0,008$). Según la composición en macronutrientes de la ingesta, aquellos con ingestas normoproteicas valoran mejor el pescado ($p = 0,039$) y aquellos con ingestas normolipídicas valoran mejor las verduras ($p = 0,001$). En el resto de variables no se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las preferencias alimentarias.

Conclusiones: En la población estudiada se confirma que la pasta es el alimento preferido entre los niños y que las legumbres y las verduras resultan los más rechazados. Entre los factores asociados se observa que aquellos niños con una mejor calidad dietética valoran mejor los alimentos más saludables (verduras, hortalizas y pescado). La clasificación del orden de preferencias y rechazos alimentarios entre estos escolares plantea el camino a seguir para incluir de forma eficiente los alimentos en su alimentación.

EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y PORCENTAJE DE ABANDONO EN EL PROYECTO DÉJALO Y GANA ("INTERNATIONAL QUIT AND WIN (Q&W)" EN LA POBLACIÓN GALLEGA (1998-06)

B. Alonso de la Iglesia, M. Otero Requeijo, M.J. García Blanco, S. Veiga Rodeiro, V. Aldea Míguez, L. Esteban Meruendano, B. Gómez Tato, E. Otero Vázquez, M. Villar Suárez, et al
Servicio de Estilos de Vida Saludables y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia; Delegación Provincial de Sanidad. Pontevedra; Delegación Provincial de Sanidad. A Coruña; Delegación Provincial de Sanidad. Lugo; Delegación Provincial de Sanidad. Ourense.

Antecedentes/objetivos: Las intervenciones comunitarias de promoción de estilos de vida saludables ayudan a transmitir infor-

mación relevante sobre tabaquismo y el acceso a las ayudas para dejarlo. Sabiendo que muchas personas fumadoras realizan varios intentos sin ayuda específica antes de lograr la abstinencia, estas intervenciones de bajo impacto resultan de gran utilidad. Nuestro objetivo es describir la evolución de la participación en el Déjalo y Gana y determinar si estas intervenciones alcanzan tasas de abandono a largo plazo superiores a las tasas espontáneas de abandono.

Métodos: Déjalo y Gana está basado en el compromiso individual de mantenerse abstinentes durante 4 semanas, apoyándose en 2 testigos y material de autoayuda. De entre los participantes se selecciona una muestra para la entrevista individual de valoración de la abstinencia complementada con cooximetría y determinación de cotinina en orina. Doce meses más tarde se realiza un seguimiento telefónico para registrar abstinencia puntual y mantenida.

Resultados: Desde 1998 a 2006 participaron 13.752 personas fumadoras y 22.000 testigos (tasa de participación por 1.000 habitantes: 3,96‰). Un 68,8% (IC: 66,6%-70,9%) declara abstinencia mantenida al mes; el 26,3% (IC: 24,1%-30,1%) abstinencia mantenida al año; y el 34,7% (IC: 33,5%-38,8%) abstinencia puntual a los 12 meses.

Conclusiones: Déjalo y Gana presenta una buena relación coste-eficacia. Las tasas de abstinencia muestran que estas intervenciones son útiles para promover el abandono del tabaco entre la población. Consigue además que un sector de personas fumadoras avance en el proceso de abandono.

IMPACTO DE LA MORTALIDAD ATRIBUIDA AL TABACO SOBRE LA ESPERANZA DE VIDA DE LA POBLACIÓN GALLEGA ENTRE LOS 35 Y LOS 65 AÑOS

M.I. Santiago Pérez, M. Pérez Ríos, S. Cerdeira Caramés, 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: El consumo de tabaco produce mortalidad a edades tempranas, lo que repercute en la esperanza de vida de la población. El objetivo de este trabajo fue medir el impacto que el tabaco tuvo sobre el promedio de años vividos por la población gallega entre los 35 y los 65 años en el período 2001-06.

Métodos: Los "años de esperanza de vida perdidos" (A EVP), propuestos por Arriaga, representan la diferencia entre el promedio de años que vive la población entre dos edades y los que debería haber vivido si no hubiese mortalidad entre esas edades. Para este análisis, se calcularon los A EVP por la población gallega entre los 35 y los 65 años por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. La mortalidad atribuida al tabaco se estimó, empleando un método dependiente de la prevalencia, para 19 enfermedades relacionadas causalmente: 10 tumores, 6 circulatorias y 3 respiratorias; la mortalidad observada se obtuvo del Registro de Mortalidad de Galicia (CIE-10). El análisis se hizo por sexos, y en dos trienios: 2001-03 y 2004-06, y los cálculos se realizaron con Epidat 3.1.

Resultados: El promedio de años vividos por los hombres gallegos entre 35 y 65 años fue de 28,4 en el trienio 2001-03 y de 28,5 en 2004-06; en las mujeres, estos valores fueron 29,3 y 29,4, respectivamente. La diferencia hasta los 30 años que podrían vivir si la mortalidad en esas edades fuera nula es el número de A EVP entre 35 y 64 años: 1,7 y 1,6 en los hombres y 0,7 y 0,6 en las mujeres. El porcentaje de A EVP a causa de la mortalidad atribuida al tabaco descendió en los hombres y aumentó en las mujeres: pasó de 28,1% a 26,8% y de 9,9% a 10,9%, respectivamente, del primer al segundo trienio. En todos los casos, los tumores fueron las causas que más impacto tuvieron sobre los A EVP, fundamentalmente debido al cáncer de pulmón. En los hombres, el 20% de los A EVP por la mortalidad atribuida al tabaco en 2001-03 se debieron a las defunciones ocurridas por estas causas en el grupo de 35-44 años; en 2004-06 este porcentaje se redujo al 15%; en las mujeres, ese porcentaje fue del 26% en los dos trienios.

Conclusiones: La mortalidad atribuida al tabaco tiene un elevado impacto sobre la esperanza de vida de los hombres gallegos entre los 35 y los 65 años, aunque parece estar disminuyendo en los

últimos años. En las mujeres, el impacto es cuantitativamente menor, pero tiene una tendencia creciente.

¿CONOCEN LOS USUARIOS DE COCAÍNA LOS RIESGOS DE PADecer UN PROBLEMA AGUDO DE SALUD TRAS EL CONSUMO?

S. Santos, G. Molist, F. Vallejo, M.T. Brugal, Y. Castellana, M.J. Bravo, A. Domingo-Salvany, G. Barrio, et al

CNE (ISCIII); CIBERESP; ASPB, Barcelona; IMIM Barcelona; UCM Madrid.

Antecedentes/objetivos: Los problemas agudos de salud (PAS) tras consumo de cocaína son considerablemente frecuentes. Desconocemos si los usuarios reconocen los factores que incrementan o disminuyen el riesgo de padecerlos. Objetivo: explorar las "razones percibidas" por los usuarios de cocaína para padecer un PAS y evaluar su consistencia con las "razones objetivas" estudiadas (factores de riesgo establecidos en la literatura científica).

Métodos: Estudio transversal de entrada a una cohorte de consumidores de cocaína (18-30 años) que no han consumido heroína más de 12 veces en los últimos 12 meses. Se recluta 720 participantes en Barcelona, Madrid y Sevilla por métodos de referencia en cadena y fuera de los servicios asistenciales. Entrevista cara a cara con cuestionario semi-estructurado asistido por ordenador y parcialmente autoadministrado por audiocasi. Se define un PAS como cualquier problema de salud físico o mental ocurrido mientras se consumía cocaína o en las 4 horas siguientes. Se investigan las razones por las que pensaban que se producían los PAS, primero en pregunta abierta espontánea y luego seleccionándolas de una lista cerrada. Se define la variable "nivel de conocimiento sobre razones" como "nulo conocimiento" si ninguna de las razones mencionadas coincide con las razones objetivas y "algún conocimiento" si coincide al menos una. Se estudia la asociación de "algún conocimiento" con diferentes variables estimándola mediante OR crudas e intervalos de confianza al 95% por el método de Mantel-Henzse.

Resultados: La "cantidad o calidad de la cocaína" y "tener problemas mentales o de salud previos al PAS" son las razones más mencionadas tanto en preguntas abiertas (30,1% y 14,8%) como cerradas (30,5% y 16,2%). En esta última opción también se seleccionan dos razones que no han sido mencionadas espontáneamente: "vía de administración (13,2%) y "policonsumo concomitante" (6,9%). No se encuentran diferencias significativas según ciudad. El 41,5% de los usuarios tienen "nulo conocimiento". Tener "algún conocimiento" se asocia con residir en Sevilla (OR: 2,82; IC: 1,90-4,17), consumir menos de 3 sustancias diferentes (OR: 1,44; IC: 1,04-2,01), en lugares que no son bares o discotecas (OR: 1,64; IC: 1,17-2,29) y no consumir crack o base en el último año (OR: 1,64; IC: 1,15-2,34).

Conclusiones: Casi la mitad de los usuarios desconocen totalmente los comportamientos de riesgo que pueden facilitar un PAS, y un porcentaje reducido identifica alguno de los factores científicamente establecidos.

Financiación: FIPSE 3625/01; PNSD 2003.

REDUCCIÓN DE DAÑOS: MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE PROBLEMAS AGUDOS DE SALUD TRAS CONSUMO DE COCAÍNA

S. Fernández, S. Santos, J. Hoyos, J. Pulido, G. Molist, B. Vazquez, F. Vallejo, M.J. Bravo, et al

HCUV; CNE (ISCIII); CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: La reducción de daños por consumo de cocaína apenas ha comenzado a explorarse. Sin embargo, los problemas agudos de salud tras consumo de cocaína son llamativamente frecuentes. Objetivo: identificar los comportamientos preventivos de los usuarios de cocaína frente a un problema agudo de salud tras el consumo de cocaína y valorar el papel de los servicios sanitarios.

Métodos: Estudio transversal de entrada a una cohorte de consumidores de cocaína (18-30 años) que no han consumido heroína más de 12 veces en los últimos 12 meses. Se reclutan 720 participantes en Barcelona (234), Madrid (258) y Sevilla (228) por métodos de referencia en cadena y fuera de los servicios asistenciales. Entrevista cara a cara con cuestionario semiestructurado.

rado asistido por ordenador y parcialmente autoadministrado por audiocasi. Variables recogidas: sociodemográficas, patrones de consumo, uso de servicios socio-sanitarios, percepción de salud y PAS padecidos o presenciados. Se define un PAS como cualquier problema de salud físico o mental ocurrido mientras se consumía cocaína o en las 4 horas siguientes. Se realiza un análisis descriptivo estratificado por ciudad con los 374 (51,9%) usuarios que fueron testigos de un PAS alguna vez en su vida, a los que se pidió pensar en el episodio que mejor recuerden y seleccionar de una lista cerrada las acciones preventivas que realizaron y la que consideran más importante de las que realizaron.

Resultados: Las acciones realizadas más frecuentemente por los testigos son: "acompañarlo e intentar tranquilizarlo" (74,6%), "llevarlo a un lugar fresco y ventilado" (51,9%) y "llevarlo a un lugar tranquilo" (48,7%). Sólo un 23,9% "Llamaron a una ambulancia o servicio de urgencias" y un 13,5% lo "llevaron a un hospital o a urgencias". La acción que consideran más importante realizada mas frecuentemente, después de "nada o hicimos lo que debimos" (43,9%) y "otras cosas" (18,2%), fue "llamar a una ambulancia o servicio de urgencia" (11,9%) y "llevarlo al hospital o servicio de urgencia" (8,9%). Desde que ocurrió el PAS hasta que llamaron a la ambulancia los que lo hicieron, pasó unos 5 minutos, y hasta que llegó la ambulancia pasó unos 15 minutos en la mitad de los casos. No hay diferencias significativas según ciudad.

Conclusiones: Muy pocos testigos buscan ayuda médica de urgencia. Los servicios de urgencias acuden moderadamente rápido al lugar del suceso. Es necesario incrementar el conocimiento de los usuarios sobre medidas preventivas ante un PAS y evitar consecuencias fatales.

Financiación: FIPSE 36253/01; PNSD 2003.

CAMBIOS EN EL CONSUMO MATERNO DE TABACO ENTRE EL EMBARAZO Y EL PRIMER AÑO DE VIDA DE LOS NIÑOS DE LA COHORTE INMA-VALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS

V.F. Fuentes Leonarte, M.E. Estarlich Estarlich, M.M. Murcia Hinarejos, C.I. Iñiguez Hernández, M.R. Rebagiati Russo, F.B. Ballester Díez, et al *Fundación Investigación Hospital La Fe; Universidad Miguel Hernández de Elche; CIBERESP (Ciber Epidemiología y Salud Pública); Escuela Valenciana Estudios para la Salud.*

Antecedentes/objetivos: Describir la evolución del hábito tabáquico de la madre desde el embarazo hasta el primer año de vida de los niños de la cohorte INMA-Valencia y analizar los posibles factores asociados a cambios en el consumo.

Métodos: Estudio de cohortes en mujeres embarazadas de los departamentos de salud 6 y 7 de la Comunidad Valenciana cuyos hijos continúan en el estudio al año de vida (N = 703). Se recogió información del hábito tabáquico durante el embarazo y en el primer año (fumadora, no fumadora; número de cigarrillos a la semana), mediante cuestionarios en la semana 32 de embarazo y al año de vida. Se analizó si existían diferencias entre el consumo de tabaco desde el embarazo hasta primer año de vida de los niños mediante el test de Friedman. Se empleó el test de Wilcoxon para comparar el consumo entre los distintos momentos y en el caso de existir diferencias significativas, se creó la variable diferencia de consumo de tabaco. Por otro lado, se utilizaron los tests: U de Mann-Whitney o Kruskal Wallis, según conviniera, para explorar la posible relación de la variable diferencia de consumo con distintos factores: nacionalidad, clase social, nivel de estudios, paridad, edad de la madre, edad de inicio del consumo, consumo acumulado, consumo al inicio del embarazo, lactancia materna y disfrute del permiso de maternidad.

Resultados: Al comienzo del embarazo fumaba el 39,9% de las madres, el 23,9% en la semana 12, el 22% en la semana 32, el 20,5% en el primer trimestre de vida del niño, el 25,3% en el segundo trimestre y el 28% en el segundo semestre. La mediana del consumo de cigarrillos por semana (c/s) fue de 70 c/s al comienzo del embarazo, 42 en la semana 12, 35 en el tercer trimestre de embarazo, 40 c/s en el primer trimestre de vida, 46,5 c/s en el segundo y 63 c/s en el segundo semestre. Hubo un cambio significativo en el consumo de tabaco entre todos los momentos, excepto entre la semana 12 y 32 con respecto al primer trimestre de vida. La lactancia materna fue el único factor de los explorados relacionado significativamente ($p < 0,1$) con la reducción del consumo.

Conclusiones: Se observó una tendencia descendente en el embarazo y ascendente en el consumo a partir del nacimiento, con cambios significativos en todos los momentos explorados, excepto entre las semanas 12 y 32 con el primer trimestre de vida. La lactancia materna fue un factor relacionado con la reducción. El aumento del consumo en el primer año de vida se podría relacionar con la incorporación de la madre al trabajo.

CONSUMO DE CANNABIS EN ESCOLARES EN LA REGIÓN DE MURCIA

J.F. Correa Rodríguez, J. Jiménez Roset, J.V. Pérez Garrigós, C. Puerta Ortuño, J.A. Martínez Carrillo, J.M. Ruiz Ros, et al *Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia, Consejería de Sanidad.*

Antecedentes/objetivos: Conocer la prevalencia de consumo de cannabis en escolares de 14-18 años, así como su tendencia en el período 1994-2006.

Métodos: La información se obtuvo a través de una encuesta poblacional, bienal. El universo está constituido por escolares. La muestra se ha elegido entre 2.º ciclo de ESO, Bachillerato y Ciclos formativos de grado Medio, en los que se recogen datos sociodemográficos, consumo de sustancias psicoactivas, así como problemas que les pueden ocasionar el consumo. El muestreo fue bietápico, estratificado por conglomerados. El trabajo de campo se realizó durante noviembre del año correspondiente. Se estima la prevalencia de consumo y su IC al 95%. Se calcula χ^2 para tendencias Método de Extensión de Mantel para ver la evolución del consumo.

Resultados: La prevalencia de consumo de cannabis a lo largo del período de estudio se ha ido incrementando hasta el año 2004, para todos los tipos de consumo, el experimental ha aumentado del 15,1% al 39,9% (OR = 3,73), (IC: 3,03-4,61), el anual del 13,6% al 33,6% (OR = 3,22) (IC: 2,59-4,01) y el mensual del 9,2% al 21,4% (OR = 2,70) (IC: 2,09-3,50). El valor de χ^2 para tendencias en todas las categorías proporciona valores de p muy significativos. La última encuesta realizada en el año 2006 en 1601 escolares, muestra un descenso, el consumo alguna vez en la vida 35,1% (IC 32,8-37,4) (36,3% hombres, 33,9% mujeres), en los últimos 12 meses 28,2% (IC 26-30,4) y en los últimos 30 días 19,6% (IC 17,6-21,5). El 2,4% refieren un consumo diario, siendo el 4,3% en el caso de los chicos con 18 años. La edad media de inicio en el consumo ha descendido de 15,1 a 14,5 años, iniciándose en el consumo antes los chicos. Los principales motivos por lo que consumen cannabis son: por curiosidad, experimentar nuevas sensaciones y divertirse. A lo largo del período ha aumentado el dinero semanal disponible así como el regreso nocturno mas tarde a casa durante los fines de semana. Ha aumentado en el riesgo percibido asociado al consumo de cannabis. El 63,9% piensa que es fácil o muy fácil conseguir cannabis. En relación al consumo en el grupo de iguales, un 13,9% dicen que todos o la mayoría de sus amigos consumen.

Conclusiones: Parece que cambia el patrón de consumo en los escolares murcianos, empieza a descender, como se constata en la última encuesta del 2006, el patrón de consumo por edad cambia, incrementándose el consumo en el grupo de 14-15 años y descendiendo el de 16-18, para todos los consumos. El mayor presupuesto semanal, el retraso en la vuelta al hogar y la relación del grupo de iguales, pueden facilitar el consumo. El aumento de la percepción del riesgo y los programas de prevención pueden ayudar en la disminución del consumo.

ALCOHOL Y SALUD PERCIBIDA: EL PAPEL DEL CONSUMO PROMEDIO, EL PATRÓN DE BEBIDA Y LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

J.L. Valencia Martín, I. Galán Labaca, F. Rodríguez Artalejo, et al *CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid; Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.*

Antecedentes/objetivos: La asociación de consumo promedio de alcohol con la salud percibida subóptima tiene forma de "J" en los países nórdicos o anglosajones, pero ha mostrado una relación lineal inversa en los países Mediterráneos, que consideran únicamente el consumo promedio. El objetivo es examinar la

asociación del consumo promedio de alcohol, el patrón de bebida, y la dependencia alcohólica con la salud percibida.

Métodos: Encuesta telefónica a 12.037 personas representativas de la población de 18 a 64 años de la región de Madrid, España. En este análisis, el umbral entre el consumo promedio moderado y excesivo se estableció en 40 g alcohol/día en hombres y 24 g/día en mujeres. Como patrón de bebida, se consideró la preferencia de bebidas, beber durante las comidas, y el binge *drinking*, definido como la ingesta de ≥ 80 g de alcohol puro en hombres y ≥ 60 g en mujeres en alguna sesión de bebida en los últimos 30 días. Se consideró dependencia alcohólica a ≥ 2 respuestas positivas en el test CAGE. La asociación de cada una de estas variables con salud percibida subóptima (regular, mala o muy mala) se estimó mediante regresión logística, y ajustó por el resto de variables relacionadas con el alcohol y otros potenciales confusores.

Resultados: En comparación con los nunca bebedores, la salud subóptima fue menos frecuente en los bebedores promedio moderados (*odds ratio* [OR] 0,66; intervalo de confianza [IC] 95%: 0,57-0,77) y en los excesivos (OR 0,59; IC 95%: 0,42-0,82), pero más frecuente en los ex bebedores con ≥ 1 año de abstinencia (OR 1,32; IC 95% 1,05-1,67). También la frecuencia de salud subóptima fue mayor en los que presentaron *binge drinking* frecuente (OR 1,45; IC 95% 1,05-1,99) o dependencia alcohólica (OR 1,46; IC 95% 1,22-1,74). No se observaron diferencias en la salud subóptima según la preferencia de bebida, aunque beber durante las comidas mostró una asociación inversa (OR 0,86; IC 95% 0,74-0,99).

Conclusiones: El consumo moderado y excesivo se asocian a mejor salud percibida incluso después de ajustar por el patrón de bebida y la dependencia alcohólica. En cambio, ser bebedor anterior, *binge drinker* frecuente, o tener dependencia alcohólica se asocian a peor salud percibida. El tipo de bebida alcohólica consumida preferentemente no se asocia a la salud percibida. Financiación: Instituto de Salud Carlos III (CIBERESP).

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ESTIMACIONES DE TASAS DE DISFUNCIÓN TIROIDEA RESPECTO DEL CMBD

P. Cabezas Saura, L.G. Luque Romero, A. Nieto Reinoso, et al
Distrito Sanitario Sevilla Norte.

Antecedentes/objetivos: La profilaxis yodada es un objetivo pendiente en diversas áreas de Andalucía originando alta prevalencia de patología tiroidea, y siendo la segunda causa de frecuentación en consultas de Endocrinología. Nuestro objetivo es determinar el nivel de Disfunción Tiroidea (DT) observada en el Distrito Sanitario de AP Sevilla Norte (DSAPSN) respecto de las Zonas Básicas de Salud, Sevilla y Andalucía sobre datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Métodos: Se estiman las tasas directamente estandarizadas respecto a la población europea, del quinquenio de 2002 a 2006, para datos del CMBD, desagregadas por población, grupos diagnósticos, quinquenales de edad y sexo. La medida comparativa utilizada respecto a la población de referencia y sexos es la Razón de tasas estandarizadas (RTE). Se calcula los intervalos de confianza al 95%.

Resultados: La tasa global por 100.000 habitantes del quinquenio de DT por el CMBD, para hombres, fue: Andalucía (A) 10,4; Sevilla (S) 11,7; DSAPSN 9,9; Alcalá del Río (AR) 7,7; Alcores (Alc) 11,6; La Algaba (LA) 11,0; Brenes (B) 13,4; Cantillana (Can) 7,7; Carmona (Car) 9,5; Cazalla de la Sierra (CS) 9,8; Constantina (Con) 17,2; Guillena (G) 13,6; Lora del Río (LR) 14,4; La Rinconada (L) 0,1; y Santa Olalla del Cala (SO) 7,7. En mujeres: A 50,0; S 49,4; DSAPSN 35,1; AR 26,1; Alc 59,6; LA 54,6; B 40,9; Can 35,4; Car 24,8; CS 32,8; Con 35,9; G 43,4; LR 26,7; L 13,1; y SO 34,7. Valores de RTE entre mujer y hombre: A 4,8 (5,031-4,565); S 4,2 (4,627-3,814); DSAPSN 3,5 (4,679-2,677); AR 3,4 (10,568-1,084); Alc 5,1 (9,933-2,668); LA 5,0 (14,819-1,678); B 3,1 (7,713-1,207); Can 4,6 (12,364-1,719); Car 2,6 (6,332-1,078); CS 3,3 (13,027-0,855); Con 2,1 (6,330-0,688); G 3,2 (7,598-1,334); LR 1,9 (3,878-0,894); L 131,1 (256,074-67,143); y SO 4,5 (22,751-0,887).

Conclusiones: En dicho período, si la estructura de edad de las poblaciones tuviera la misma distribución, respecto a la media del DSAPSN, se diagnosticaron menos hombres de DT en: AR (22,3%), Can (22,7%), Car (4,5%), CS (0,9%), L (99,0%) y SO

(22,2%), y más en el resto (A 5,1%; S 18,3%; Alc 16,6%; LA 10,4; B 35,1; Con 73,4; G 37,2; y LR 44,6). Hubo menos mujeres con DT que la media en: AR (25,7%), Car (29,5%), CS (6,5%), LR (23,9%), L (62,7%) y SO (1,3%), aunque más para el resto (A 42,4%; S 40,5%; Alc 69,6%; LA 55,5%; B 16,5%; Can 0,7%, Con 2,3%; y G 23,4%). Según niveles, con una confianza del 95%, se diagnosticaron más mujeres que hombres: A de 356,5% a 403,1%; S de 281,4% a 362,7%; DSAPSN de 167,7% a 367,9%; AR de 8,4% a 956,8%; Alc de 166,8% a 893,3%; LA de 67,8% a 1.381,9%; B de 20,7% a 671,3%; Can de 71,9% a 1.136,4%; Car de 7,8% a 533,2%; CS de -14,5% a 1.202,7%; Con de -31,2% a 533,0%; G de 33,4% a 659,8%; LR de -10,6% a 287,8%; L de 6.614,3% a 25.507,4%; y SO de -11,3% a 2.175,1%.

PÓSTERES IV

Viernes, 17 de octubre de 2008
13:30 a 14:30

Enfermedades crónicas III

Moderadora: Olga Solas

ESTIMACIÓN DE LA REDUCCIÓN EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN DIFERENTES ESCENARIOS DE CRIBADO

M. Rué, E. Vilapriño, S. Lee, M. Martínez-Alonso, M. Carles, R. Marcos-Gragera, R. Pla, J.A. Espinàs, et al
Universitat Lleida-IRBLLeida; IDIBELL; Dana-Farber Cancer Inst.; Universitat Rovira i Virgili; Registre Càncer Girona; Institut Català Salut; Pla Director Oncologia.

Antecedentes/objetivos: Los modelos probabilísticos poblacionales son una alternativa a los estudios experimentales para dar respuesta a la mayoría de preguntas que se pueden plantear al evaluar el impacto de la detección precoz.

Métodos: Se ha utilizado el modelo probabilístico de Lee y Zelen que compara la mortalidad por cáncer de mama en un grupo cribado según un programa específico con la de un grupo no cribado. El modelo de Lee y Zelen utiliza datos poblacionales de incidencia de cáncer de mama, riesgo de morir por otras causas de muerte, sensibilidad de la mamografía, estrategia de cribado, supervivencia específica del cáncer de mama según estadio y edad y distribución de estadios según el momento del diagnóstico (en un examen, en el intervalo entre exámenes o por vía asistencial). También se ha evaluado el impacto que la variación en la sensibilidad de la mamografía o en las funciones de supervivencia (período 1980-89 versus 1990-2001) tiene sobre la reducción en la mortalidad. Se han introducido en el modelo datos de mortalidad del Registro de Mortalidad de Catalunya, de incidencia y supervivencia de cáncer de mama del Registro de Cáncer de Girona y de sensibilidad de la mamografía y distribución de estadios de cáncer de mama del Consorcio CISNET de los EEUU.

Resultados: Las reducciones relativas en la mortalidad por cáncer de mama estimadas en cohortes nacidas en el año 1945 y posteriores varían entre un 27% cuando se realizan mamografías bienales entre los 50 y los 69 años de edad y un 43% cuando se realizan mamografías anuales entre los 40 y los 74 años. La mejora observada en las funciones de supervivencia del período 1990-2001 respecto a las del período 1980-1989 supone un incremento considerable de la reducción relativa de la mortalidad por cáncer de mama en las cohortes cribadas (27% respecto a 19,5% si se realizan mamografías bienales entre los 50 y los 69 años de edad y 36% respecto a 25% si las mamografías son anuales). Extender 5 años los programas de cribado en las mujeres mayores (p.ej. de 69 a 74 años de edad) supone un incremento en la reducción de la mortalidad superior que extender 5 años en mujeres jóvenes (p.e. de 50 a 45 años). Este resulta-

do cambiaría si en lugar de supervivientes se valoraran años potenciales de vida.

Conclusiones: Los modelos probabilísticos representan un instrumento potente para obtener información sobre el impacto de las intervenciones sanitarias. Se han comparado diferentes escenarios de cribado y se observa que la detección precoz del cáncer de mama tiene un efecto importante en la reducción de la mortalidad por esta causa.

Financiación: FIS P106/1649, P106/90355 y AATRM 068/27/06.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS: ESTUDIO ECOLÓGICO

R. Álvarez-Gil, P. Rodríguez, P. Chavarri, A. Montes, F. Caamaño, et al
Servizo de Medicina Preventiva. CHUS; Subdirección Xeral de Farmacia. Xunta de Galicia; Área de Saúde Pública. Universidade de Santiago.

Antecedentes/objetivos: Determinación de los factores socio-demográficos asociados al consumo de ansiolíticos.

Métodos: Estudio ecológico de agrupaciones geográficas. Las unidades de estudio son los municipios de Galicia (N = 315). Se ha considerado el total del consumo en el año 2006. Como variables independientes se incluyeron: tamaño de la localidad, renta media familiar, tasa de paro, proporción de hogares en los que vive una persona mayor de 64 años sola, y proporción de la población dedicada a actividades agrarias. Como variables dependientes: las dosis por mil habitantes día (DHD) de ansiolíticos dispensadas, total y por sexo y tipo de cartilla. Se utilizó Regresión Lineal Múltiple.

Resultados: El consumo total de ansiolíticos se situó en 63,05 DHD (IC 95%: 60,8–65,3). Las medias de consumo para pensionistas fueron 88,1 (IC 95%: 84,6–91,6) en hombres y 137,4 (IC 95%: 132,4–142,5) en mujeres; mientras en población activa 16,5 (IC 95%: 15,6–17,4) y 38,5 (IC 95%: 36,6–40,3) respectivamente. El análisis multivariante mostró que el consumo estandarizado por sexo y tipo de cartilla se asocia positivamente con el tamaño de la población ($p = 0,04$) con el nivel de renta ($p = 0,047$) y con la proporción de población agraria ($p = 0,012$). En el análisis estratificado, la regresión lineal múltiple mostró los siguientes resultados: En población pensionista, la proporción de personas mayores de 64 años que viven solas se asoció negativamente con el consumo de ansiolíticos tanto en hombres ($p = 0,016$) como en mujeres ($p = 0,002$). En este mismo grupo, el tamaño de la localidad se muestra asociado positivamente con la variable dependiente ($p = 0,029$ y $p = 0,003$). Además el consumo de ansiolíticos en hombres pensionistas se mostró asociado positivamente al nivel de renta del municipio ($p = 0,05$) y a la proporción de la población agraria ($p = 0,016$). En población activa, el mayor tamaño de la localidad ($p = 0,001$), la mayor proporción de población agraria ($p < 0,0005$) y la menor tasa de paro ($p = 0,006$) se asocian al mayor consumo de ansiolíticos en hombres; mientras en mujeres únicamente la mayor proporción de población agraria ($p = 0,02$) se mostró asociada con la variable dependiente considerada. Los mapas muestran el consumo en DHD cruda y estandarizada en cada municipio.

Conclusiones: El consumo de ansiolíticos se asocia positivamente con la mayor capacidad adquisitiva de los sujetos y la mayor accesibilidad. El menor consumo que se observa en los entornos con mayor proporción de personas mayores que viven solas podría apuntar a una menor atención sanitaria de este grupo poblacional.

Financiación: Estudio financiado por el FIS. Datos de consumo facilitados por la Subdirección Xeral de Farmacia.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EXPLICATIVAS DEL CONSUMO DE ANTIASMÁTICOS: ESTUDIO ECOLÓGICO

R. Álvarez-Gil, P. Rodríguez, P. Chavarri, A. Montes, F. Caamaño, et al
Servizo de Medicina Preventiva. CHUS; Subdirección Xeral de Farmacia. Xunta de Galicia; Área de Saúde Pública. Universidade de Santiago.

Antecedentes/objetivos: Identificación de las variables socio-demográficas asociadas al consumo de antiasmáticos.

Métodos: Estudio ecológico de agrupaciones geográficas. Las unidades de estudio son los municipios de Galicia (N = 315). Se ha considerado el total del consumo en el año 2006. Como va-

riables independientes se incluyeron: tamaño de la localidad, renta media familiar, tasa de paro, proporción de hogares en los que vive una persona mayor de 64 años sola, y proporción de la población dedicada a actividades agrarias. Como variables dependientes: las dosis por mil habitantes día (DHD) de antiasmáticos dispensadas, total y por sexo y tipo de cartilla. Se utilizó Regresión Lineal Múltiple.

Resultados: El consumo total de antiasmáticos se situó en 68,10 DHD (IC 95%: 65,74–70,45). Las medias de consumo para pensionistas fueron 179,89 (IC 95%: 174,24–185,54) en hombres y 101,14 (IC95%: 98,09–104,19) en mujeres. En activos estos valores se situaron en 19,02 (IC95%: 18,18–19,85) y 18,75 (IC 95%: 17,86–19,64), respectivamente. Los histogramas muestran la importante variabilidad en el consumo de antiasmáticos para los distintos estratos. El análisis multivariante mostró que el consumo de antiasmáticos estandarizado por sexo y tipo de cartilla se asocia positivamente con la proporción de población agraria residente en el municipio ($p < 0,0005$). Las restantes variables independientes consideradas no se mostraron asociadas. Por sexo y tipo de cartilla, la regresión mostró los siguientes resultados: En población pensionista, la proporción de población dedicada a actividades agrarias se asoció positivamente con el consumo de antiasmáticos tanto en hombres ($p < 0,0005$) como en mujeres ($p < 0,0005$). En cuanto a la población activa, el mayor tamaño de la localidad ($p = 0,043$) y la menor tasa de paro ($p < 0,0005$) se asocian al mayor consumo de antiasmáticos en hombres; mientras en mujeres, tanto en el análisis univariante como en el multivariante, ninguna de las variables consideradas presenta asociación. Los mapas muestran el consumo en DHD cruda y estandarizada en cada municipio.

Conclusiones: El consumo de antiasmáticos muestra una clara asociación con la edad de los sujetos, siendo significativamente mayor en población pensionista. El mayor consumo en los entornos rurales probablemente se explique por la mayor exposición a factores de riesgo, mientras la asociación con el mayor tamaño de la localidad probablemente se relacione con mayor accesibilidad. Financiación: Estudio financiado por Astrazeneca. Datos de consumo facilitados por la Subdirección Xeral de Farmacia.

UTILIDAD DEL CMBD COMO FUENTE COMPLEMENTARIA DE INFORMACIÓN EN UN REGISTRO DE CÁNCER POBLACIONAL

J. Masa Calles, C.F. López Jurado, A. Barrasa Blanco, M.Y. Anes del Amo, J.M. Ramos Aceitero, D. Herrera Guibert, et al

Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura; Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.

Antecedentes/objetivos: El registro de cáncer poblacional (RCP) es una herramienta fundamental en cualquier programa de prevención y control del cáncer. El cáncer es un importante problema de salud pública, por lo que medir su incidencia es prioritario. La exactitud, la exhaustividad y la continuidad en el tiempo son indicadores de calidad de un RCP. La evaluación periódica del registro es una actividad necesaria para la mejora de la calidad. El Sistema de Información de Cáncer de Base Poblacional de Extremadura (SICaP) se creó en 2002 con el área de salud como unidad geográfica; la fuente básica de información son los servicios hospitalarios y las fuentes secundarias, Atención Primaria de Salud, el Conjunto Mínimo Básico de Datos hospitalarios (CMBD) y los Registros de Mortalidad. El cáncer de mama es la localización tumoral más frecuente en el SICaP. El objetivo del estudio es comparar la utilidad de dos estrategias de búsqueda de casos incidentes de cáncer de mama en CMBD en el área de salud de Badajoz desde 2003 a 2005.

Métodos: Del SICaP se seleccionan los diagnósticos C50.0 a C50.9 de la CIEO-2. Del CMBD se seleccionan los registros con códigos CIE-9 del 174.0 a 175.9 en el diagnóstico principal (C1) o en cualquiera de los diagnósticos secundarios (C2-C14). Se eliminan reingresos y sólo se incluye el primer episodio de hospitalización. Se identifican 424 registros en SICaP y 447 registros en CMBD; 268 son casos comunes; 179 casos de CMBD no están en SICaP, pero tras revisarlos manualmente quedan sólo 100 casos (casos no coincidentes) cuyas historias clínicas se consultan.

Resultados: De los 100 casos no coincidentes: tres son duplicados, dos errores de codificación, tres sospechas diagnósticas,

48 casos antiguos y 44 casos incidentes. En 55 casos el diagnóstico de cáncer de mama se recogía en C1 (40 incidentes y 15 prevalentes) y en 42 casos en algún código entre C2 y C14 (4 incidentes y 38 prevalentes). La estrategia "utilizar todos los códigos, C1-C14" tiene una S = 100% y VPP = 45% (IC 95% 34%-66%) para identificar casos incidentes. La estrategia "utilizar sólo el código C1" tiene una S = 91% (IC 95% 81-100%) y un VPP = 73% (IC 95% 60%-85%).

Conclusiones: Para mejorar la identificación de casos incidentes de cáncer en CMBD proponemos una estrategia de búsqueda altamente sensible "utilizar todos los códigos C1-C14" seguida de la revisión manual de la historia clínica que es altamente específica.

PUESTA EN MARCHA DEL REGISTRO DE CÁNCER DE ANDALUCÍA EN SEVILLA Y HUELVA

E. Delgado, M.L. Fajardo, J.C. Fernández-Merino, I. Martín-Juárez, F.J. Moreno, C. Segovia, P. Vega, et al

Registro de Cáncer de Andalucía. Sevilla y Huelva. Delegaciones Provinciales de Salud de Sevilla y de Huelva. Junta de Andalucía.

Antecedentes/objetivos: En los últimos años, se ha estado trabajando en la creación de un Registro de Cáncer de Andalucía, cuyo Decreto de Creación se publicó, finalmente, en Diciembre de 2007. Este registro estará organizado en registros y equipos provinciales. Su implantación será progresiva en 18 meses desde entonces. El 1 de Junio de 2007 se iniciaron los contactos con los distintos hospitales y fuentes información de cara a la constitución del Registro de Cáncer en Sevilla y Huelva. Se contempla como uno de los elementos clave a corto plazo de nuestro registro la realización y difusión (a los destinatarios específicos) de pequeños informes con datos provisionales de gestión, de calidad y de aproximación a la incidencia y estadiaje, con el fin de asegurar la mayor interrelación posible de los distintos actores y ámbitos sanitarios de Sevilla y Huelva. El objetivo ha sido estructurar la dinámica de funcionamiento del equipo de Sevilla y Huelva del Registro de Cáncer de Andalucía. Obtener, en el cuarto trimestre de 2008, resultados provisionales sobre los cánceres seleccionados del año 2007 que sean de utilidad para los distintos profesionales. Establecer mecanismos que aseguren la buena calidad de los datos del Registro y su mejora continua.

Métodos: Establecimiento de contactos con las fuentes primarias y equipos con experiencia previa. Establecimiento de prioridades para la implantación, plazos y productos intermedios. Aplicación de las reglas de codificación establecidas en las recomendaciones internacionales.

Resultados: Se ha realizado un análisis de situación en las dos provincias, previo al funcionamiento del Registro. Se han caracterizado, dimensionado, dotado y capacitado los profesionales y se han ubicado las instalaciones para los mismos en esta primera etapa. Se ha realizado el estudio de las fuentes primarias existentes, y solicitado y gestionado su transmisión. Se han establecido las normas de seguridad y de garantía de la confidencialidad. Se han recibido los registros de Anatomía Patológica de los hospitales públicos y de algunos laboratorios privados. Se han recibido los datos de CMBD de las 2 provincias. Se ha evaluado el contenido y utilidad de la información de Anatomía Patológica para el Registro. Se han codificado los casos agrupados por localizaciones tumorales para facilitar el proceso de codificación y explotación de la información disponible en cada momento de cada uno de los cánceres. Se ha realizado un control de calidad del 10% de la codificación realizada.

Conclusiones: Con una adecuada rutina de importación es factible tener una aproximación a los datos incidentes de cáncer del año anterior.

SUPERVIVENCIA A CÁNCER DE MAMA CON DATOS COMPLETOS DE EE.UU. E INFORMACIÓN PARCIAL DE CATALUNYA

E. Vilapriño, R. Marcos-Gragera, M. Martínez-Alonso, M Rué, et al
IDIBELL; Universitat Lleida-IRBLleida; Registre Càncer Girona.

Antecedentes/objetivos: La mortalidad por cáncer de mama experimenta un descenso continuado desde los años 90. Este pro-

ceso se debe en parte al uso generalizado de la mamografía, especialmente potenciada mediante los programas de cribado. Por otra parte el descenso también se explica por la introducción de terapias adyuvantes que se administran cuando la enfermedad se ha extendido. El beneficio del cribado se basa en la detección de tumores en estadios menos invasivos (mejor pronóstico). Por otro lado el efecto de las terapias adyuvantes se basa en un aumento de la supervivencia en todos los estadios. El NCI de EE.UU. promovió la determinación del impacto de estos dos factores en EE.UU. Lee y Zelen implementaron un modelo estocástico que requiere las funciones de densidad de probabilidad de muerte (pdf) por estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico y edad (25 grupos en total). Nos proponemos obtener éstas pdf detalladas para Catalunya y sus curvas de supervivencia relativa.

Métodos: Se parte de los datos de supervivencia del Registro poblacional de Cáncer de Girona en el período 1980-2001 y se consideran representativos de la población catalana. El número de mujeres con cáncer de mama incluídas en el Registro de Girona no permite la estratificación en estadios y grupos de edad requerida para el modelo. Para obtener estimaciones estables para Catalunya: 1) se estima la supervivencia relativa; 2) se establecen grupos de comparación entre EE.UU. y Catalunya por estadios, y 3) se estiman los Hazard Ratios (HR) mediante un modelo de regresión de Poisson que incluye el log del tiempo como variable independiente en caso de que no se cumpla la hipótesis de proporcionalidad de riesgos. Finalmente, se utilizan los HR estimados para obtener las pdf y las curvas de supervivencia de Catalunya en los períodos: a) previo a la utilización de la mamografía de cribado y los tratamientos adyuvantes (1980-89), y b) una vez introducidas estas actuaciones (1990-2001).

Resultados: Los resultados muestran una mayor supervivencia en EEUU en el período a) los HR Catalunya vs. EE.UU. a 5 años del diagnóstico son 1,8, 1,7 y 1,3 según la enfermedad sea localizada, regional o diseminada. Para el período b) se observan leves diferencias en la supervivencia, sólo son significativos los HR para el estadio II+ (1,4) y IV (1,1).

Conclusiones: La estimación del HR Catalunya vs. EE.UU. ha permitido obtener funciones de supervivencia específicas por edad y estadio más estables que las que se hubieran obtenido a partir de los datos de Girona. Estas funciones se utilizarán para evaluar el efecto de la detección precoz y los tratamientos adyuvantes.

Financiación: FIS PI06/1649, PI06/90355 y AATRM 068/27/06.

BIOBANCO DE PATOLOGÍAS NEURODEGENERATIVAS: UNA ESTRATEGIA CON MÚLTIPLES SINERGIAS

J.A. Burguera Hernández, P. Llabata Carabal, J. Pérez Tur, A. Salazar Cifre, M. Boscá Blasco, V. Herranz Pérez, E. Vilella, et al

Hospital La Fe. València. IP Sub Nodo ENAE; Universitat Cardenal Herrera. València; Institut de Biomedicina. CSIC. València; Secció d'Epidemiologia. CSP València; Universitat Rovira i Virgili. Reus. IP Nodo Neurológicas.

Antecedentes/objetivos: La creación de colecciones de muestras tiene una larga tradición en nuestros hospitales, no obstante, estas colecciones reproducen los elementos comunes a la investigación de origen sanitario en nuestro país: fragmentación, reducido tamaño muestral y limitada temporalidad; entre otros; sin embargo, la extensión y frecuentación de nuestro sistema sanitario debería resolverlas. Objetivo: poner de manifiesto las acciones conjuntas y jerarquizadas de servicios clínicos, laboratorios y epidemiología que permiten resolver aquellas limitaciones y evaluar los costes económicos en la obtención de muestras y alícuotas.

Métodos: Estudio descriptivo y evaluación del proceso desarrollado entre julio 07 y mayo 08 en 6 hospitales universitarios de nuestro ámbito geográfico. Los pacientes fueron seleccionados según los criterios del Banco Nacional de ADN (BNADN). Cuantificamos la tasa de renuncias a la donación y los motivos, la adherencia a la colaboración y el coste/beneficio en la obtención de muestras. Los datos proceden de la aplicación de registro de pacientes y las frecuencias se obtuvieron mediante SPSS apli-

cándose contrastes cualitativo y de contingencia para las categorías nominales.

Resultados: Cumplieron los criterios de inclusión 408 pacientes con una tasa de rechazo de 5,14% (4,17% renuncia paciente; 0,98% exclusión clínica). La mayor renuncia se observó en la Enfermedad de Alzheimer y el Parkinson (Coef. Contingencia 0.281; $p < 0,05$). Los 387 donantes se distribuyeron de acuerdo al patrón establecido por el BNADN. Por género, fueron varones 43,2% y 56,8% mujeres, la frecuencia de renuncia fue mayor en mujeres (O-R: 1.592; IC 95%: 1.351-1.875; $p = 0,02$). El coste por paciente fue de 180 euros lo que representa que un lote de alícuotas compuesto de suero, plasma y adn tendría un precio final de 25,73 euros.

Conclusiones: Comparado con otros métodos de recolección, la combinación de unidades clínicas y epidemiología permite tasas de sustancialmente menores y costes directos hasta cuatro veces más reducidos a igual viabilidad de las muestras.

Financiación: Proyecto financiado por la Fundación Genoma España. 2007-08.

CÁNCER DE MAMA Y COLORRECTAL: RESULTADOS DE UN REGISTRO HOSPITALARIO Y DE UN REGISTRO POBLACIONAL

J. Renau Tomás, M.J. Valverde Roig, A. Torrella Ramos, et al
UDCA Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón; Registro de Tumores Castellón, Área de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública.

Antecedentes/objetivos: El registro de tumores del Hospital Provincial de Castellón (RH), centro de referencia provincial oncológico, recoge información de los cánceres atendidos en el hospital. El registro poblacional de tumores de Castellón (RP) estima la incidencia del cáncer en los residentes en la provincia de Castellón. Se exponen los resultados obtenidos por el RH en el año 2004 en las localizaciones tumorales mama y colorrectal y se comparan con los resultados obtenidos en idéntico período por el RP.

Métodos: El RH incluye tumores que, independientemente de su fecha de diagnóstico, contactan por vez primera con el hospital. Se analizan los resultados del RH para las topografías mama y colorrectal: número de casos, media de edad y distribución por estratos, sexo, porcentaje de verificación histológica, tipo histológico, extensión tumoral y procedencia de los casos. Se comparan estos resultados con los obtenidos para idénticas topografías por el RP.

Resultados: El RH detectó 206 tumores de mama en mujeres, su media de edad 61,7 años (DE 14,4). La extensión tumoral: in situ (7,3%), local (49,2%), regional (33,8%), diseminada (3,9%) y sin especificar (5,8%). El tipo histológico más frecuente: carcinoma ductal (78,2%). El RP detectó 223 casos incidentes de cáncer de mama, su media de edad 61 años (DE 15). La extensión tumoral: in situ (9%), local (49,3%), regional (32,7%), diseminada (5,8%) y sin especificar (3,1%). El tipo histológico más frecuente: carcinoma ductal (81,6%). El RH detectó 172 tumores colorrectales: (103 colon, 69 recto). La media de edad 66,5 años (DE 10,8) en colon y 68,4 (DE 10,3) en recto. La extensión tumoral al diagnóstico: local (41,9%), regional (36%), diseminada (19,2%) y sin especificar (2,9%). El adenocarcinoma es el tipo histológico más frecuente (89,3% colon, 91,5% recto). El RP detectó 312 casos incidentes de cáncer de colorrectal: 201 de colon y 111 de recto, su media de edad: 71 años en colon y 69 en recto. La extensión tumoral: in situ (2%), local (44,2%), regional (20,5%), diseminada (26,6%), no especificada (6,6%). El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma 73,6% en colon y 87,4% en recto.

Conclusiones: El porcentaje de verificación histológica es alto: (99,5% mama, 97,1% colorrectal). La mayoría de los cánceres de mama (73,4%) y colorrectales (62,2%) acuden al hospital para continuar el tratamiento y se diagnostican en el hospital el 14% de los tumores de mama y el 4% de los colorrectales. Se observan mayores diferencias en el cáncer colorrectal respecto al de mama entre el RH y el RP.

Financiación: Fundación de la Comunidad Valenciana Hospital Provincial de Castellón.

PÓSTERES IV

Viernes, 17 de octubre de 2008
13:30 a 14:30

Infeciosas

Modera: María Oliva Ladrero

ANÁLISIS DE LAS HOSPITALIZACIONES POR HERPES ZOSTER EN ESPAÑA (PERÍODO 1998-2004). FACTORES ASOCIADOS

R. Gil Prieto, L.A. Álvaro Meca, A. Gil de Miguel, et al
Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos.

Antecedentes/objetivos: Evaluar la carga de enfermedad por los casos más graves de herpes zoster, que requieren tratamiento hospitalario en España.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo utilizando el sistema nacional de vigilancia de datos hospitalarios Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Se analizaron las hospitalizaciones de pacientes ≥ 30 años de edad con un diagnóstico al alta de herpes zoster (código CIE-9-MC 053, en cualquier posición diagnóstica) durante el período de estudio (1998-2004). Se estudió el grupo de pacientes ≥ 50 años hospitalizados por herpes zoster y que presentaban algún diagnóstico concomitante correspondiente a patologías crónicas, excluyendo factores de inmunocompromiso.

Resultados: Durante el período de estudio 1998-2004 se identificaron un total de 23.584 hospitalizaciones por herpes zoster en pacientes ≥ 30 años (media anual de 3.369 casos). La tasa anual de hospitalización fue de 13,4 por 100.000. El 85% de los casos eran ≥ 50 años de edad (tasa de hospitalización de 22 por 100.000). El 59% ($n = 9.469/16.022$) de los pacientes mayores de 50 años hospitalizados por herpes zoster, y sin factores de inmunocompromiso, tenía diabetes (20,5%; $n = 3.284$) o/y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (23%; $n = 3.633$) o/y patología cardiovascular (38%; $n = 6.057$). El 76% de los pacientes que fallecieron ($n = 593$) presentaban alguna de estas patologías crónicas. Cuando se analizó el grupo de pacientes mayores de 70 años de edad ($n = 11.113$), se observó una tendencia similar: el 65% ($n = 7.238$) presentaba diabetes (21%; $n = 2.359$) o/y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (25%; $n = 2.777$) o/y patología cardiovascular (44%; $n = 4.870$). El 79% de los pacientes fallecidos ($n = 492$) tenía alguna de estas patologías crónicas.

Conclusiones: Las hospitalizaciones por herpes zoster dan lugar a una importante carga clínica y de recursos para el sistema sanitario en España, especialmente en población ≥ 50 años de edad. La hospitalización y mortalidad es más frecuente en personas ≥ 50 años con patología crónica (EPOC, diabetes o cardiovascular), posiblemente porque el episodio de zóster interfiere y agrava su patología de base o interacciona con sus tratamientos crónicos.

MORTALIDAD ATRIBUIBLE A LA PANDEMIA DE GRIPE ESPAÑOLA EN ESPAÑA (1918-1920)

A. Trilla, A. Lluvia, L. Costas, A. García-Basteiro, G. Trilla, M.J. Bertran, A. Vilella, et al
Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic - Universidad de Barcelona, CRESIB-IDIBAPS.

Antecedentes/objetivos: La pandemia de gripe A(H1N1) registrada en 1918-1920 ("gripe Española") causó gran morbilidad y mortalidad en todo el mundo. La cifra total estimada de fallecimientos osciló entre 30 y 100 millones de personas. Las repercusiones de esta pandemia en España son poco conocidas y no existen apenas publicaciones científicas en este sentido. La mortalidad oficial por gripe (estadísticas INE) se estimó en 147.114 en el año 1918, 21.235 en 1919 y 17.825 en 1920 (total: 186.174 fallecimientos). Objetivo: estimar las muertes probablemente relacionadas con la pandemia gripal en España empleando el in-

dice P&I (Pneumonia & Influenza) y estimar la repercusión que esta pudo tener en la mortalidad por otras causas relacionadas.

Métodos: A partir de las estadísticas oficiales (Defunciones por causas de mortalidad en todo el Reino, años 1915-1922, INE) se ha calculado el índice de fallecimientos por neumonía y gripe (P&I). Se ha estimado el exceso de mortalidad atribuible a otras causas potencialmente relacionadas con la gripe: enfermedades orgánicas del corazón (insuficiencia cardíaca), bronquitis crónica, bronquitis aguda y tuberculosis pulmonar. Se ha calculado la media anual de fallecimientos por cada causa en el período pre (1915-1917) y post-pandemia (1921-1923) y el exceso de muertes con respecto a la media anual del período pandémico (1918-1920).

Resultados: La cifra total de muertes atribuibles a P&I en España (1918-1920) fue de 229.228 personas, un 18% más de los declarados oficialmente como fallecimientos por gripe. Las estimaciones relativas a otras causas de muerte probablemente relacionadas con la pandemia gripal muestran un exceso de 67.117 muertes por enfermedades orgánicas del corazón, tuberculosis pulmonar, bronquitis aguda y bronquitis crónica. La mortalidad global probablemente atribuible o relacionada con la pandemia de gripe en España se situaría en los 296.415 fallecidos, un 59% más de los declarados oficialmente. El año 1918 fue uno de los dos únicos años del siglo xx con crecimiento negativo de la población española (pérdida neta: 83.121 habitantes).

Conclusiones: Globalmente, el índice de mortalidad registrado el año 1918 fue el más elevado del siglo xx en España. La pandemia gripal de 1918-1920 ha sido la peor pandemia que jamás ha afectado a España, y fue responsable de más de 229.228 muertes. Si se considera la mortalidad en exceso por otras causas potencialmente relacionadas con la gripe, la cifra final de fallecimientos alcanzaría los 296.415, lo que supone algo más del 1% de la población total de España para dicho período.

VALIDEZ EN GALICIA DE LAS PREVALENCIAS IMPLEMENTADAS EN FLUAID

M.J. Purriños Hermida, A. Malvar Pintos, I. Losada Castillo, et al
Servizo de Epidemioloxía, Dirección Xeral de Saúde Pública.

Antecedentes/objetivos: FluAid es un programa elaborado por los CDC que se utiliza para describir el impacto potencial de la gripe en una población, estimando el efecto que tendría en términos de mortalidad, hospitalizaciones y pacientes externos. Para ello, aplica diferentes tasas de ataque a la población dividida en tres grupos de edad, distinguiendo en cada uno una proporción de personas de alto riesgo, a la que asocian mayor probabilidad de daño y estiman a partir de la población estadounidense. Para emplear FluAid en otras poblaciones, basta con conocer la distribución etárea de la población y asumir las prevalencias de personas de alto riesgo propuestas. El objeto de este trabajo es evaluar la validez de esta asunción para la población de Galicia.

Métodos: FluAid y el Ministerio de Sanidad y Consumo proponen en conjunto de patologías que hacen que caracterizan el riesgo alto. En Galicia dos encuestas recogen datos que permiten estimar la prevalencia dichas patologías. La Encuesta de salud de Galicia (ESG), de 2005 (muestra: 724 hasta 18 años, 2.168 de 19 a 64 años y 874 de más de 64) y la Encuesta de nutrición de Galicia (ENG), de 2006 (muestra: 3148 mayores de 18 años). La ESS estima la presencia de diagnóstico médico de cardiopatía, bronquitis, asma y diabetes, para adultos. Para niños: asma, diabetes, cardiopatía, nefropatía y alteración neurológica. ENG estima las de las patologías hepática y renal crónicas. Con los datos de la ESG se estimó el porcentaje de pacientes con factores de riesgo, considerando como criterio la presencia de al menos una de las patologías seleccionadas.

Resultados: La prevalencia de personas de alto riesgo implementadas en FluAid es de: 6,4% hasta los 18 años; 14,4% entre 19-64 años y 40% para los de más de 64 años. La ESG estima dichas prevalencias en 8,4%, 17,4% y 42,2%, respectivamente. El resto de patologías que definen el riesgo alto son de muy baja prevalencia, siendo las superiores las patologías hepática y renal crónica, con prevalencia de 1,28% y 1,51% en población adulta, según ENG.

Conclusiones: Las estimaciones puntuales de la prevalencia de personas de alto riesgo en Galicia, según EGS, son semejantes

a las implementadas en FluAid, y la de las patologías no incluidas en EGS son suficientemente bajas, por lo que consideramos válida el empleo de FluAid para Galicia.

CARGA DE ENFERMEDAD DE LA GRIPE EN ESPAÑA.

E. Álvarez, C. Morant, R. Génova, M. Ordobás, R. Jiménez, A. Gil, et al
Universidad Rey Juan Carlos; Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: La gripe es un importante problema de salud pública. Además de la mortalidad, para establecer su verdadera dimensión es necesario conocer la morbilidad, relacionado con costes sociales y económicos. Los estudios de Carga de Enfermedad (CdE) permiten valorar conjuntamente mortalidad y discapacidad de las enfermedades. El objetivo es estimar la CdE de la gripe en España en un año, mediante el cálculo de los Años de Vida Ajustados a Discapacidad (AVAD).

Métodos: Se utiliza la metodología del estudio de Carga Global de Enfermedad (OMS y Harvard Univ.). Los resultados proceden de la media de los datos de 2001 a 2004. La población sometida a estudio son los residentes en España en este período de tiempo. El indicador empleado son los AVAD, que resultan de sumar los Años de Vida Perdidos por mortalidad prematura (AVP) y los Años Vividos con Discapacidad (AVD). Para el cálculo de los AVP se seleccionan las rúbricas J10 y J11 (CIE-10) del registro de mortalidad del INE, a las que se agregan una estimación de la sobremortalidad atribuible a gripe (De Mateo et al. La vigilancia de la gripe. Gac Sanit. 2006) y para las cifras de esperanza de vida se utilizan las tablas de Princeton West-26. El cálculo de AVD se basa en la población del INE, en la incidencia de la red de médicos centinela y en la duración y la discapacidad de la bibliografía. Los datos de morbilidad hospitalaria proceden del Conjunto Mínimo Básico de Datos (rúbrica 487 de la CIE-9-MC). Se incorporan tasa descuento (3%) y ponderación por edad (K = 1). Se usa el programa GesMor.

Resultados: En España en un año, se estiman en 1.559 las defunciones por gripe (tasa máxima en mayores de 65 años, 21/100.000 habitantes) y ocurren 741.692 casos de gripe (tasa máxima de 5 a 14 años, 3.316/100.000 habitantes). Esta enfermedad produce una discapacidad leve (valor de 0,047 rango entre 0 = salud perfecta y 1 = muerte). Se pierden 4.408 AVAD (10,4/100.000 habitantes). El 80% de la CdE se concentra en mayores de 65 años. El componente de mortalidad (AVP) representa el 99% de CdE en mayores de 65 años y el de discapacidad (AVD) tiene más peso en otras edades (62% de CdE de 5-14 y 43% de 15-54 años). La CdE de la gripe supone el 2,6% de las enfermedades infecciosas y el 10,9% de las respiratorias. Estos resultados son comparables con países como Luxemburgo y Francia con tasas de AVAD de 11,4 y 7,5 por 100.000 habitantes, respectivamente. En España se estiman 2.045 ingresos con gripe al año (en un 30% la gripe motivó el ingreso) con estancia media de 7,2 días y coste medio por ingreso de 2.531 euros.

Conclusiones: La CdE de la gripe facilita una información completa del peso de esta enfermedad al valorar consecuencias mortales y discapacitantes y aporta información útil para tomar decisiones en políticas de salud pública.

Financiación: FIS/PI041411. MSC-URJC/A060.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE NORMAS DE AISLAMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL ASISTENCIAL HOSPITALARIO

D. Castellana, R. López, I. Montardit, P. Godoy, H. Galdeano, J. March, A. Gort, F. Barcenilla, A. Jover, et al
Institut de Recerca Biomèdica de Lleida.

Antecedentes/objetivos: El conocimiento de las medidas de aislamiento del personal sanitario es esencial para el control de la infección nosocomial. Los objetivos fueron determinar el grado de conocimientos y actitudes sobre las medidas recomendadas en los aislamientos de contacto en centros de asistencia hospitalaria y sociosanitaria.

Métodos: Estudio epidemiológico de prevalencia en dos hospitales de agudos y tres sociosanitarios públicos de Lleida (junio-julio 2007). La información se recogió mediante un cuestionario

autocumplimentado. Los conocimientos se registraron con un test de 10 preguntas con respuestas múltiples que puntuaba de 0 a 10. Las actitudes con un cuestionario de 10 preguntas independientes que se valoraban con una escala de Likert de 0-10. Mediante muestreo ponderado por centro y profesión se seleccionaron 519 sujetos. Las variables se caracterizaron calculando media y desviación estándar (DE). Las diferencias significativas entre edad, sexo, tipo de centro, profesión y años de profesión se determinaron con la prueba de ANOVA aceptándose un nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: La media de conocimientos (escala 0-10) fue de 6,4 puntos (DE = 2,0). Alcanzaron significación estadística los siguientes ítems: mujer (X = 6,6; DE = 1,9), edad < 30 años (X = 6,5; DE = 2,0) o entre 30-49 años (X = 6,6; DE = 1,9), respecto a los de ≥ 50 años, experiencia profesional < 10 años (X = 6,5; DE = 1,9) o entre 10-19 años (X = 6,9; DE = 2,1) respecto a los que tenían ≥ 20 años de experiencia y en enfermería (X = 6,9; DE = 1,7) comparativamente al resto de profesionales. En la valoración positiva de actitudes (escala 0-10) destacaron significativamente: utilidad de las medidas de aislamiento (X = 8,6; DE = 1,8), cumplimiento óptimo de las normas (X = 7,9; DE = 1,5) y nivel de conocimiento sobre higiene de manos (X = 8,4; DE = 1,8). Respecto a los negativos fueron significativos: opinión de peor cumplimiento por parte del resto de compañeros (X = 5,9; DE = 2,3), nivel de conocimiento de higiene de manos en celadores (X = 7,0; DE = 2,9), accesibilidad a la información (X = 6,8; DE = 2,5) especialmente en médicos (X = 5,8; DE = 3,1) y celadores (X = 4,7; DE = 2,6). El 44% opinó que la falta de cumplimiento era por sobrecarga de trabajo. Ni en conocimientos ni en actitudes existieron diferencias significativas entre hospitales de agudos y sociosanitarios.

Conclusiones: Paradójicamente es mejor el nivel de actitud que el de conocimientos. Esta postura positiva favorecería, la realización de sesiones formativas periódicas que mejoraran ambos aspectos. Debe valorarse el verdadero impacto de las cargas de trabajo sobre el cumplimiento de las normas de aislamiento. Financiación: Departament de Salut Generalitat de Catalunya.

CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS DURANTE LA ASISTENCIA A PACIENTES EN AISLAMIENTO POR CONTACTO

I. Montardit, H. Galdeano, P. Godoy, F. Barcenilla, R. López, D. Castellana, A. Gort, J. March, A. Jover, et al
Institut de Recerca Biomèdica de Lleida.

Antecedentes/objetivos: La higiene de manos dentro de las precauciones de aislamiento por contacto es un requisito imprescindible en el control y reducción de las infecciones nosocomiales. El objetivo del estudio fue estimar su cumplimiento por parte del personal sanitario en diversos hospitales de Lleida.

Métodos: Estudio epidemiológico de prevalencia en dos hospitales de agudos y tres centros sociosanitarios públicos de la provincia de Lleida entre mayo-julio 2007. Mediante un protocolo aprobado por el comité de ética de la Región, un observador externo al centro realizó observaciones directas del personal sanitario que no sabía que era observado. Las variables se registraron en un dispositivo informático que aseguraba el anonimato. Mediante muestreo ponderado por centro y profesión se observaron 348 oportunidades de higiene de manos en 174 trabajadores. El grado de cumplimiento se calculó mediante la prevalencia y su intervalo de confianza (IC) del 95%. Las diferencias estadísticamente significativas según sexo, tipo de centro, profesión, turno, día de la semana y contacto con el paciente (antes o después) se determinó con la prueba de chi cuadrado con un grado de significación $p < 0,05$. La fuerza de la asociación de cada variable se calculó con la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: La prevalencia del cumplimiento fue del 44,2% (IC 95% 39,0%-49,5%) y fue similar en ambos sexos. El cumplimiento fue mayor y significativo después de contactar con el paciente (OR = 2,3; IC 95% 1,3-4,2) y en el turno laboral de tarde (OR = 1,6; IC 95% 1,0-2,6) respecto al de mañana. Fue mayor sin significación en los hospitales de agudos (OR = 1,5; IC 95% 0,9-2,5), en los días festivos (OR = 1,6; IC 95% 0,6-3,9) y en médicos (OR = 2,4; IC 95% 0,7-7,4), enfermeras (OR = 1,6; IC 95%

0,9-2,6) y celadores (OR = 1,5; IC 95% 0,7-2,9) respecto a auxiliares de enfermería.

Conclusiones: Con la utilización de un sistema oculto de observación se ha objetivado un grado de cumplimiento bajo en la higiene de manos en la atención de pacientes aislados, especialmente antes de contactar con el paciente. Deben establecerse programas educativos encaminados a mejorar este aspecto. Financiación: Departament de Salut Generalitat de Catalunya.

¿DEBEMOS CONSIDERAR EL PALUDISMO UNA ENFERMEDAD EMERGENTE?

A.M. Pérez- Meixeira, C. García- Esteban, I. García- Bermejo, L. Gutiérrez- Ruiz, et al
Servicio de Salud Pública Área 10; Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de Getafe.

Antecedentes/objetivos: En el año 1997, en la Comunidad de Madrid, se cambia la forma de vigilancia del paludismo, que pasa de ser una enfermedad de declaración numérica a ser individualizada. Este cambio nos ha permitido conocer, con mayor facilidad, diferentes aspectos de los afectados por esta enfermedad. Objetivo: estudiar la evolución de los casos de paludismo en el área sanitaria durante los últimos 10 años: 1998-2007.

Métodos: Se han revisado retrospectivamente los casos de Paludismo diagnosticados en los residentes del área 10 de salud de la Comunidad de Madrid (323.678 habitantes). Período revisado: 10 años (1998 -2007). Se analizan las características demográficas y clínico-epidemiológicas de los casos declarados. Los denominadores se obtuvieron del padrón continuo de habitantes. Se utilizó el test chi-cuadrado para evaluar los cambios durante el período de estudio. Se utiliza el paquete SPSS 14 para Windows.

Resultados: En estos 10 años se han declarado 62 casos de paludismo entre residentes del área sanitaria. La tasa de incidencia varía desde 1,22 por cien mil habitantes en 1998 a 2,12 en 2008. La más elevada del período se produjo en 2003, con una tasa de 4,1 por cien mil hbs. El 88,7% de casos son inmigrantes o hijos de inmigrantes. Distribución por género 58,1% mujeres y 41,9 hombres. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en esa distribución. El 35,5% de casos se presentaron en edad pediátrica. Globalmente las edades varían desde 1 a 74 años, siendo la media 24,6 (DT 16,8) y la mediana 27 años. El 93,5% de los casos presenta como factor de riesgo viaje a países endémicos, que suelen ser los países de origen. La manifestación clínica más frecuente es la fiebre (98%) seguida de cefalea (47%) y, como signo exploratorio, la esplenomegalia (30,6%), seguido de hepatomegalia (28,5%). El tiempo medio transcurrido desde la llegada a España y la consulta por síntomas de enfermedad fue de dos semanas.

Conclusiones: El número de casos de paludismo ha sufrido un importante incremento en el área de salud durante los últimos diez años, sobre todo a partir del año 2001. En nuestro estudio, el principal factor de riesgo es un viaje sin profilaxis a países de alta endemia. En el Área sanitaria debemos considerarla como una enfermedad emergente y debe sospecharse en los pacientes que acuden a urgencias con fiebre elevada y hayan regresado de zonas endémicas.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B EN CATALUÑA, 1994-2007

G. Carmona Parcerisa, M. Oviedo, J.M. Jansà López del Vallado, et al
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/objetivos: Conocer la evolución y características de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* serotipo B en Cataluña en el período 1994-2007. Conocer la efectividad vacunal.

Métodos: En el análisis se han incluido los casos confirmados (serotipo B) declarados al sistema MDO durante el período. Se ha estudiado la incidencia, la edad, la forma clínica, la letalidad y la efectividad vacunal. Para el cálculo de la efectividad vacunal se ha utilizado la fórmula de Orenstein. Se han realizado pruebas de significación mediante el test de chi cuadrado y el test de Fisher.

Resultados: La tasa de incidencia de MIHI tipo b el año 1994 fue de 0,7 por 10.000 habitantes y el año 2007 de 0,1 por 100.000 habitantes. En < 5 años se ha producido una reducción del 87% de casos (IC 95% 79,6-92,8%) ($p < 0,001$), mientras que en los mayores de 60 se ha observado un aumento del 11 % ($p = 0,8$). Durante el período 1994-2007 se han producido 10 defunciones: 2 en niños < 5 años y 8 en > 60. Según la forma clínica: en < 5 años, un 34,9% de los casos ha cursado en forma de meningitis, versus un 17,1% en los > 60 años ($p = 0,07$); un 10,7% de los < 5 años ha presentado sepsis, versus un 28,6% en los > 60 años ($p = 0,02$); el 17,5% de los casos en < 5 años han sido sepsis+ meningitis, versus un 2,8 en los > 60 años ($p = 0,04$); las neumonías han representado el 4,8% de los casos en los < 5 años, mientras que en los > 60 ha alcanzado el 34,3% de los casos ($p < 0,001$); las epiglotitis el 5,8% en los < 5 años y en los > 60 el 0% ($p = 0,33$) y otras formas clínicas ha contabilizado el 25,2% de los casos en < 5 años frente a un 17,1% en los > 60 ($p = 0,45$). La efectividad vacunal ha sido del 92,7% (IC 95%: 85,0-96,4%).

Conclusiones: Se ha observado una notable disminución de casos en los menores de 5 años, pero no en los demás grupos de edad. Aunque la efectividad vacunal ha sido elevada y el esquema vacunal en Cataluña consiste en la administración de 4 dosis (3 dosis en el primer año de vida y un booster a los 18 meses), es necesario mantener una vigilancia (epidemiológica y de laboratorio) estrecha de la enfermedad.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE COSTE-EFECTIVIDAD DEL PALIVIZUMAB EN PACIENTES CON RIESGO ELEVADO DE INFECCIÓN GRAVE POR VIRUS SINCÍTICO RESPIRATORIO (VSR)

N. Paladio, A. García-Altés, C. Tebé, J.M. V Pons, et al
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Fundació Instituto de Investigación en Servicios de Salud.

Antecedentes/objetivos: El virus sincítico respiratorio (VSR) es la principal causa de infección respiratoria de vías bajas (IRVB) en menores de 2 años. El palivizumab es un anticuerpo monoclonal indicado para la profilaxis pasiva frente a las infecciones graves por VSR que requieren hospitalización en prematuros (< 35 semanas de gestación, SG), en niños con enfermedad respiratoria crónica (ERC) y/o cardiopatía congénita (CC). El objetivo de este estudio fue revisar la evidencia científica disponible en relación al coste-efectividad del palivizumab en niños/as prematuros, con antecedentes de ERC y/o CC.

Métodos: Revisión sistemática de la evidencia científica de evaluaciones económicas completas que comparen el uso de palivizumab frente a la no profilaxis en poblaciones de riesgo de infección grave por VSR en las bases de datos bibliográficas Pubmed y del Centre for Reviews and Dissemination durante el período septiembre 2001- agosto 2007. Dos revisores extrajeron los datos de manera sistemática con un formulario estandarizado y analizaron la calidad de los estudios. La síntesis de los datos fue cualitativa.

Resultados: Se han incluido 16 estudios, que corresponden a 20 evaluaciones económicas completas. De éstas, 11 fueron estudios coste-efectividad, 6 estudios coste-utilidad y 3 estudios coste-beneficio. La calidad de las evaluaciones fue variable y la mayoría no cumplió con las recomendaciones establecidas para estudios económicos. La mayoría fueron de autores norteamericanos o europeos (85%) y conducidas desde la perspectiva del pagador/hospitalaria (80%). El 50% de los estudios basan los cálculos en tasas de hospitalización locales. Los criterios de inclusión fueron variables pero el 85% incluyó prematuros (desde ≤ 35 SG a ≤ 28 SG), 45% niños con ERC y 25% niños con CC. El coste de adquisición del palivizumab fue la variable más sensible en los cálculos. El rango de estimaciones coste-efectividad fue muy amplio y osciló entre el ahorro de costes, y obtención de beneficio, a costes incrementales por hospitalización evitada o año de vida ganado muy elevados; y resultados de coste utilidad muy superiores a los aceptados internacionalmente.

Conclusiones: Existen muchos estudios que examinan el papel del palivizumab en la profilaxis de las infecciones graves por VSR. No obstante, las limitaciones metodológicas y las asunciones hechas por los autores no permiten establecer claramente las po-

blaciones en las que la administración del fármaco estaría justificada atendiendo a criterios de eficiencia.

Financiación: Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2007.

SITUACIÓN DE LA HEPATITIS A EN CATALUNYA 2001-2006. INFLUENCIA DE LA POBLACIÓN DE ORIGEN MARROQUÍ

J. Álvarez, D. Chávez, G. Carmona, C. Planas, H. Pañella, S. Minguell, A. Pumares, I. Barrabeig, M.R. Sala, et al
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; Agència de Salut Pública de Barcelona; Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: Describir las características epidemiológicas de la Hepatitis A (HA) en Catalunya, en el período 2001-2006 y valorar la influencia de la población marroquí en la situación de la HA.

Métodos: Se han incluido los casos notificados al sistema de EDO en Catalunya entre 2001 y 2006. Se ha realizado una ficha epidemiológica a cada caso. Se han analizado características demográficas, antecedentes de riesgo y medidas de control. Se han comparado casos asociados con esporádicos y casos autóctonos con origen marroquí. Para el cálculo de las tasas de incidencia se han utilizado los padrones municipales del Instituto Nacional de Estadística.

Resultados: Han sido notificados 1378 casos de HA, de los cuales se han incluido en el estudio los 1217 casos confirmados o probables (88,3%). La tasa anual media ha sido 3,0/100.000 habitantes (rango 1,7 a 3,9) sin una clara tendencia. El 63,8% eran hombres y la mediana de edad 27 años (0-89), siendo el grupo que presentaba una mayor tasa de 5 a 9 años (11,8) seguido de 0 a 4 (5,9) y de 30 a 34 (5,8). Se han considerado casos asociados 444 (36,5%). El antecedente de riesgo más frecuente era viaje a zona endémica (22,8%), seguido conviviente no sexual (14,5%), alimentario (11,1%) y contacto homosexual (5,8%). Se ampararon gammaglobulinas y se vacunó a los contactos de los casos en el 13,8%, superior en los notificados en los primeros 14 días (28,3% versus 12,4% $p < 0,001$). Los casos asociados eran más jóvenes que los esporádicos (22 años de mediana versus 28 años $p < 0,001$), asistían más a centros de preescolar (12,8% versus 4,7% $p < 0,001$) y tenían mayor contacto con menores de 3 años (14,0% versus 8,7% $p = 0,005$). La tasa de incidencia de 2005-2006 ha sido 2,2 casos/100.000h en españoles y 9,7 en marroquíes. Los marroquíes eran mas jóvenes que los españoles (90,7% menor de 20 años versus 22,9% $p < 0,001$) y con más antecedentes de viaje a zona endémica (62,8% versus 14,6% $p < 0,001$). Los 98 casos con antecedente de viaje a Marruecos eran mas jóvenes que los españoles (7 años de mediana versus 30 años $p < 0,001$) y asistían más a preescolar (19,4% versus 3,7%).

Conclusiones: En Catalunya, la HA es más frecuente en los niños pequeños y adultos jóvenes. El contacto persona a persona es el mecanismo de transmisión predominante. Un tercio de los casos son asociados. Los casos de origen marroquí o con antecedente de viaje a Marruecos son más jóvenes y podrían tener importancia en la circulación del virus en la población menor de 10 años, con gran influencia en la situación endémica actual. Se debería reforzar la vacunación a la población infantil de origen marroquí.

¿HAY EPIDEMIA DE SÍFILIS?

M. Farouk, M.S. Arroyo, M.A. Fernández, J. González, J.M. Caballero, et al
Distrito Sanitario Córdoba Sur, Lucena.

Antecedentes/objetivos: La sífilis es una vieja enfermedad venérea conocida en Europa desde finales del siglo xv. En España las cifras indican que el país ha vuelto a los niveles de contagio de 1998. Últimamente se altera, en muchas comunidades autónomas, sobre el aumento de casos importados de sífilis. Nuestro distrito sanitario tiene un colectivo relativamente grande de extranjeros, lo que supone una mayor vigilancia para la sífilis. Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes con sífilis que se han declarado en el Distrito Sanitario Córdoba Sur en los últimos 2 años. También, presentamos los casos recientes de sífilis que se han diagnosticado del 1 de Enero al 31 de Mayo de 2008.

Métodos: Se han revisado las historias clínicas correspondientes a los pacientes diagnosticados de sífilis en los años 2007 y 2007. En cada caso se han evaluado los datos referentes al paciente, enfermedad y tratamiento. También, resumimos los resultados de las encuestas epidemiológicas de los casos diagnosticados del 1 de enero al 31 de Mayo de 2008.

Resultados: Se presentaron 2 y 5 casos de sífilis durante los años 2006 y 2007 respectivamente. El mayor porcentaje de casos se presentó en mujeres y la edad mediana fue 38 años. Del 1 de Enero al 31 de mayo de 2008 se diagnosticaron 8 casos de infección luética. La mayoría de los casos diagnosticados entre el 1 de enero de 2006 al 31 de mayo de 2008 fueron extranjeros.

Conclusiones: La incidencia de la infección luética en nuestro Distrito Sanitario se ha ido en aumento, especialmente entre extranjeros. Se recomiendan campañas sanitarias de información para usar medidas de prevención en las relaciones sexuales, además de poner en marcha sistemas de sensibilización de los profesionales de Atención Primaria.

PÓSTERES IV

Viernes, 17 de octubre de 2008
13:30 a 14:30

Mortalidad

Modera: Consuelo Ibáñez

CONTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD ESPECÍFICA A LA TENDENCIA DE LAS GRANDES CAUSAS. DEL AÑO 1975 AL 2006

E. Madrigal, D. Salmerón, J. Carrillo, L. Cirera, et al
Consejería de Sanidad, Murcia; Instituto Nacional de Estadística, Madrid.

Antecedentes/objetivos: Existe un amplio conocimiento profesional sobre cuales son las principales grandes causas de muerte, pero no parece tan obvio cuáles son las principales causas específicas y su contribución a la evolución de las grandes causas de muerte. El Instituto Nacional de Estadística (INE) viene informatizando las causas de muerte desde 1975, por lo que se dispone de una serie de 32 años. Nuestro objetivo es describir la contribución de las causas específicas de mortalidad a la evolución de las grandes causas en la Región de Murcia, de 1975-2006.

Métodos: Las causas específicas se seleccionan según su magnitud y relevancia por un grupo de expertos. En 1980 entra en vigor en España la CIE-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y en 1999 la CIE-10, en mortalidad. Se parte de las correspondencias de los códigos de las causas a la CIE-9 elaboradas por el INE y CCAA, que se amplían a la CIE-8. Se calculan las tasas ajustadas por edad, método directo y 100.000 habitantes de la población europea estándar (PEE) para la comparación anual. Se escoge a la PEE frente a la población mundial, por su distribución por edad similar a la murciana. Se representan los gráficos de las causas específicas acompañados de la gran causa que las engloba. Tras la inspección del gráfico se comenta la contribución de las causas específicas al perfil temporal de su gran causa.

Resultados: En la evolución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias se observa un buen paralelismo inicial con la tuberculosis hasta el año 1989, que luego es modulado por el sida. Las neoplasias presentan una tendencia al aumento, a la que contribuyen bastantes localizaciones tumorales, pero especialmente el cáncer de pulmón. Las afecciones endocrino-metabólicas reproducen los cambios anuales de la diabetes con una cierta diferencia. El grupo de demencias en la que estaba incluido el Alzheimer influye en una primera etapa a los trastor-

nos mentales donde se incluían en la CIE-8 y 9, para finalmente observarse la contribución principal del Alzheimer en el sistema nervioso. Las enfermedades cardiovasculares registran un descenso continuado debido a la enfermedad cerebrovascular, y también en parte, a la enfermedad isquémica cardíaca. Las patologías digestivas presentan un paralelismo diferencial con la cirrosis hepática en el tiempo. La evolución decreciente del grupo de causas externas es muy similar al de los accidentes de tráfico, aunque la tendencia mínimamente creciente de los suicidios disminuya la tendencia resultante en las causas externas.

Conclusiones: Las causas específicas seleccionadas permiten ilustrar su contribución al perfil temporal de su respectiva gran causa de mortalidad.

DIFERENCIAS ENTRE ISLAS EN LOS DOS GRUPOS DE MORTALIDAD EVITABLE. CANARIAS, 1981-2005

M. Gil, P. Lorenzo, M. Rodríguez, et al

Dirección General de Salud Pública (SCS).

Antecedentes/objetivos: La mortalidad evitable mide el efecto de las intervenciones sanitarias sobre la salud de la población. El objetivo es analizar las diferencias entre Islas en los dos grupos de mortalidad evitable en Canarias en el período 1981-2005.

Métodos: Las causas seleccionadas fueron las propuestas por el Grupo de Consenso sobre la mortalidad evitable (ME), agrupadas en causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS) y por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI). Los períodos fueron 1981-90 (1), 1991-98 (2) y 1999-05 (3). Los indicadores fueron las Razones estandarizadas de mortalidad (REM) y las Razones estandarizadas de años de vida perdidos prematuramente (RAVPP), considerando las variaciones estadísticamente significativas.

Resultados: El conjunto de ME presenta sobremortalidad en G. Canaria (1, 2 y 3), Lanzarote (2 y 3), La Palma y Fuerteventura (2); infamortalidad en La Palma y el Hierro (1) y Tenerife (2). En los hombres, sobremortalidad en G. Canaria (1 y 2), Lanzarote (2) y Fuerteventura (3); infamortalidad en La Palma (1, 2 y 3) y La Gomera (3). En las mujeres, sobremortalidad en G. Canaria (1, 2 y 3); infamortalidad en La Palma (1 y 2). Y exceso de AVPP en Lanzarote y Fuerteventura (3); defecto en Fuerteventura, Tenerife y La Palma (1 y 2). En los hombres, exceso de AVPP en G. Canaria (2), Lanzarote y Fuerteventura (3); defecto en Tenerife y La Palma (1). Las ISAS presentan sobremortalidad en G. Canaria (1, 2 y 3); infamortalidad en La Palma (1, 2 y 3), El Hierro (1) y Tenerife (3). En los hombres, sobremortalidad en G. Canaria (1); infamortalidad en La Palma (1, 2 y 3), el Hierro (1) y La Gomera (3). En las mujeres, sobremortalidad en G. Canaria (1, 2 y 3); infamortalidad en La Palma (1 y 2). Y exceso de AVPP en G. Canaria y Tenerife (2 y 3); defecto en Tenerife, La Palma y El Hierro (1) y Fuerteventura (1 y 2). En los hombres, exceso de AVPP en Tenerife y La Palma (1). En las mujeres, defecto de AVPP en La Palma (1). Las IPSI presentan sobremortalidad en G. Canaria (1 y 2) y en Lanzarote y Fuerteventura (1, 2 y 3); infamortalidad en La Palma (1 y 2). En los hombres, sobremortalidad en Fuerteventura (3); infamortalidad en La Palma (2). Y exceso de AVPP Lanzarote (2 y 3) y en Fuerteventura (3); defecto en Fuerteventura (1 y 2) y La Palma (1). En los hombres, exceso de AVPP en G. Canaria (2) y Fuerteventura (3); defecto en La Palma (1).

Conclusiones: En general, el patrón geográfico muestra sobremortalidad en las islas orientales e infamortalidad y en las occidentales, con evolución ascendente en las Islas Periféricas y estabilidad en las Islas Capitalinas. Las causas ISAS presentan mayor sobremortalidad que las causas IPSI, excepto en G. Canaria y Tenerife.

LA MORTALIDAD EVITABLE EN CANARIAS, 1981-2005

P. Lorenzo, M. Gil, et al

Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de Salud.

Antecedentes/objetivos: El indicador mortalidad evitable mide el efecto de las intervenciones sanitarias sobre la salud de la población. El objetivo es analizar la mortalidad evitable en Canarias en el período 1981-2005.

Métodos: Las causas, y los grupos de edad seleccionados, fueron las propuestas por el Grupo de Consenso sobre la mortalidad evitable. Los períodos seleccionados fueron 1981-90, 1991-98 y 1999-05. Los indicadores utilizados fueron las Tasas de mortalidad estandarizadas y las Tasas de AVPP estandarizadas (método directo), de los dos grandes grupos de causas evitables: las susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS) y por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI).

Resultados: En Canarias, durante el período de estudio se produjeron 64.133 defunciones evitables, lo que supone una media anual de 2.565 (el 24% de la mortalidad general), representando la pérdida de 1.286.534 años de vida (51.461,37 de media anual), disminuyendo en ambos casos la importancia porcentual con el paso del tiempo. El 68% de estas muertes evitables, y el 72% de los AVPP se atribuyen a los hombres que, a diferencia con las mujeres, presenta una evolución ascendente. Alrededor del 60% de estas muertes evitables se deben a causas ISAS, aunque su importancia porcentual va descendiendo con el paso del tiempo, adquiriendo más importancia las causas IPSI. En los hombres, las muertes se reparten por igual entre ambos grupos de causas; en las mujeres, más de las tres cuartas partes de las mismas se deben a causas ISAS. La tasa estandarizada de mortalidad y la tasa estandarizada de AVPP por estas causas evitables disminuyeron, tanto en hombres como en mujeres. En los años de vidas perdidos participan casi por igual ambos grupos de causas, siguiendo el mismo comportamiento que en el caso de las defunciones. En los hombres, el 38% de los AVPP se deben a las causas ISAS; y el 71% en las mujeres. Las tasas estandarizadas de mortalidad y las tasas estandarizadas de AVPP de ambos grupos de causas evitables descendieron, tanto en hombres como en mujeres.

Conclusiones: Aunque alrededor de uno de cada cuatro acaecidos en Canarias en el período 1981-2005 eran evitables, su importancia respecto a la mortalidad general ha ido disminuyendo con el paso del tiempo, siendo los hombres los que más aportan. Dado el peso de ambos grupos de causas evitables, habría que hacer hincapié en mejorar las medidas dirigidas a disminuir la mortalidad evitable por asistencia sanitaria en las mujeres y las evitables por políticas sanitarias intersectoriales en los hombres.

DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD EVITABLE ENTRE LAS ISLAS CAPITALINAS. ISLAS CANARIAS, 1981-2005

P. Lorenzo, M. Gil, et al

Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de Salud.

Antecedentes/objetivos: El indicador mortalidad evitable refleja el efecto de las intervenciones sanitarias sobre la salud de la población. Comporta que las listas utilizadas deban adaptarse a la realidad sanitaria de cada país. El objetivo es analizar las diferencias en la mortalidad evitable entre las Islas Capitalinas de Canarias en el período 1981-2005.

Métodos: Las causas de mortalidad seleccionadas fueron las propuestas por el Grupo de Consenso de España sobre la mortalidad evitable. Las poblaciones estudiadas fueron los residentes de las Islas de Gran Canaria y Tenerife. Los períodos estudiados fueron 1981-90, 1991-98 y 1999-05. El indicador utilizado fue la Razón estandarizada de mortalidad (REM), tomando como referencia el conjunto del Archipiélago.

Resultados: El 21% de la mortalidad general y el 72% de la mortalidad evitable registrada en Canarias durante el período de estudio se concentraron equitativamente en las Islas de G. Canaria y Tenerife. Con algunas variaciones en cuanto a su orden de importancia, las cinco primeras causas fueron enfermedades isquémicas del corazón –primera causa–; enfermedades cerebrovasculares; cáncer de tráquea, bronquios y pulmón; resto de causas externas; y accidentes de tráfico. Todas ellas representan el 71% de todas las muertes evitables registradas en estas dos Islas. Comparando con toda Canarias, se registra sobremortalidad en G. Canaria para estas principales causas durante los tres períodos del estudio; sin embargo, solo es significativa para la enfermedad isquémica del corazón (1, 2 y 3). La excepción aparece en resto de causas externas, donde se registra inframortalidad (1 y 2, en éste último caso significativa). Para el resto de causas evitables solo destacar la significativa sobremortalidad en suicidio (2). En Tenerife, por el contrario, sólo se registra sobremor-

talidad en el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (1, 2 y 3), resto de causas externas (1 y 2) y enfermedad isquémica del corazón (3), aunque sólo es significativa en esta última causa. La inframortalidad es significativa en accidentes de tráfico (2) y resto de causas externas (2 y 3). Para el resto de causas evitables sólo se registra sobremortalidad significativa en la mortalidad perinatal (2), suicidio y homicidio (2).

Conclusiones: La importancia de las Islas Capitalinas en el impacto de la mortalidad evitable de Canarias es muy pronunciada. Sin embargo, la sobremortalidad registrada en Gran Canaria contrasta con la inframortalidad general de Tenerife.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EVITABLE EN CANARIAS, 1999-2005

M. Gil, P. Lorenzo, et al

Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de Salud.

Antecedentes/objetivos: El indicador mortalidad evitable mide el efecto de las intervenciones sanitarias sobre la salud de la población. El objetivo es analizar las principales causas de mortalidad evitable en Canarias en el período 1999-2005.

Métodos: Las 34 causas de mortalidad seleccionadas fueron las propuestas por el Grupo de Consenso sobre la mortalidad evitable. El grupo resto de causas externas engloba a todas excepto a accidentes de tráfico, suicidio y homicidio. El período seleccionado fue 1999-2005. Los indicadores utilizados fueron la Tasa de mortalidad estandarizada y la Tasa de AVPP estandarizada (método directo) de las cinco principales causas de muerte evitables.

Resultados: En Canarias, durante el período de estudio, las cinco primeras causas de mortalidad evitables fueron, por orden de importancia, enfermedad isquémica del corazón (41%, tasa de mortalidad estandarizada: 72,56 por mil); cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (22%, 36,13); resto de causas externas (16%, 15,37); enfermedad cerebrovascular (13%, 21,99); y accidentes de tráfico (9%, 7,38). En conjunto representan el 15% de la mortalidad general y el 71% de todas las muertes evitables. En los hombres, que aportan el 90% de estas muertes evitables, se mantiene el orden de importancia de estas mismas causas. En las mujeres, con tasas mucho más bajas, el cáncer de mama –segunda– (15%, 14,87) desplaza a los accidentes de tráfico a la sexta posición. Analizando los años de vida perdidos prematuramente, las cinco primeras causas, por orden de importancia, fueron las enfermedades isquémicas del corazón (17%, tasa estandarizada de AVPP: 571,96 por 100 mil), resto de causas externas (14%, 406,57); cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (11%, 384,01); accidentes de tráfico (11%, 314,92) y suicidio (8%, 209,71). En conjunto representan el 69% de todos los debidos a muertes evitables. En los hombres, que aportan el 91% de estos AVPP, se mantiene el mismo orden de importancia de estas causas. En las mujeres, con tasas muy inferiores, el cáncer de mama es el que aporta mas AVPP (15%, tasa estandarizada de AVPP: 286,71 por mil), seguida de enfermedad isquémica del corazón (12%, 227,44), mortalidad perinatal (11%, 5,29), cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (8%, 155,32) y accidentes de tráfico (8%, 132,37).

Conclusiones: Dentro de las cinco primeras causas evitables predominan las evitables por políticas sanitarias intersectoriales sobre las evitables por asistencia sanitaria. La enfermedad isquémica del corazón, perteneciente a éste último grupo, ocupa la primera posición en ambos sexos. En las mujeres, el cáncer de mama ocupa la segunda posición respecto a las defunciones, siendo la que más años de vida perdidos prematuramente ocasiona.

RELACIÓN DE LA MORTALIDAD GLOBAL POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA, POR CÁNCER DE COLON Y POR CÁNCER DE MAMA CON LA ACCESIBILIDAD Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN ANDALUCÍA

M.M. Rodríguez del Águila, F. Rivas Ruiz, E. Perea-Milla López, M. Ruiz Ramos, M.L. Buzón Barrera, et al

Hospital Virgen de las Nieves (Granada); Hospital Costa del Sol (Marbella); Registro Mortalidad Andalucía (Sevilla); Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Sevilla).

Antecedentes/objetivos: La necesidad de implantar un nuevo mapa de Centros Hospitalarios de Alta Resolución (CHARES)

en Andalucía llevó al estudio de posibles áreas con déficit de accesibilidad a cuidados especializados. El objetivo fue analizar la asociación entre la accesibilidad espacial a los servicios hospitalarios en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de Andalucía en 1999-2003, los recursos sanitarios existentes y la mortalidad global y específica por enfermedad isquémica, cáncer de colon y cáncer de mama, ajustando por factores socioeconómicos.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio ecológico a partir de las bases de datos de mortalidad andaluzas de 1999-2003 por las causas anteriormente citadas. Se calcularon tasas de mortalidad, crudas y estandarizadas por edad y género (método directo) a nivel de las 216 Zonas Básicas de Salud existentes con sus intervalos de confianza al 95%. Se calcularon las cronas de cada municipio a su hospital de referencia y se ponderó por su población para conocer la crona media de cada ZBS. La mortalidad se relacionó con las cronas y variables sociodemográficas mediante un análisis de regresión lineal multivariante.

Resultados: La tasa de mortalidad global promedio fue de $675,27 \pm 68,64$; en las enfermedades isquémicas, dicha tasa osciló entre 30,2 y 135,2; para el cáncer de colon la mortalidad promedio fue de $17,26 \pm 4,78$ y para el cáncer de mama (sólo mujeres) se obtuvieron tasas entre 1,8 y 43,3 (datos por 10.000 habitantes). En la regresión multivariante las variables explicativas fueron la crona, el % de paro, el % de población con nivel de instrucción bajo, el % de trabajadores no cualificados y la interacción entre el nivel socioeconómico y el % de parados. La variabilidad explicada para la mortalidad global fue de 0,196, para enfermedad isquémica del 12,4%, 0,299 para cáncer de colon y 0,076 para cáncer de mama; las cronas resultaron significativas en todos los modelos (coeficiente de regresión positivo en isquémicas y negativo en colon y mama) excepto para mortalidad global.

Conclusiones: La distancia al hospital de referencia es una variable explicativa para la mortalidad por enfermedades isquémicas, cáncer de colon y cáncer de mama en Andalucía. Los CHAREs que se están ubicando en diversas poblaciones andaluzas pueden ayudar a cubrir necesidades de poblaciones con difícil acceso a los recursos sanitarios hasta ahora existentes.

Financiación: Proyecto Financiado por la Consejería de Salud, código 04/0157. F Rivas disfruta de un contrato de técnico de apoyo a la investigación del ISCIII.

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA CERTIFICACIÓN EN GALICIA

G. Naveira Barbeito, S. Cerdeira Caramés, M.I. Santiago Pérez, A. Malvar Pintos, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia.

Antecedentes/objetivos: Las estadísticas de mortalidad están en parte limitadas por la calidad de los datos que se obtienen de los boletines estadísticos de defunción (BED). En Galicia, a fin de subsanar errores en la cobertura de los BED, se imparten cursos de certificación desde 2002. El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto de los cursos en la calidad de las certificaciones de defunción.

Métodos: Se realizó un estudio de intervención "antes-después" con un grupo control. En el grupo intervención se incluyeron los BED certificados en el período julio-2005 a junio-2007 por todos los médicos que realizaron el curso en 2006 (5 ediciones, de marzo a junio, todas impartidas por la misma persona). Para el grupo control se seleccionó una muestra aleatoria entre los médicos que certificaron alguna defunción en el período de estudio, y se excluyeron aquellos que habían realizado el curso en alguna ocasión. Se definieron dos períodos: antes y después del curso (grupo control: antes de la primera edición y después de la última). En cada BED se analizaron indicadores de calidad propuestos por la OMS: inclusión de la firma, número de colegiado, letra legible, no uso de siglas o abreviaturas, secuencia lógica y una sola causa fundamental; además, se analizaron las causas de mortalidad del capítulo XVIII de la CIE-10 ("Mal Definidas"), causas que aportan información mala o dudosa (I46.9, J96.0) y causas violentas (capítulo XX, salvo W84). Para cada grupo, los porcentajes de

error antes y después se compararon ajustando un modelo de regresión logística en el que se corrigió la autocorrelación intramédica.

Resultados: Al curso asistieron 85 médicos (63,5% mujeres) con una edad media de 44,3 años (28 a 55). De éstos, se excluyeron 6 que no certificaron ningún BED en el período de estudio; en el grupo control se incluyeron 85 médicos. Se analizaron 1.505 BED, 623 del grupo intervención (272 antes del curso (43,7%) y 351 después), y 882 del control (332 (37,6%) y 550, respectivamente). El porcentaje de errores en la firma, número de colegiado y letra ilegible fue prácticamente nulo en los dos grupos. En el resto de indicadores no hubo cambios significativos tras el curso, en ninguno de los dos grupos ($p > 0,05$ en todos los casos). El mayor incumplimiento se dio en la secuencia lógica, con porcentajes mayores del 80% en todos los casos. No se observaron frecuencias llamativas en las causas analizadas.

Conclusiones: Estos cursos no fueron efectivos para mejorar la calidad de la cumplimentación de los BED, por lo que sería necesario modificar la intervención.

EL ANÁLISIS MULTICAUSAL DE LAS DEFUNCIONES POR ACCIDENTES DE TRÁFICO DE VEHÍCULOS DE MOTOR, ¿ES INFORMACIÓN RELEVANTE EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES?

I. Melchor, C. García-Senhermes, J.A. Pina, P. Martínez, S. Valero, A. Nolasco, O. Zurriaga, M. Seguí-Gómez, J. Moncho, et al

Registro de Mortalidad de la Comunidad Valenciana. DGSP. Conselleria de Sanitat. GV; USI de Análisis de la mortalidad y Estadísticas Sanitarias. Universidad de Alicante; European Center for Injury Prevention (ECIP).

Antecedentes/objetivos: Los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte entre 15 y 34 años, y es la que mayor mortalidad prematura presenta. Se estima que en 2020 esta causa pasará a ser la tercera causa de muerte y discapacidad en todo el mundo. En el objetivo 9.º del informe salud para todos en el siglo XXI de la OMS se menciona la necesidad de reducir las lesiones derivadas por los accidentes, así pues, el objetivo del estudio es describir las características de las lesiones certificadas en las defunciones por accidentes de tráfico de vehículos de motor en la Comunidad Valenciana (CV) entre 1999-2006.

Métodos: Las lesiones analizadas corresponden a las certificadas en los BEDs de residentes en la CV cuya defunción ocurrió en la misma en el período 1999-2006 y la causa básica de defunción (CBD) fue accidente de tráfico de vehículo de motor. La CBD y los diagnósticos de lesiones ("S" y "T") mencionados se han codificado en CIE-10. Se ha generado la matriz de diagnósticos de lesiones de mortalidad (IMD, Barell matrix) desarrollada por el NCHS utilizando el método de "total diagnósticos de lesiones mencionados". La unidad de análisis es cada diagnóstico de lesión mencionada en una defunción. Esta matriz se ha construido con el software de libre distribución del ECIP que clasifica las lesiones según naturaleza y región del cuerpo afectada. La IMD se ha calculado para el total período, por sexos, por grupos de edad y años.

Resultados: Se han analizado 3.933 lesiones certificadas en 3.954 (3.139 hombres y 815 mujeres) defunciones por accidentes de tráfico de vehículos de motor, con un número medio de lesiones por defunción de 0,995 (hombres 0,998 y 0,98 en mujeres); de 0,99 en 1999 y de 1,06 en 2006. De todas las lesiones, el 32,8% ocurren en cabeza y cuello (hombres 32,5% y mujeres 33,9%), y el 12,6% en tronco (hombres 12,95% y 11,26% en mujeres). Por naturaleza, el 31,7% corresponden "lesión de órganos internos" (31,3% hombres y 33,7% mujeres) y el 3,5% a fracturas (3,5% en ambos sexos). Del grupo de cabeza y cuello, la más frecuente es la lesión traumática cerebral (31,4%) y del tronco, la de tórax con un 8%. Las lesiones de cabeza y cuello representan un 43,3% en 0-14 años, un 39,7% de 15-34, un 29,2% de 35-64 y un 23,4% en ≥ 65 años.

Conclusiones: El análisis multicausal de mortalidad aporta una información que mejora a la procedente de la causa básica y puede contribuir a la prevención de lesiones por accidentes de tráfico. Financiación: Ayuda por Convenio con la Conselleria de Sanitat. GV.

CONTROL DE CALIDAD DE LA CODIFICACIÓN DE LA CAUSA BÁSICA DE MUERTE DEL BOLETÍN ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN (BED) EN EL REGISTRE DE MORTALITAT DE CATALUNYA

P. Molina, A. Puigdefàbregas, A. Gubert, S. Zaragoza, J. Doménech, R. Gispert, et al

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Antecedentes/objetivos: Una parte importante de la validez de los estudios epidemiológicos basados en datos de mortalidad depende de la calidad de la información de la causa de muerte. El Registro de Mortalidad de Catalunya codifica la causa básica de defunción (CB) de los BED y efectúa controles de calidad de la codificación. La selección y codificación de la CB se realiza manualmente según las reglas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), siendo un aspecto importante el mantenimiento de la homogeneidad interna del proceso. Con esta finalidad se revisa trimestralmente un lote mensual completo de BED. El objetivo es describir los resultados globales de este método de control de calidad de la codificación de CB.

Métodos: La CB es revisada por un codificador distinto del que la codificó inicialmente. Aquellos BED en los que la CB escogida por el revisor no coincide con el código previamente asignado por el codificador, son revisados por un equipo experto que consensúa el código y comunica al equipo de codificación la decisión y el criterio empleado. Se recoge información sobre los errores, clasificándolos según el tipo en 4 grupos: diferencias de interpretación del literal (caligrafía, siglas), valoración de secuencia lógica, aplicación de reglas CIE-10 y asignación de código CIE-10. También se recogen los errores del revisor. Se determina el porcentaje de errores según tipo, y el cambio que supone la rectificación de dichos errores en la distribución de la mortalidad por causas.

Resultados: Desde septiembre de 2006 hasta noviembre de 2007 se han recodificado 24.554 BED correspondientes a 5 lotes (33% de los BED). El porcentaje de errores es del 4,7%, y se distribuyen: 0,2% atribuible a la caligrafía, 0,6% al criterio de secuencia, 1,4% a aplicación de reglas y 2,5% a asignación de código. Se detectan un 0,3% de errores de revisor. De los BED revisados, en 338 (1,4%) la CB cambia de gran grupo. El alto número de BED revisados permite tipificar e identificar los errores y facilita la intervención de mejora.

Conclusiones: La revisión completa de un lote representa la recodificación de un gran número de BED, hecho que facilita la detección y corrección de errores sistemáticos. La mayor parte de errores detectados son atribuibles a la aplicación de criterios de la CIE-10 (reglas y códigos), y por tanto evitables con un mayor grado de experiencia de los codificadores.

DIFERENCIA DE ESPERANZA DE VIDA ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN GALICIA: EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS

M.I. Santiago Pérez, S. Cerdeira Caramés, A. Malvar Pintos, et al

Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia.

Antecedentes/objetivos: La diferencia de esperanza de vida (EV) al nacimiento entre hombres y mujeres ha crecido a lo largo del siglo pasado en toda Europa, pero desde los años noventa se está acortando de nuevo en muchos países, en particular en España (7,2 años en 1996 y 6,5 en 2005). El objetivo de este trabajo fue analizar la evolución de la diferencia de EV entre hombres y mujeres en Galicia, en el período 1981-2005, y explicarla en términos de causas de muerte y grupos de edad.

Métodos: La EV en Galicia para hombres y mujeres se estimó, en períodos de 5 años entre 1981 y 2005, mediante las tablas de mortalidad abreviadas con grupos de edad quinquenales. Los datos de mortalidad se obtuvieron del Registro de Mortalidad de Galicia (CIE9 hasta 1998 y CIE-10 desde 1999) y como denominadores se utilizaron poblaciones intercensales hasta 1997 y los Padrones de 1998 a 2005; para el grupo de menores de un año se tomaron los nacimientos del INE. En los dos últimos quinquenios (1996-2000 y 2001-05) se aplicó el método de Arriaga para identificar las causas de muerte, y los grupos de edad afectados, que explican la diferencia de EV entre hombres y mujeres. El análisis se hizo con Epidat 3.1.

Resultados: En el período 1981-85, la EV en Galicia era de 79 años para las mujeres y 72,5 para los hombres, con una diferencia de 6,5 años. En los 2 siguientes quinquenios esta diferencia aumentó a 7,0 (EV: 80,2 en mujeres vs. 73,2 en hombres) y 7,6 (81,4 vs. 73,8), respectivamente; en el período 1996-2000 se estabilizó [7,7 (82,7 vs. 75,0)] y actualmente está disminuyendo: 7,2 (84,0 vs. 76,8). En 1996-2000, el 57,3% de la diferencia (4,4 años) era debida a la mayor mortalidad de los hombres, con respecto a las mujeres, antes de los 65 años; en 2001-05, este porcentaje se redujo al 52% (3,8 años). En los dos quinquenios, las 5 primeras causas de defunción en cuanto a su impacto sobre la diferencia de EV entre hombres y mujeres fueron las mismas y con el mismo orden: tumor de pulmón (13,8% en 1996-2000 y 15,4% en 2001-05), infarto agudo de miocardio (10,2% y 9,1%), accidentes de tráfico (9,7% y 7,7%), EPOC (7,5% y 7,6%) y tumor de próstata (5,0% y 5,6%).

Conclusiones: En Galicia, la diferencia de EV entre hombres y mujeres está empezando a reducirse, como ya ocurría en España desde hace una década. Esto puede explicarse, en parte, por la disminución de la mortalidad por accidentes de tráfico y por infarto agudo de miocardio, lo que contribuyó a reducir las defunciones en edades jóvenes y medias.

TENDENCIA EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO EN ESPAÑA: DIFERENCIAS REGIONALES Y CARGA DE ENFERMEDAD POR MORTALIDAD PREMATURA, 1975-2005

E. García-Esquinas, N. Aragonés, B. Pérez-Gómez, E. Boldo, M. Pollán, M.J. García-Mendizábal, E. Vidal, V. Pastor, G. López-Abente, et al
Hospital Ramón y Cajal, Madrid; Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII, Madrid; CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: Aunque la incidencia y mortalidad por cáncer gástrico (CG) a nivel mundial ha disminuido notablemente en las últimas décadas, existen grandes diferencias entre países y regiones. Objetivos: 1) estudiar tendencias temporales y puntos de cambio en la mortalidad por CG en las Comunidades Autónomas (CCAA), 2) valorar la carga de enfermedad a través del cálculo de los Años de vida perdidos prematuramente (APVP).

Métodos: Para el cálculo de las tasas se utilizan las defunciones codificadas como 151 y C16 en las CIE 9 y 10 y las estimaciones poblacionales del INE. Se ajustan tasas de mortalidad estandarizada (TME) por sexo y CCAA, con la población estándar europea, calculando su porcentaje de cambio anual (PCA) y la presencia de puntos de inflexión mediante regresión Joinpoint. Se calculan APVP mediante tablas de vida estándar West26 (mujeres) y West25 (hombres), procesando los datos con el programa GesMor (tasa de descuento del 3%; factor de ponderación por edades $K = 1$). Se calculan Tasas APVP/1000 habitantes (TAPV) para comparar mortalidad prematura entre CCAA.

Resultados: Se observan 21204 muertes, con un descenso global de las tasas del 1,61% (IC 95 1,45-1,78). Los años 80 muestran un cambio de tendencia, probablemente relacionado con la descentralización y cambios en la codificación, siendo menor a partir de entonces la velocidad de cambio. Hay grandes diferencias entre CCAA: Aquellas situadas en el centro peninsular presentan tasas más altas al inicio y mayores PCA (Extremadura 2,67%; Castilla-Mancha 2,04%). Los litorales mediterráneo (C. Valenciana-Cataluña) y cantábrico (Asturias-Cantabria-P. Vasco) evolucionan suavemente de manera homogénea. Andalucía y las Islas registran las menores tasas, pese a lo cual Baleares presenta el descenso más acusado (PCA 2,69%). La razón H:M a nivel estatal y por CCAA es 2:1, siendo el PCA mayor en mujeres (M: 1,92% IC 95: 1,78-2,10; H:1,3% IC 95: 1,13-1,47). Paralelo al descenso de las TME existe una disminución de las TAPV, con una tasa media anual de AVP de 1,9 años (IC 95: 1,8-2,0) y un riesgo de mortalidad prematura 2 veces mayor en varones. Las CCAA con un impacto del CG superior al nacional son: Castilla-León, Castilla-Mancha y Galicia. Considerando un factor $K = 0$ observamos TAPV más elevadas, mostrando mayor impacto del CG en edades avanzadas.

Conclusiones: El acusado descenso registrado en aquellas CCAA que parten de tasas más altas al inicio del período se ha traducido en una mayor homogeneidad regional en la mortalidad por CG. En mujeres el descenso es más acentuado siendo menor el número global de ADVP.

PÓSTERES IV

Viernes, 17 de octubre de 2008
13:30 a 14:30

Salud infantil

Modera: Lluís Rajmil

IMPACTO DEL TABAQUISMO PASIVO EN LOS NIÑOS EUROPEOS: SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA INFANTIL (SMSI) Y EPISODIOS DE ASMA

E. Boldo, S. Medina, M. Oberg, V. Puklová, O. Mekel, K. Patja, D. Dalbokova, M. Krzyzanowski, M. Posada, et al
Instituto de Salud Carlos III (España); CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Instituto de Salud Pública (Francia); Instituto Karolinska (Suecia); Instituto de Salud Pública (República Checa); Instituto de Salud Pública NRW (Alemania); Instituto de Salud Pública (Finlandia); Centro Europeo de la OMS para la Salud y el Medio Ambiente; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER).

Antecedentes/objetivos: Los niños tienen limitado control sobre el ambiente de sus hogares, viéndose sometidos al impacto negativo del tabaquismo pasivo. El humo del tabaco es un factor de riesgo que aumenta la morbi-mortalidad infantil. Se realizó una Evaluación de Impacto en Salud (EIS) para estimar el exceso de morbilidad (episodios de asma en menores de 14 años) y de mortalidad (casos de SMSI) en 27 países europeos.

Métodos: Se utilizó información disponible en bases de datos internacionales. Para la exposición, se consideró la prevalencia más reciente de adultos fumadores que los países declararon a la OMS y encuestas de estudiantes (Global Youth Tobacco Survey). Se tuvieron en cuenta dos escenarios basados en variaciones de la exposición al humo del tabaco. Los datos poblacionales y de mortalidad se obtuvieron de Eurostat. Se aplicaron *odds ratio* procedentes de la mejor evidencia epidemiológica disponible, 1,94 (1,55-2,43) para SMSI y 1,23 (1,14-1,33) para asma. La tendencia en la prevalencia de fumadores observada en 10 países europeos entre los años 1998 y 2005 se utilizó para valorar el impacto sobre SMSI.

Resultados: Se encontraron diferencias importantes entre los países en relación a la prevalencia de fumadores, siendo la media del 28% y generalmente mayor en la Europa del Este. En función del escenario considerado, el tabaquismo pasivo causaría del 24 al 32% de los casos de SMSI (España: 18-23%), ocurriendo el mayor impacto en Letonia, Irlanda y Lituania. Por otra parte, se incrementaría el número de episodios de asma entre el 7-11% en menores de 14 años (España: 7-10%), destacando el impacto producido en Austria y Grecia. La tendencia decreciente de la prevalencia de fumadores (excepto en la República Checa) podría haber contribuido a una reducción del 38% en el número de casos de SMSI atribuibles al humo del tabaco (España: 29%).

Conclusiones: La información disponible en bases de datos internacionales es limitada para realizar EIS. A la vista de los resultados, el tabaquismo pasivo continúa siendo un problema de salud pública en los hogares, donde todavía existe un vacío legal que sigue amenazando a la población infantil. Es necesario advertir a los padres y cuidadores que sólo los entornos totalmente libres de humo de tabaco protegen la salud de los niños. Financiación: ENHIS (www.enhis.org) fue financiado por la Comisión Europea (DG SANCO: SPC 2004124).

CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA, 1998-2007

M. Gil Costa, T. Vega Alonso, M.L. Mateos Barquero, E.M. Vian González, RED Centinela Sanitaria Castilla y León, et al
Observatorio de Salud Pública; Servicio Territorial de Sanidad Palencia; Consejería de Sanidad de Castilla y León.

Antecedentes/objetivos: La OMS recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuar con lactancia mixta hasta los 12. Según los datos de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León RCSCyL de 1998 la lactancia materna exclusiva

se mantenía hasta los 6 meses en el 7,3% de los niños, el 21,0% estaba con lactancia mixta y el 71,7% eran alimentados con lactancia artificial. En 2007 se realiza un nuevo estudio que permite comparar las variaciones con los resultados de 1998 y evaluar los efectos del programa de promoción de la lactancia materna. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo realizado por la RCSyL durante 2007 en niños con edad comprendida entre los 6 y 12 meses de edad que acudan a la consulta por cualquier motivo. El cuestionario analiza datos de la madre, datos del parto y datos referidos al tipo de lactancia y duración.

Resultados: Se analizaron 804 casos. La media de edad de las madres es de 32,9 años (DE \pm 5 años). El 53,7% es primípara. El 86,5% de las mujeres que tiene hijos refieren experiencia previa de lactancia materna. El 60,3% trabaja fuera del hogar. El 76,2% acudió a cursos de preparación al parto, el 94% recibió información sobre lactancia materna. Tras el parto el 81,2% eligió lactancia materna exclusiva, el 10,7% mixta y 8,1% artificial. La comparación con los datos de 1998 muestra que la elección de lactancia materna exclusiva ha aumentado un 5% y la artificial disminuye un 4%. El 31,1% de los niños ha mantenido lactancia materna exclusiva durante 6 meses y con lactancia materna mixta el porcentaje es del 25,9%; el porcentaje de niños que mantienen lactancia materna exclusiva por encima de los 6 meses se ha cuadruplicado con respecto a los datos de 1998. El análisis de los factores por los que se abandona la lactancia materna antes de los 6 meses arroja diferencias con los datos de 1998 donde el abandono de la lactancia exclusiva estaba favorecido de manera significativa el trabajo de la madre. En el registro de 2007 este motivo pasa al tercer lugar siendo la hipogalactia el primer factor y la escasa ganancia ponderal el segundo.

Conclusiones: Los datos más relevantes, al comparar estos datos con los de 1998, son: que la situación de madre trabajadora no afecta a la hora de elegir el tipo de lactancia tras el parto ni en el cambio de lactancia transcurridos 6 meses. La elección de lactancia materna exclusiva se ve favorecida de manera significativa ($p < 0,05$) con la asistencia al curso de preparación al parto y la experiencia de lactancia previa. Otros factores que influyen positivamente son conocer los programas de promoción de lactancia materna y la ayuda por parte del personal sanitario durante el período de hospitalización.

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL VS. IMC EN POBLACIÓN DE 12-18 AÑOS DEL PAÍS VASCO

P. Arriano Etxezarreta, M. Urtizberea, N. Larrañaga, C. Urriaga, M. Dorronsoro, et al
Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa; Universidad del País Vasco.

Antecedentes/objetivos: El interés de los estudios en las alteraciones en la percepción de la imagen corporal es cada vez mayor en el mundo de la salud. La presión social con la imposición de un modelo estético de delgadez hace que la preocupación por la imagen corporal se vea incrementada en determinados estratos como los adolescentes y jóvenes. **Objetivos:** comparar la percepción de la imagen corporal con el Índice de Masa Corporal (IMC) calculado a partir del peso y talla medidas.

Métodos: Estudio transversal en el marco de la Encuesta de Nutrición en la población de 4-18 años de la CAPV, 2004-2005. El conocimiento de la percepción de la imagen se realizó mediante cuestionario auto reportado a los individuos con 12 años y más. Las preguntas fueron: 1) ¿estás satisfecho con tu peso o te gustaría pesar más o menos de lo que pesas actualmente?; 2) ¿estás preocupado por el peso y la obesidad?; y 3) ¿has seguido alguna dieta? El peso y talla fueron medidos por personal entrenado, se ha calculado el IMC (kg/m^2) y caracterizado según Cole et al, 2000. Se han definido el normopeso y el exceso de peso (sobrepeso+obesidad).

Resultados: Los individuos incluidos han sido 556, 292 niños y 264 niñas de 12 a 18 años. La satisfacción percepción con el peso es mayor en los niños que en las niñas. El porcentaje disminuye al aumentar la edad en ambos sexos. Entre los niños normopeso un 10,1% y un 20,7% de 12-14 y 15-18 años, respectivamente, quieren ganar peso. Un 35% de las niñas normopesas de 12 a 14 quiere perder peso y el 37% están preocupadas. Un 44% de las chicas normopeso de 15 a 18 quiere perder peso y un 52%

están preocupadas. Tanto las niñas como los niños de 12 a 14 años con exceso de peso (sobrepeso + obesidad) están preocupados por su peso, 64% vs. 66%; y un 31% de los chicos ha realizado alguna dieta vs al 24% de las chicas. Sin embargo en la edad de 15 a 18 años son las chicas las que con mayor frecuencia han seguido una dieta, un 35% vs el 13% de los chicos.

Conclusiones: Los niños se autoperceben mejor en relación a su peso. El exceso de peso es percibido en ambos grupos de edad. Un 21% de los chicos normopesos de 15 a 18 años quiere ganar peso. Un 37% de las niñas de 12 a 14 años normopesas están preocupadas y un 35% quieren perder peso. Un 44% de las chicas normopesas de 15 a 18 años quieren perder peso y un 55% están preocupadas.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL DESARROLLO FÍSICO Y NEUROLÓGICO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LA COHORTE-INMA GIPUZKOA

L. Arranz, E. Blarduni, A. Lertxundi, M. Maiztegui, J.M. Ibarluzea, M. Bas-terrexea, et al

Hospital de Zumarraga; Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa.

Antecedentes/objetivos: Descripción del desarrollo físico y neurológico de los recién nacidos (RN) a término (de 37 a 42 semanas de gestación) de la cohorte INMA-Gipuzkoa reclutados en el Hospital de Zumarraga de la Comarca Goeirri-Urola.

Métodos: Se han estudiado 338 recién nacidos (de una cohorte de 600 niños) de la comarca Goeirri-Urola nacidos entre noviembre de 2006 y febrero de 2008. Se describen los datos somatométricos de peso, talla y perímetro craneal y se valora el estado de bienestar fetal mediante el pH arterial de sangre de cordón (patológico < 7,2) y test de Apgar. Para la valoración objetiva del estado neurológico se ha empleado el test de Duwobitz, entre 6 y 72 horas del nacimiento, que estudia parámetros en relación con la edad de gestación y comprende: (1) tono y postura: postura, retroceso de los brazos, tracción piernas, ángulo poplíteos; flexión de piernas; control cefálico; suspensión ventral; (2) patrones de tono; (3) movimientos anormales; (4) reflejos; (5) signos anormales; (6) conducta. El resultado de cada ítem se clasificó como óptimo /en el límite/subóptimo, realizándose una valoración global (valor óptimos entre 30,5 y 34 puntos) comparándose los resultados con los descritos por el autor. Se contrastaron los ítems con la edad gestacional mediante análisis de la varianza, ANOVA.

Resultados: El número de RN fue 338 (54% varones). Se excluyeron 6 por pretérmino, 14 eran de bajo peso (< 2.500 g); 37-38 semanas de gestación: 21,6%; 39-40: 59%; 41-42: 20%. Sólo 1 caso con test de Apgar \leq 5; 2,4% entre 5-7. Todos los ítems contrastados por la edad gestacional resultaron significativos (p-valor < 0,05). Tono y postura: los scores fueron edad gestacional dependientes mostrando un aumento de la respuesta de 37 a 42 semanas. El 93% de los RN presentaba desarrollo óptimo, 3,4% un índice menor de 7,5 y 0% subóptimo. Los ítems de tono flexor, control cefálico y movimientos anormales difieren del autor. Índices de reflejos, orientación y conducta son similares. Un 42% difieren para el índice de signos anormales (abducción del pulgar y starles). En un 67% de los RN la valoración global se encontraba entre 30,5 y 34; 1 caso inferior a 25.

Conclusiones: El desarrollo neurológico de los recién nacidos estudiados se encuentra en límites aceptados de normalidad. No hemos hallado diferencias significativas respecto a lo esperado para la población normal. Los valores alterados de pH arterial de cordón y/o test de Apgar no predicen valoración subóptima en el test de Dubowitz.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria, PI060867; Dpto de Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y Diputación de Gipuzkoa.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE NORMO-PESO QUE QUIERE ADELGAZAR

A. Martín-Pujol, A. Schiaffino, E. Basart, M. López, J. Martín, A. Moncada, et al

IMSABS. Ajuntament de Terrassa.

Antecedentes/objetivos: Analizar las características asociadas a la intención de adelgazar de los chicos y chicas normopeso escolarizados de la ciudad de Terrassa.

Métodos: Estudio transversal realizado en 2006 para conocer los hábitos de salud de la población adolescente de Terrassa (Barcelona). Se seleccionó una muestra representativa del alumnado escolarizado entre 14 y 18 años (n = 1.340) y se administró un cuestionario diseñado ad hoc. Se seleccionó a los que tenían normopeso a partir de su peso y talla autodeclarados. La variable respuesta fue el intento de adelgazar. Las variables explicativas fueron: edad (14, 15-16, 17-18), nivel de estudios máximo alcanzado por los padres, deporte en tiempo de ocio, país de nacimiento de los padres, relación con el padre y con la madre, rendimiento escolar, consumo de tabaco, intoxicación aguda de alcohol, haber trabajado temas de alimentación, desayunar a diario (nunca/algún día/a diario), hacer dieta y autopercepción (cómo se ven) y heteropercepción (cómo creen que les ven) del propio cuerpo. Se han calculado los porcentajes del intento de adelgazar en cada una de las variables explicativas así como los estadísticos chi-cuadrado de asociación. Con aquellas que eran estadísticamente significativas, se han calculado las *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95% mediante un modelo logístico multivariante. Todos los análisis se han estratificado según el sexo.

Resultados: Un 75,2% de chicos y 79,7% de chicas son normopeso. Un 21,9% de los chicos y un 52,2% de las chicas quieren perder peso (p < 0,05). En los chicos, se encontró asociación con la relación con los padres, desayunar, hacer dieta, autopercepción y heteropercepción del propio peso. En las chicas, las variables asociadas fueron desayunar a diario, hacer dieta, consumo de tabaco y autopercepción y heteropercepción del propio peso. En los chicos, el intento de adelgazar se asoció con la mala relación con el padre (OR = 2,94; IC: 1,08-7,99), con desayunar a diario (OR = 0,20; IC: 0,05-0,85), con verse gordo (OR = 12,5; IC: 3,02-51,6) y con que los otros lo vean normal o gordo (OR = 3,88; IC: 1,26-12,0 OR = 4,96; IC: 1,45-17,0). En las chicas, el intento de adelgazar se asoció con verse normal o gorda (OR = 2,89; IC: 1,13-7,41 OR = 26,2 IC: 9,29-74,0).

Conclusiones: La intención de perder peso es mucho más frecuente entre las chicas. La autopercepción del propio peso (sentirse gordo/a) se asocia a la intención de adelgazar tanto en chicos como en chicas. Además, también se asocia a verse con peso normal (en las chicas) y a variables externas (en los chicos). Ello indica, pues, un perfil diferente según el sexo.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES ASOCIADAS A LA DECLARACIÓN DE MALTRATO FÍSICO (MF) O PSICOLÓGICO (MPS) EN EL ÁMBITO ESCOLAR

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

Antecedentes/objetivos: Analizar las características asociadas a la declaración de sentirse maltratado físicamente o psicológicamente en el ámbito escolar de los adolescentes escolarizados 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 (Barcelona). Se seleccionó una muestra representativa de los alumnos entre 14 y 18 años (n = 1.340) y se les administró un cuestionario diseñado ad hoc. Las variables respuesta fueron: la declaración de sufrir maltrato en la escuela sólo físico o sólo psicológico. Las variables explicativas fueron: sexo, edad (< 17/ \geq 17), nivel escolar (3^{er} ESO hasta 2.^o BATCH), nivel de estudios de los padres (sin estudios, primarios, secundarios, universitarios), titularidad de la escuela (pública/concertada), situación familiar de los padres (casados, separados, fallecidos), país de nacimiento de la madre, relación con los padres, rendimiento escolar, intoxicación aguda de alcohol, consumo de cannabis, consumo de otras drogas, estado de ánimo, satisfacción con: personalidad, trabajo escolar, relación con los amigos, relación con los familiares, el peso, la propia figura, relaciones con personas del sexo contrario, conductas disociales (pelea física, pelea con necesidad de atención sanitaria, pelea física en la escuela). Se han calculado los porcentajes tanto del MF como del MPS en cada una de las variables independientes. Se han utilizado modelos de regresión logística ajustados por edad y sexo para comprobar

la asociación entre cada una de las variables independientes y el MF y el MPS. 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 multivariante.

Resultados: Del total de la muestra, un 4,3% declararon sentir MF (6,2% de chicos y 2,2% de chicas, 5,0% < 17 años y 3,0% ≥ 17) y un 10,5% MPS (8,4% de chicos y 12,9% de chicas, 9,7% < 17 años y un 12,0% ≥ 17). El MF se asoció con ser chico (OR = 0,42; IC: 0,18-0,98), con tener insatisfacción con el propio peso (OR = 2,61; IC: 1,06-6,46) y con haber tenido peleas dentro de la escuela (OR = 5,00; IC: 2,22-11,26). El MPS se asoció con tener estudios secundarios (OR = 0,25; IC: 0,09-0,55), tener satisfacción regular o insatisfacción con los amigos (OR = 2,49 IC: 1,26-4,91 y OR = 3,62 IC: 1,19-10,96) y tener satisfacción regular con las relaciones con los familiares (OR = 0,44 IC: 0,21-0,92).

Conclusiones: EL MF y MPS es relativamente frecuente en la muestra estudiada. El perfil de los que declaran MF es distinto al de los que declaran MPS. Desde el punto de vista de la intervención comunitaria se deben abordar de distinta manera.

ESTADO DE SALUD PERCIBIDA DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE ARAGÓN, 2003

L. Casaña Fernández, M.C. Martos Jiménez, et al
Médico Residente de UDMPySP de Aragón; Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.

Antecedentes/objetivos: Las encuestas de salud son una herramienta imprescindible para definir y monitorizar las necesidades percibidas por la población y poner en evidencia las desigualdades entre grupos sociales. El objetivo de este trabajo es describir el estado de salud y morbilidad percibida, estilos de vida y utilización de servicios de salud en menores de 16 años residentes en Aragón en el año 2003 e identificar factores asociados.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal. De la Encuesta Nacional de Salud del 2003, se obtuvieron los datos de menores de 16 años residentes en Aragón. El tamaño de la muestra fue de 385 menores, obtenida mediante muestreo polietápico estratificado y representativo a nivel de provincia. Se han analizado variables de estado de salud y accidentalidad, utilización de servicios de salud y hábitos de vida. Para identificar los posibles factores asociados a ellas, se ha aplicado la regresión logística.

Resultados: En un 89,6% de los menores de 16 años el estado de salud había sido bueno/muy bueno. Los factores asociados con estado de salud negativo fueron tener un problema de salud limitante de la actividad en el último año y haber consultado al médico en los quince días anteriores a la entrevista. La patología crónica más frecuente referida fue la alergia (8,1%), seguido de patologías del tracto respiratorio (2,1%). El 9,9% de los niños refirieron haber tenido, al menos un accidente en los últimos 12 meses. En cuanto a la utilización de servicios de salud, el 8,3% de los menores fueron hospitalizados alguna vez en el último año, asociándose con referir un problema de salud limitante de la actividad en ese período. El 37,4% de los niños visitaron al menos una vez los servicios de urgencias en el último año, siendo la utilización mayor en los menores de 6 años y asociándose con haber tenido un problema de salud limitante de actividad o un accidente. Un 2,8% de los niños no comen nunca fruta y el 27,5% ven la televisión más de dos horas al día. No se han encontrado diferencias significativas por clase social o nivel de estudios en la percepción del estado de salud, utilización de servicios de salud o hábitos de vida, a excepción de que los niños en los que sustentador principal tiene estudios más bajos ve más la televisión.

Conclusiones: Aunque el estado de salud percibido fue bueno en la mayoría de los menores, cuando éste fue negativo se asoció con haber tenido un problema de salud limitante de la actividad en el año anterior a la entrevista. La utilización de los servicios de salud también se asoció con la existencia de este problema de salud y/o haber sufrido un accidente en el último año. Los menores en los que el sustentador principal tiene un nivel de estudios bajo ven más la televisión.

ESTUDIO DE LA TASA DE HOSPITALIZACIÓN POR BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS

C. Tebé, N. Paladio, J.M. V Pons, et al
Agència d'Avuallació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

Antecedentes/objetivos: La bronquiolitis aguda es la causa más frecuente de infección del tracto respiratorio inferior en menores de 2 años. La infección, en forma de epidemia estacional de noviembre a abril, comporta frecuentes hospitalizaciones y en algunos casos (con antecedentes de patología respiratoria o cardíaca) afectaciones respiratorias graves que requieran de ventilación mecánica, o incluso producir la muerte. El objetivo del trabajo fue conocer la tasa de hospitalización por bronquiolitis en la población infantil menor de 2 años, y estudiar sus características en el período 1996-2006 en Catalunya.

Métodos: Estudio observacional basado en el análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias de Catalunya correspondiente a los pacientes menores de 2 años que en el período 1996-2006 hubieran ingresado en un centro de agudos por enfermedad en el aparato respiratorio (códigos CIE-9 460 a 519), identificando como bronquiolitis aguda los ingresos con el código CIE-9 466.1. Se construyó una variable de resultado compuesta con la mortalidad y la severidad del caso (ingresos requiriendo intubación endotraqueal, y/o ventilación mecánica con presión positiva). El análisis estadístico fue descriptivo, utilizando la fuente del padrón municipal para el cálculo de las tasas.

Resultados: En el período de estudio el número de ingresos por bronquiolitis aguda aumentó un 43%, aunque la tasa poblacional osciló entre los 15 y los 21 ingresos por 1000 niños/as. Entre los menores de 6 meses la tasa de ingresos fue mayor, oscilando entre los 49 y los 68 ingresos por 1000. Un 98% de los ingresos se realizaron por urgencias y un 91% durante el período estacional de noviembre a abril. La infección se dio más en niños (57%) y entre los menores de 6 meses (78%). La estancia mediana fue de 5 días (rango intercuartílico 4 días), aunque el 21% de los casos requirió más de 7 días. Las terapias aplicadas más frecuentes fueron las respiratorias con nebulizador (23%) y con oxígeno (17%). En relación a la mortalidad se registraron un total de 28 muertes en todo el período estudiado, representando el 0,1% de los casos. En un modelo de regresión logística utilizando la variable compuesta de severidad, y ajustando por sexo, edad y período estacional, los pacientes con anomalías congénitas presentaron un *odds ratio* de 6,8 (IC 95% 5,3-8,7).

Conclusiones: La tasa de hospitalización por bronquiolitis se ha mantenido estable a lo largo del período de estudio, siendo mayor entre los menores de 6 meses. Tanto la mortalidad como los casos más severos, de acuerdo con otros estudios realizados en España, es poco frecuente y se centra especialmente en aquellos pacientes con anomalías congénitas. Más análisis son requeridos, en especial sobre la serie temporal generada por el número de ingresos/día.

¿QUÉ PIENSAN LOS DOCENTES SOBRE SER AGENTES ACTIVOS DE PREVENCIÓN?

L. Egea, P. Ramos, O. Juárez, M.I. Pasarín, et al
Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: Antecedentes: es una realidad contrastada el papel primordial de los docentes en prevención y educación para la salud (ES). La ASPB promueve la ES en las escuelas de Barcelona mediante el diseño, asesoramiento y difusión de diversos programas preventivos. Objetivos: 1. Conocer el posicionamiento y opinión de los docentes respecto a los programas, necesidades y barreras de la ES. 2. Conocer cómo adaptar los programas a la realidad escolar.

Métodos: Estudio cualitativo mediante Grupos focales (GF) y entrevistas en profundidad (octubre, 2007). La formación y segmentación de los GF se planificó según: "fidelización" y "carga" dentro del centro. Se realizaron 3 GF (30 participantes) y 9 entrevistas a directores no fidelizados. Realizaron el análisis de contenido 3 investigadoras independientes mediante el Software informático Atlas.Ti.

Resultados: Al aplicar o no programas en el aula podemos distinguir factores que dificultan y factores que facilitan la decisión

a directivos y profesores; estos factores pueden ser del propio centro, sociales o familiares. Factores del ámbito educativo: A) Barreras: formación mejorable, extensión y necesidad de actualización de programas y audiovisuales, que no se comience la aplicación de programas en Educación Primaria, la no adecuación de los programas a la edad del alumno y diversidad del aula, la falta de incentivos, la ausencia de acuerdo del claustro escolar, la sobrecarga de trabajo de los docentes, la creencia que determinadas informaciones pueden provocar efectos negativos en los alumnos y la necesidad que un experto externo acuda al centro para cubrir demandas de prevención. B) Facilitadores: el prestigio y valoración positiva de los programas de la ASPB, la concepción del aula como lugar idóneo para trabajar la prevención, la presión social que contribuye a construir la prevención como tarea docente. Factores del ámbito social y familiar: A) Barreras: la falta de reconocimiento social de la tarea preventiva, la escuela vista como "isla de prevención en la sociedad actual", el desbordamiento y delegación familiar en la prevención y gestión de problemas, las familias que representan modelos contrapreventivos. B) Facilitadores: cuando los padres están a favor del trabajo preventivo en el aula.

Conclusiones: Los participantes coinciden en valorar los programas de la ASPB como herramienta eficaz para la prevención en el aula, aunque la eficacia, para los docentes no es un aspecto relevante a la hora de aplicarlos. Creen que la implicación del profesorado es un aspecto determinante para la aplicación de programas y comparten la concepción del aula como lugar idóneo para trabajar en prevención. Es necesario tener en cuenta las propuestas de los docentes para mejorar la cobertura de los programas.

CONSUMO DE DROGAS Y PERCEPCIÓN DE RIESGO EN ADOLESCENTES

E. Ramalle-Gómara, J. del Pozo, M. Ferreras, L. Pérez, M.J. Gil-de-Gómez, et al

Dirección General de Salud Pública y Consumo. La Rioja.

Antecedentes/objetivos: La adolescencia es la etapa en la que se inician las conductas de riesgo, entre ellas el consumo de drogas. El objetivo fue cuantificar el consumo actual, la intención de consumo y la percepción de riesgo en adolescentes de La Rioja para alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas.

Métodos: Encuesta anónima mediante cuestionario autoadministrado a alumnos de 3.º de ESO de Logroño, tanto de cen-

tros públicos como concertados. Se recogió información sobre sexo, consumo actual, intención de consumo y percepción de riesgo para tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas. Los resultados se expresan en porcentaje. Las diferencias se evaluaron mediante test de ji al cuadrado utilizando el programa SPSS.

Resultados: Participaron 17 Centros de un total de 23. La causa principal de no participación fue la negativa del Centro por exceso de actividades extraacadémicas. Se encuestó a 1.023 alumnos de 3.º ESO de Logroño sobre un total de 1165 matriculados (87,8%). El 48,5% eran varones. Edad media 14,6 años, desviación típica 0,8. CONSUMO ACTUAL: Tabaco: 44% han fumado alguna vez y 19% lo han hecho en el último mes. Alcohol: 79% han bebido alguna vez y 28% han bebido en el último mes. Un 37% se ha emborrachado alguna vez y un 11% en el último mes. Cannabis: 25% han probado alguna vez y 10% lo han hecho en el último mes. Otras drogas: 6% alguna vez, 2% en el último mes. Las mujeres refieren consumo más alto en tabaco, alcohol y borracheras. En cuanto a cannabis y otras drogas, no hay diferencias significativas según sexo. INTENCIÓN DE CONSUMO (Es muy improbable o improbable que consuma durante el año siguiente): tabaco: 67%, alcohol: 29%, cannabis: 80%, otras drogas: 94%. Probable o muy probable que consuma durante el año siguiente: tabaco: 21%, alcohol: 52%, hachís: 12%, otras drogas: 2%. Hay diferencias en tabaco y alcohol según sexo (las mujeres tienen intención de consumo más elevada). PERCEPCIÓN DE RIESGO. El 30% (tabaco), 18% (alcohol), 51% (emborracharse), 66% (cannabis), 82% (otras drogas) consideran que el consumo ocasional provoca bastantes o muchos problemas. Para el consumo habitual, los porcentajes son: tabaco 88, alcohol 62, cannabis 74, otras drogas: 86, sin diferencias significativas por sexo. La intención de consumo es más elevada entre los que tienen menor percepción de riesgo para el caso del alcohol y el cannabis ($p < 0,05$), pero no del tabaco.

Conclusiones: En el último mes, 1 de cada 3 adolescentes ha bebido y 1 de 10 se ha emborrachado. Las mujeres tienen consumos más elevados en tabaco y alcohol. La percepción de riesgo para el consumo ocasional es baja para tabaco y alcohol, moderada para emborracharse y elevada para cannabis y otras drogas. La menor percepción de riesgo se asocia con una intención de consumo más alta para alcohol y cannabis.

Financiación: Fondos FEDER (Interreg IIIA), Gobierno de La Rioja, Gobierno de Navarra, Béarn Toxicomanies (Francia).