

COMUNICACIONES ORALES II

Jueves, 29 de octubre de 2009. 9:00 a 11:00 h

Sala: Aragón 1-2

Vigilancia epidemiológica II

Modera: Francisco González Morán

37. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

S. Fernández, T. Vega, M. Gil, R. Álamo

Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación; Junta de Castilla y León; Valladolid.

Antecedentes/Objetivos: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) están consideradas un importante problema de salud pública. Tras un descenso en la incidencia asociado a cambios en las conductas como consecuencia del SIDA se observa de nuevo, en los últimos años, un aumento de casos. En general se admite una baja notificación de ITS en el sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) Este trabajo tiene como objeto analizar las consultas por ITS recogidas por la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (RCSCyL) con el objetivo de estimar la incidencia de ITS, describir las principales características epidemiológicas de los pacientes y de la enfermedad y conocer la incidencia de los diferentes patógenos.

Métodos: Se han estudiado las consultas por sintomatología relacionada con infecciones de transmisión sexual (ITS) registrada por la RCSCyL durante el año 2007. Se utilizó una ficha de registro diseñada ad hoc que incluía variables sociodemográficas, y variables referidas

a la sintomatología, los contactos sexuales y los diagnósticos de laboratorio.

Resultados: Se han registrado 112 ITS. El 75,89% en mujeres y el 24,11% en hombres. El mayor porcentaje, 32,14%, entre 20 y 29 años. La tasa de ITS para el total de población cubierta fue 96,32 casos por 100.000 hab. y para el total de población vigilada de 121,53 por 100.000 hab. En hombres las tasas fueron 46,66 y 58,67 por 100.000 hab. y en mujeres de 145,51 y 184,24. Palencia registró el mayor número de casos, 30, el 28,79% del total. El 62,5% de los pacientes son de origen español. Del 23,21% restante, de origen extranjero, el 11,46% proceden de Latinoamérica y el 6,25% del Norte de África. Por país de origen Marruecos presenta el mayor porcentaje, 5,21%. El año de llegada a España varía del 2003 al 2008, hay un mayor número de casos en los que llegaron en 2006 y 2007. El 52,94% de las mujeres y el 33,33% de los hombres estaban casados. El 40% y el 55,56% respectivamente refieren estudios primarios. En mujeres el motivo de consulta más frecuente fue vaginitis, 75,29% y en hombres balanitis en un 40,74% y secreción uretral en el 29,63%. La uretritis en el 1,18% de las mujeres y en el 25,92% de los hombres. En mujeres el diagnóstico más frecuente fue *Candida albicans* 56% de los confirmados. Se aisló VPH en 9 mujeres. En hombres fue *N. gonorrhoeae*, aislada en 7 pacientes. El 83,03% de los contactos sexuales previos fueron heterosexuales. En dos casos homo y heterosexual y 6 casos de prostitución heterosexual.

Conclusiones: Las consultas en la RCSCyL asociadas a ITS son más frecuentes en mujeres (85 vs 27) con una razón de sexo de 3,15 y en población joven. *Candida albicans* en mujeres y *N. gonorrhoeae* en hombres son los diagnósticos más frecuentes.

443. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL TRAS EL CAMBIO EN LA FORMA DE NOTIFICACIÓN

G. Barbaglia, M.J. Barberà, P. García de Olalla, M. Arando, P. Armengol, N. Perich, E. Masdeu, J.A. Caylà

Servicio de Epidemiología, ASPB, Barcelona; Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS ASPB UPF, Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Unitat d'Infeccions de Transmissió Sexual de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El incremento sostenido desde 2000 de las declaraciones numéricas de las infecciones de transmisión sexual (ITS) favoreció que sífilis, gonorrea y linfogranuloma venéreo (LGV) pasaran a ser de notificación individualizada en 2006 en Cataluña. Describir en Barcelona la tendencia de las ITS de declaración numérica desde 1990 a 2005 y las características de los casos notificados nominalmente a partir de 2007.

Métodos: Se analiza la tendencia de los casos de sífilis y gonorrea declarados numéricamente al registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Barcelona entre 1990-2008. Para el análisis se utilizó el test de chi cuadrado de tendencias. Se describen las variables recogidas en la encuesta de declaración individualizada de sífilis, gonorrea y LGV en durante los años 2007-2008.

Resultados: En el análisis de tendencias se observan 3 períodos, entre 1990-1998 se observa un descenso importante tanto de sífilis como de gonorrea ($p < 0,001$), entre 1999-2001 la gonorrea se mantuvo estable ($p = 0,23$) y la sífilis comenzó a aumentar ($p = 0,01$) y entre 2001-2005 un incremento significativo para ambas infecciones ($p < 0,001$). Durante el período del cambio de notificación (2006-2007) coexisten ambos sistemas, y la estimación del número de casos es imprecisa. En 2008 la tasa de sífilis en el grupo de edad de 15 a 64 años fue de 17,9 por 100.000 hab. y en gonorrea fue de 22,8 por 100.000 hab. En los años 2007 y 2008, se objetiva un predominio de hombres (sífilis: 92,6%, gonorrea: 92,2% y LGV: 100%), con edades medias de 35,9, 32,3 y 39,0 años, en los que el 82%, 60,5% y 98% decla-

raron ser homosexuales, respectivamente. El 60% de los casos de sífilis habían nacido en el extranjero, en cambio, el 61% de los de gonorrea y el 60% de LGV eran españoles. La coinfección con HIV fue 40% en sífilis, 26% en gonorrea y 95% en LGV. En el 37%, 65,0% y 72,5% de los casos de sífilis, gonorrea y LGV no constaba la realización del estudio de contactos.

Conclusiones: En los últimos años destaca un incremento de estas ITS. La introducción de la declaración individualizada ha permitido conocer las características de los casos. Así, la mayor parte fueron hombres con relaciones homosexuales, coinfectados con el VIH. En una gran proporción de los casos no fue posible la realización de estudios de contactos, lo que indica la necesidad de implementar nuevas estrategias que permitan mejorar la prevención y el control de estas infecciones.

48. ESTUDIO DE LA TIPOLOGÍA DE LOS BROTES DE ENFERMEDADES DE ORIGEN ALIMENTARIO EN GALICIA MEDIANTE ANÁLISIS CLUSTER

M. Rodríguez Gironde, A. Pousa Ortega, A. Malvar Pintos

Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia.

Antecedentes/Objetivos: Desde 2002 la investigación de brotes de enfermedad de origen alimentario (EOA) culmina con la determinación de los factores contribuyentes a la contaminación, supervivencia y multiplicación (los dos últimos si proceden). El objetivo de este estudio fue emplear la información proporcionada sobre estos factores para crear una tipología que pueda resultar útil a los programas de seguridad alimentaria (PSA).

Métodos: Se emplearon los datos de brotes investigados entre 2003 y 2007 con factores contribuyentes conocidos ($n = 60$). Para elaborar la tipología, es decir, detectar brotes con características semejantes, se utilizó la técnica estadística multivariante análisis cluster. Se midió la similitud entre brotes utilizando como variables los tres factores contribuyentes y se dividió la muestra en grupos homogéneos internamente y diferentes entre sí. Se usó como criterio de agrupación el método de Ward y como distancia, la de Jaccard. Se consideró útil usar los factores como únicas variables frente a otras alternativas (incluir también el agente o el alimento) por ser el nivel teórico de actuación para modificar malas prácticas que conllevan la aparición de brotes, independientemente de cuál sea el agente y alimento portador del mismo.

Resultados: Se obtuvieron 4 grupos. En primer lugar, la muestra se divide en dos grandes grupos diferenciados por el factor de supervivencia, así los grupos 1 e 2 presentan un deficiente tratamiento térmico como factor de supervivencia mientras que en los grupos 3 y 4 no procede, por ser la contaminación posterior al tratamiento térmico a que se somete al alimento. A su vez, los grupos 1 y 2 se distinguen por el factor de multiplicación: el grupo 1 se caracteriza por las malas condiciones estructurales mientras que el segundo se caracteriza por la multiplicación debida a malas prácticas en la fabricación (fundamentalmente falta de refrigeración pudiendo realizarla). A su vez, los grupos 3 y 4 se diferencian por el factor de contaminación. El grupo 3 se compone de los brotes en los que la contaminación se debe a la propia materia prima, con agentes que no se destruyen con los tratamientos (tóxicos), mientras que el grupo 4 contiene brotes caracterizados por la contaminación cruzada, la mayoría en alimentos listos para comer.

Conclusiones: El análisis realizado proporciona una tipología de brotes fácilmente interpretables en términos de PSA, que facilita el seguimiento en el tiempo. Además, si entendemos los factores contribuyentes como causas componentes de una causa suficiente del brote, los resultados sugieren que actuar con éxito sobre sólo tres elementos, los que definen los grupos 1, 2 y 4, reduciría la frecuencia de brotes de EOA en un 64%, con los datos del periodo estudiado.

403. ANÁLISIS ESPACIO-TEMPORAL DE LOS BROTES DE SALMONELOSIS DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA EN ESPAÑA DURANTE 2003-2007

E.V. Martínez, D. Gómez-Barroso, G. Hernández-Pezzi, M.C. Varela, A. Torres Frías, M.L. Velasco, P. Ordóñez

Centro Nacional de Epidemiología, Área de Vigilancia de la salud pública; Instituto de Salud Carlos III, CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Analizar las diferencias espacio-temporales de los brotes de salmonelosis de transmisión alimentaria a nivel municipal según el ámbito, el tamaño poblacional del municipio y alimento implicado en España para el periodo 2003-2007.

Métodos: Los datos de brotes se han obtenido de los brotes declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica durante los años 2003 al 2007. Se ha realizado un estudio descriptivo de la evolución espacio-temporal de la distribución de los brotes de salmonelosis de transmisión alimentaria a lo largo del periodo de estudio según el número de brotes, tamaño medio, el tipo de alimento implicado y ámbito de presentación a nivel municipal. Se ha considerado ámbito de presentación al lugar de adquisición o consumo del alimento implicado en el brote. Se ha realizado una comparación de medianas mediante un test no paramétrico para valorar la relación entre el los brotes de salmonelosis con el tamaño de los municipios clasificándolos en base a su población como urbanos (> 10.000 habitantes) y no urbanos (< 10.000 habitantes). Se ha realizado un análisis de tendencias anuales por brote, tamaño y ámbito de presentación.

Resultados: Se han notificado 2.375 brotes de salmonelosis de transmisión alimentaria en el periodo estudiado de los que el 43% se producen en el ámbito de restauración, habiéndose mantenido este porcentaje durante todo el periodo. Se ha observado una mediana de 5 casos por brote, manteniéndose constante a lo largo del periodo estudiado. En un 56,4% de los brotes se asoció el consumo de huevos y derivados como el alimento implicado en la aparición del brote, siendo este porcentaje similar a lo largo de todos los años de estudio. La tendencia ha ido disminuyendo progresivamente tanto en restauración colectiva como en familiares ($p < 0,05$) no existiendo diferencias entre ellos, así como en el tamaño y número total. Los brotes son más frecuentes y de mayor tamaño en los municipios urbanos. En los mapas de distribución espacial de brotes y tamaño medio de estos existe gran variabilidad a lo largo de los años estudiados según va disminuyendo el número de brotes y de municipios afectados. El patrón geográfico en cinco años ha pasado de ser homogéneo para todo el territorio a centrarse en la costa y centro peninsular.

Conclusiones: El número de brotes muestran una tendencia decreciente significativa. El patrón geográfico presenta gran variabilidad a lo largo de los años pasando de ser homogéneo para todo el territorio a centrarse en la costa y centro peninsular.

412. CAMBIO EN EL PATRÓN EPIDEMIOLÓGICO DE LA HEPATITIS A EN ESPAÑA EN 2008

M.C. Varela, G. Hernández, E.V. Martínez, P. Ordóñez, S. Villarrubia, M. Garrido

Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Salud Carlos III, CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: En 2008 hubo un aumento en la notificación de casos de hepatitis A en España. El objetivo de este trabajo es comparar el patrón epidemiológico de la hepatitis A en España en 2008 con años anteriores.

Métodos: Se estudiaron los casos agregados y los brotes de hepatitis A notificados en España a la Red Nacional de Vigilancia Epide-

miológica, comparándose los datos de 2008 con los del periodo anterior (2004-2007). Se utilizó el test de chi-cuadrado para la comparación de proporciones.

Resultados: La incidencia de hepatitis A en España en 2008 fue de 5 casos por 100.000 habitantes, prácticamente el doble que la media de 2004 a 2007. Este aumento de incidencia se produjo en 15 Comunidades Autónomas, siendo mayor del 100% en 7 de ellas. También el número de brotes notificados en 2008 (109 brotes) fue superior a la media de brotes del periodo anterior (68 brotes). El porcentaje de brotes de transmisión alimentaria notificados en 2008 fue del 10%, superior al porcentaje de los años anteriores (2004-2007) que fue del 4,8%, esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,05$). El 15,6% de los brotes en 2008 estuvieron relacionados con viajes fuera de España, mientras que en el periodo anterior fue del 5,1%. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En los brotes notificados en 2008 se produjeron 496 casos (4,6 casos por brote) y 85 de estos fueron hospitalizados (17%). En el periodo anterior se produjeron 1233 casos (4,5 casos por brote), de los que 152 requirieron hospitalización (12%). El porcentaje de hospitalización fue mayor en 2008 que en años anteriores de forma estadísticamente significativa ($p = 0,01$). El 56% de los casos de los brotes notificados en 2008 fueron hombres frente al 44% en años anteriores, siendo $p < 0,001$. En cuanto a la edad, el porcentaje de casos mayores de 14 años fue 68% en 2008 y 42% en años anteriores $p < 0,001$.

Conclusiones: En 2008 se produjo un aumento de la incidencia de hepatitis A. en España, que afectó a la mayoría de las Comunidades Autónomas. También se produjo un aumento en el número de brotes y aumentó la proporción de aquellos que se transmiten por alimentos, así como la proporción de brotes relacionados con viajes fuera de España. Los brotes ocurridos en 2008 afectaron en mayor medida a hombres y a adultos que los brotes de años anteriores. Igualmente en los brotes de 2008 hubo una mayor proporción de casos que han necesitado hospitalización, que en años anteriores. El patrón epidemiológico de los brotes de hepatitis A. notificados en 2008 difiere del de años anteriores por lo que será necesario profundizar en el motivo de esa variación y si esta continúa.

339. VIGILANCIA SINDRÓMICA EN EXPO ZARAGOZA 2008. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

J.P. Alonso, J. Guimbao, B. Adiego, P. Rodrigo, C. Malo, S. Martínez, J.R. Ipiens, M.A. Lázaro, M.J. Alberto

Dirección General de SP del Gobierno de Aragón; Subdirección Provincial de SP de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: La celebración de la EXPO 2008 hizo necesario instaurar medidas extraordinarias de salud pública (SP) para el control de posibles problemas de salud. En el área de epidemiología se elaboró un sistema de vigilancia sindrómica (VS). El objetivo es realizar un estudio descriptivo de lo notificado a este sistema de VS, en términos de persona, lugar y tiempo.

Métodos: Se definieron 9 síndromes (Sd): 01- gastroenteritis aguda (GEA) relacionada con otros casos de GEA. 02-Exantema más fiebre > 38 °C y sospecha de sarampión. 03-Síndrome meníngeo. 04-Neumonía en > 15 y < 65 años, sin factores de riesgo. 05-Fiebre > 38° con antecedente de viaje internacional reciente a zona de riesgo o con residencia habitual en zona de riesgo que visita España. 06-Diarrea con ídem antecedentes. 07-Síndrome NO gastrointestinal relacionado con ingesta de agua y/o alimentos. 08-Parálisis flácida aguda en < 15 años. 09-Cualquier suceso con potencial riesgo en SP. Los declarantes fueron los servicios de urgencias hospitalarios públicos y privados de Zaragoza capital y el 061, realizándose reuniones formativas. Periodo de estudio: semanas 23 a 37. Se analizaron las variables sociodemográficas recogidas y se calcularon indicadores específicos: tasa de declaración específica por hospital (n.º Sd en un

hospital/urgencias atendidas en ese hospital), n.º de Sd esperados según n.º > de Sd declarados por semana epidemiológica y según tasa más alta de declaración hospitalaria y carga de trabajo por persona de vigilancia y tiempo.

Resultados: Se notificaron 51 Sd: 21 (40%) del 01, 11 (22%) del 04, 4 (8%) del 03, 1 (2%) del 05, 7 (14%) del 06, 7 (14%) del 07 y 0 del 02, 08 y 09. Se notificaron Sd en todas las semanas de estudio. El 55% fueron mujeres. El 55% se encuentran dentro del grupo de edad de 21 a 40 años, siendo el 29,4% de 31 a 40 años. El hospital que más declaró fue el HU Miguel Servet (20 síndromes). La mayor tasa de declaración pertenece al H.MAZ. Se declararon el 56,6% de los Sd esperados según semana epidemiológica y el 82,5% por tasa hospitalaria. La carga de trabajo fue: 1,03 Sd/persona-semana en horario laboral y de 0,04 Sd/persona-semana fuera de este horario.

Conclusiones: Es necesario elaborar planes de vigilancia específicos que refuerzan la vigilancia epidemiológica habitual en situaciones con repercusión internacional como fue la EXPO 2008. Ha podido existir infradeclaración pero será necesaria la revisión de los registros de urgencias hospitalarias durante dicho periodo para confrontarlas con los síndromes notificados. La carga de trabajo no ha sido elevada. El Plan de VS ha demostrado ser útil y novedoso, porque va dirigido a la alerta precoz y a la incorporación de nuevas fuentes de información.

379. ESTUDIO COMPARATIVO DEL PLAN DE VIGILANCIA SINDRÓMICA CON EL SISTEMA EDO DURANTE LA EXPO 2008

J. Guimbao, J.P. Alonso, B. Adiego, P. Rodrigo, C. Malo, S. Martínez, J. Ipiens, M.A. Lázaro, M.J. Alberto

Dirección General de SP; Gobierno de Aragón; Subdirección Provincial de SP, Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: Para la celebración de la EXPO 2008 se elaboró un sistema de vigilancia sindrómica (VS) basado en la declaración de 9 síndromes (sd) por los servicios de urgencias de Zaragoza capital, resultando ser útil y novedoso. El objetivo es analizar las fortalezas y oportunidades de este sistema como complementario al sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y valorar la pertinencia de instaurarlo en todo Aragón y durante todo el año.

Métodos: Se revisaron los sd declarados en el período EXPO (semanas 23 a 37); se valoró si debían haber sido notificados o no como EDO según el diagnóstico final del sd tras su investigación y se constató la existencia o no de la encuesta epidemiológica, en los que debían haber sido notificados por la vía habitual. Se compararon las EDO notificadas de los epígrafes tuberculosis, legionela, meningitis y brotes en ese período, y se valoró inversamente clasificándolas como sd o no sd. Una EDO debería ser sd si acudió a un servicio de urgencias y presentó rasgos clínico-epidemiológicos de uno de los 9 sd definidos. Se valoró la oportunidad específica con la diferencia de días transcurridos entre la notificación del sd y la notificación de la EDO y la global con la media de las diferencias.

Resultados: VS versus EDO: se declararon 51 síndromes, 24 deberían haber sido EDO y fueron notificadas 9; sd01: 21,16 deberían haber sido EDO, notificadas 3; sd03: 4, 4 y 4 (en 2, la VS fue anterior a la EDO); sd04: 11, 2 y 2; sd06: 7, 2 y 1; sd05: 1 y sd07: 7, y ninguno debería haber sido EDO. Brotes versus VS: vía EDO 19, deberían haberse declarado como sd 9, se declararon 5(56%). Meningitis versus VS: vía EDO: 27, deberían haberse declarado 19, se declararon 4 (21%) TBC versus VS: vía EDO: 71 pero ninguna debería haberse declarado. Legionela versus VS: vía EDO 17, deberían haberse declarado 9, se declaró 1 (11%). La oportunidad media ha sido de 2,8 días. El rango ha sido de -1(en una Legionella) hasta 9 días de diferencia.

Conclusiones: Se observa un aumento de la sensibilidad y la oportunidad de la VS, lo que permite tomar medidas de SP más rá-

pido. El sistema EDO es más específico para problemas concretos pero deja de observar eventos que sí detecta la VS, lo que hace posible acciones de SP que de otra forma no se llevarían a cabo. Algunos de estos eventos no recogidos en sistema EDO serían potenciales problemas de máxima importancia en SP. Consideramos que son sistemas complementarios. Es necesario implementar este modelo de vigilancia porque va dirigido a la alerta precoz y a la incorporación de nuevas fuentes de información sobre posibles sucesos de relevancia en SP.

COMUNICACIONES ORALES II

Jueves, 29 de octubre de 2009. 9:00 a 11:00 h

Sala: Aragón 3-4

Metodología

Moderador: Andreu Nolasco Bonmatí

15. CÁLCULO DE UN ÍNDICE DE PRIVACIÓN Y ESTUDIO DE SU VARIABILIDAD MEDIANTE EL ANÁLISIS FACTORIAL BAYESIANO

M. Marí-Dell'Olmo, M.A. Martínez-Beneito, C. Borrell, O. Zurriaga, A. Nolasco, M.F. Domínguez-Berjón

CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Agència de Salut Pública de Barcelona; Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia; Dirección General de Salud Pública, Valencia; Universidad de Alicante; Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del estudio es proponer un modelo jerárquico bayesiano para estimar un índice de privación, que tenga en cuenta la dependencia espacial de las unidades de estudio, y estudiar los problemas que conlleva no tener en cuenta la variabilidad obtenida en la estimación.

Métodos: Se trata de un estudio de diseño ecológico transversal donde las unidades geográficas analizadas fueron las secciones censales de Alicante, Barcelona y Valencia. Para el cálculo del índice de privación se utilizaron cinco indicadores socioeconómicos: desempleo, trabajadores manuales, trabajadores eventuales, instrucción insuficiente total e instrucción insuficiente en jóvenes. La fuente de información fue el Censo de población y viviendas del año 2001. Para el cálculo del índice de privación, se llevó a cabo un Análisis Factorial (AF) bayesiano mediante modelos jerárquicos. Este índice se comparó, mediante correlaciones de Spearman, con el obtenido a partir de un método no bayesiano y con los indicadores utilizados para su cálculo. Se representó la distribución geográfica del índice, su desviación estándar y las áreas con alta probabilidad de privación. Finalmente, se calcularon distintos estadísticos para estudiar la variabilidad del índice obtenido. Entre ellos, la probabilidad de que el quintil que se asigna a cada sección censal según la media a posteriori del índice sea el correcto, si se tienen en cuenta las simulaciones obtenidas. Todos los análisis se realizaron para las tres ciudades.

Resultados: Mediante las cargas factoriales obtenidas en el AF bayesiano, se comprobó que el índice se relacionaba en mayor medida con el indicador de instrucción insuficiente en jóvenes, y en menor medida con el desempleo. La distribución espacial del índice obtenido en nuestro estudio y el método no bayesiano fue similar, siendo la correlación entre los dos índices de 0,99 para todas las ciudades. La probabilidad de que el quintil que se asigna a cada sección censal según la media a posteriori del índice sea el correcto puede llegar a ser únicamente del 40% para algunas secciones censales. Estos resultados fueron consistentes entre las tres ciudades.

Conclusiones: El método propuesto para el cálculo de un índice de privación permite tener en cuenta la dependencia espacial de los indicadores que lo forman. Debe tenerse en cuenta la variabilidad obtenida del índice para evitar estimaciones sesgadas en posteriores análisis que incluyan este índice de privación.

Financiación: FIS PI042013, FIS PI040170 y CIBERESP C03/09.

207. EVALUACIÓN DEL USO DE GUÍAS METODOLÓGICAS EN LOS META ANÁLISIS DIAGNÓSTICOS

N. Gómez, L.A. Parker, B. Lumbreras

Universidad Miguel Hernández; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Los metaanálisis son los estudios que ofrecen un mayor grado de evidencia científica. En los últimos años, se han hecho distintos esfuerzos para que los metaanálisis de estudios que evalúan pruebas diagnósticas alcancen la misma calidad que aquellos que recogen estudios de terapéutica. Para ello se han elaborado distintas guías metodológicas, como QUADAS, que se utilizan en la selección de estudios de calidad contrastada a incluir en un metaanálisis. **Objetivos:** comprobar el uso de QUADAS, otras guías metodológicas o el empleo de criterios de calidad aislados en los metaanálisis diagnósticos y su relación con la exactitud diagnóstica que presentan.

Métodos: Se realizó una búsqueda en MEDLINE de todos los metaanálisis sobre pruebas diagnósticas publicados en inglés o español que tuvieran datos de exactitud diagnóstica y con un número de artículos incluidos mayor a 5. Se recogieron distintas variables de cada uno de ellos: utilidad de la guía QUADAS, otras guías o criterios propios, inclusión de determinados criterios de calidad (sesgo de selección, la aplicación del patrón de referencia, sesgo de revisión independiente, sesgo de progresión de la enfermedad y el sesgo de verificación), manejo de los estudios en función de su calidad (excluidos del metaanálisis final, incluidos sin explicaciones pertinentes, análisis independiente por subgrupos, evaluación de cómo afecta a los valores finales de calidad). Tres investigadores de forma independiente evaluaron los estudios, se discutieron las discordancias, llegando a un consenso en caso de discrepancia.

Resultados: Un total de 30 metaanálisis fueron analizados. La concordancia final entre los tres investigadores con el consenso fue 95%, 90,6% y 83,3% (κ : 0,81, 0,78, 0,77). 18 (60,0%) de los metaanálisis evaluados analizaron la calidad de los estudios a incluir, de los cuales 4 (13,3%) utilizaron la guía QUADAS, 7 (23,3%) utilizaron guías distintas a QUADAS, y 8 de ellos (26,7%) elaboraron sus propios criterios de calidad. El uso de un estándar de referencia apropiado (23, 76,7%) fue el criterio más ampliamente reflejado, y la evaluación del sesgo de progresión de la enfermedad (4, 13,3) el que menos se incluía.

Conclusiones: El 60% de los metaanálisis analizados evalúa la calidad de los estudios a incluir, un porcentaje bajo que debe mejorarse para que estos estudios alcancen mayor valor metodológico. La homogeneidad en el uso de los mismos criterios de calidad metodológica podría suponer una mejora importante en este campo.

Financiación: Fundación Mutua Madrileña, CIBERESP.

284. PREDICCIÓN DE LA SUPERVIVENCIA A CORTO PLAZO TRAS UN TRASPLANTE DE PULMÓN: COMPARACIÓN ENTRE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA Y LAS REDES NEURONALES ARTIFICIALES

J. Llorca, T. Dierssen-Sotos, I. Gómez-Acebo, G. Quintana, A. González-Castro, E. Miñambres

Universidad de Cantabria; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Antecedentes/Objetivos: Identificar los factores que predicen la muerte a los 30 y 90 días de la intervención en pacientes receptores de un trasplante de pulmón, y comparar la validez de las predicciones obtenidas por regresión logística (RL) y por redes neuronales artificiales (RNA).

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de cohortes retrospectivo con los 186 pacientes receptores de un trasplante pulmonar en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla desde el inicio del programa de trasplantes (1997) hasta 2007. Como variables de efecto se consideraron la muerte a 30 y a 90 días. Como posibles predictores se incluyeron variables clínicas del paciente y variables del receptor. Los datos se obtuvieron revisando las historias clínicas. Los modelos de RL se obtuvieron paso a paso, reteniendo las variables con $p < 0,25$. Para los modelos de RNA se dividió la muestra en tres submuestras (desarrollo, validación y test), con el 60%, 20% y 20% de la muestra total, respectivamente, esta división se realizaba de forma aleatoria por el programa MATLAB (utilizado para el desarrollo de las RNA).

Resultados: El modelo de RL para la mortalidad a 30 días incluyó el tratamiento de reemplazo renal, tiempo de cirugía, potasemia en el ingreso en la UCI, y la disfunción primaria del injerto, este modelo tuvo un área bajo la curva ROC de 0,7246 (intervalo de confianza al 95%: 0,6080-0,8913), el modelo de RNA fue superior al de RL, con un área bajo la curva ROC de 0,8806 (IC 95%: 0,7551-1,00). Para la mortalidad a 90 días, el modelo de RL incluyó la terapia de reemplazo renal, tiempo de cirugía, PaO_2FiO_2 del paciente a las 12 horas de su admisión en UCI, PaO_2FiO_2 del receptor, actividad de protrombina, tiempo de isquemia del primer pulmón, edad del receptor, glucemia en el ingreso en UCI, potasio al ingreso y nUC y duración de la estancia en UCI. El área bajo la curva fue 0,8900 (IC 95%: 0,8311-0,9488). El área bajo la curva del modelo RNA sólo alcanzó 0,8625 (IC 95%: 0,7865-0,9389).

Conclusiones: En conjunto, el modelo de RNA predijo la mortalidad a 30 días mejor que el modelo RL, mientras que ambos modelos obtuvieron resultados similares a 90 días.

374. MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN EUROPA EL AÑO 2005 Y PROYECCIONES PARA 2015

J. Valls, R. Clèries, J. Ribes, T. Hakulinen, J.M. Borrás, T. Dyba

Registro del Cáncer de Cataluña, Instituto Catalán de Oncología, Barcelona; Registro del Cáncer de Finlandia, Helsinki.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar un escenario futuro para la mortalidad del cáncer de mama en Europa entre las mujeres mayores de 35 años durante el período comprendido entre 2005 y 2015.

Métodos: Los datos de mortalidad han sido extraídos de la base de datos de la Organización Mundial de Salud para los últimos 10 años disponibles para un conjunto de 32 países europeos. Se han utilizado modelos log-lineales para calcular el número esperado de casos para 2015 y para estimar el porcentaje de cambio anual (APC). Para analizar los cambios en la mortalidad observados para el año 2015 respecto al año 2005 se ha estimado que parte de éstos son debidos a factores demográficos (aumentos de la población o envejecimiento) respecto a cambios en los factores de riesgo asociados.

Resultados: En general, se estima un aumento del 7,83% en el número de muertes por cáncer de mama para el 2015, contribuyendo los países del centro y del este de Europa en un 41,72%, debido mayormente a un aumento en los factores de riesgo asociados. Para los países del norte de Europa se prevé una disminución del número de casos de muerte por cáncer de mama, debido a una disminución del riesgo del 14% a lo largo del período de 10 años. Para los países del oeste de Europa, se pronostica un ligero aumento del número de muertes, debido sobre todo al envejecimiento y aumento de la población, mostrando el riesgo una tendencia negativa. Para la mayoría de países de la Europa central i del este se observan tendencias crecien-

tes que son significativas para los grupos de edad mayores. Las tasas de mortalidad estimadas son significativamente crecientes para mujeres mayores de 70 años en Grecia, Bielorrusia, Rumania, Rusia y Ucrania (APC: 2,81%, 2,77%, 1,81%, 1,41% y 0,99% respectivamente). El aumento será también significativo para las mujeres entre 50 y 69 años en Rusia (APC: 0,97%) y Ucrania (APC: 0,99%).

Conclusiones: El aumento en el número de muertes por cáncer de mama en Europa esperado para 2015 es debido al aumento de la población y su envejecimiento, con la excepción de los países del este y del centro de Europa donde este cambio se puede atribuir con mayor peso a un aumento de los factores de riesgo. Las autoridades sanitarias deberían evaluar estos hallazgos para mejorar los sistemas de vigilancia y cribado del cáncer de mama en estos países.

228. ELABORACIÓN DE UN ATLAS DIGITAL ESPACIO-TEMPORAL DE MORTALIDAD

O. Zurriaga, M. Martínez-Beneito, P. Botella, A. López-Quílez, F. Verdejo, I. Melchor, H. Vanaclocha, A. Nolasco, A. Amador

Conselleria Sanitat C. Valenciana; Univ CEU-Cardenal Herrera, Valencia; Universitat de València; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El uso de técnicas estadísticas de estimación en áreas pequeñas se ha popularizado últimamente. La propuesta de Besag, York y Mollié (BYM) es la de mayor consenso, pero ignora la evolución temporal del riesgo en la región de estudio. El objetivo es obtener una visualización de la evolución espacio-temporal de la mortalidad en municipios de la Comunitat Valenciana con una agregación temporal anual y elaborar un atlas digital municipal de mortalidad.

Métodos: Se utilizó una aproximación en la que se define la dependencia espacio-temporal mediante la concatenación, como si se tratara de una serie temporal autoregresiva de orden 1, de vectores aleatorios con estructura espacial y heterogénea. El uso de una estructura de dependencia espacio-temporal adecuada permite considerar unidades de desagregación muy finas ya que al compartirse la información en el espacio y en el tiempo se dispone de más efectivos para estimar el riesgo en cada unidad observada. Se aplicó este modelo a nivel municipal en la Comunitat Valenciana a un amplio conjunto de causas de mortalidad (tumores seleccionados, diversas enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio, diabetes, sida y enfermedad de Alzheimer), de las que ya se conoce su patrón espacial estudiado mediante la propuesta de BYM, determinando así el comportamiento espacio-temporal de las mismas en el periodo 1987-2006. Se obtuvo la Razón de Mortalidad Estandarizada Suavizada espacio-temporalmente para cada municipio y año de estudio. Con ello se elaboró un atlas digital (página web con utilidades de sistema de información geográfica).

Resultados: Se obtuvieron, para las 23 causas de mortalidad seleccionadas y cada año de estudio, un conjunto de 460 mapas para cada sexo (920 en total) disponibles en el atlas digital. Ello ha permitido conocer con detalle la evolución de los distintos riesgos de mortalidad en el periodo estudiado. Entre ellos destacan los mapas obtenidos de cáncer de pulmón en mujeres y los de cáncer de próstata en hombres que permiten generar hipótesis acerca de los factores de riesgo que pueden haber intervenido en la distribución de cada una de las causas. Por el contrario, los mapas de leucemia, en ambos sexos, se muestran homogéneos todo el periodo, lo que no permite enunciar hipótesis acerca de factores comunes.

Conclusiones: Un atlas electrónico con esta desagregación espacio-temporal es una novedad en el ámbito de estos estudios y permite disponer de la información más actualizada sobre distribución del riesgo para cada una de las causas, lo cual no resulta posible en estudios de tipo sólo espacial en la que se agregan grandes periodos de tiempo.

Financiación: AP-005/08 DGOEI. C. Valenciana.

283. LAS REDES NEURONALES ARTIFICIALES PREDICEN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA MEJOR QUE LOS MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

J. Llorca, G. Quintana, T. Dierssen-Sotos, I. Gómez-Acebo, J.R. Berrazueta, L. González-Vega

Universidad de Cantabria; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Antecedentes/Objetivos: Identificar los factores que predicen eventos graves en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) y comparar la validez de las predicciones obtenidas por regresión logística (RL) y por redes neuronales artificiales (RNA).

Métodos: Se ensambló una cohorte de inicio con 242 pacientes diagnosticados de ICC en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander). Se definió evento transitorio como ingreso hospitalario por cualquier causa cardíaca, síndrome coronario agudo o edema agudo de pulmón. Evento total fue definido como evento transitorio o muerte. Se recogieron variables clínicas y demográficas revisando las historias clínicas. Con estas variables se obtuvieron modelos predictivos con RL y con RNA tanto para evento transitorio como para evento total. Para comparar ambos tipos de modelos, se estimaron los parámetros habituales de validez (sensibilidad, especificidad y valores predictivos), así como las curvas ROC, los intervalos de confianza se obtuvieron por bootstrap.

Resultados: Las predicciones obtenidas por RNA fueron más precisas que las obtenidas por RL para evento total (área bajo la curva ROC = 0,8863, intervalo de confianza [IC] al 95%: 0,8697-0,9029 para RNA vs 0,8202, IC 95%: 0,7771-0,8634 para RL), y para evento transitorio (área bajo la curva ROC: 0,8878, IC 95%: 0,8719-0,9037 para RNA vs 0,8061, IC 95%: 0,7587-0,8536 para RL). Sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos fueron también más elevados en los modelos de RNA.

Conclusiones: Las RNA mostraron mayor capacidad que la RL para predecir eventos adversos en pacientes con ICC.

Financiación: Proyecto PI050010 del Fondo de Investigación Sanitaria.

415. MORTALIDAD ALREDEDOR DE FOCOS CONTAMINANTES: RIESGO SIGMOIDEO

E. Vidal, R. Pastor-Barriuso, R. Ramis, P. Fernández-Navarro, J. García-Pérez, B. Pérez-Gómez, N. Aragonés, M. Pollán, G. López-Abente

Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer; Centro Nacional de Epidemiología; ISCIII (Madrid), CIBER en Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En ausencia de mediciones directas de exposición, los estudios ecológicos de mortalidad alrededor de focos contaminantes suelen utilizar la distancia al foco como aproximación. Una estrategia usual consiste en comparar el riesgo en dos zonas diferenciadas (cerca vs lejos), definidas a partir de un punto de corte para la distancia fijado arbitrariamente. Estos análisis asignan el mismo riesgo a todas las áreas pertenecientes a una misma zona, lo que puede inducir un sesgo de mala clasificación. El objetivo de este trabajo es proponer una extensión del modelo clásico que permita estimar el punto de corte, asignando además un riesgo que decaiga de manera continua y con un grado de transición variable.

Métodos: Se modeliza el número de casos observados en cada área mediante una regresión de Poisson log-lineal (con los casos esperados como offset) que incluye variables socioeconómicas como posibles confusoras. El análisis del riesgo espacial se realiza introduciendo una parametrización sigmoidea de la distancia que permite estimar tanto el punto de corte como el grado de transición que exis-

te entre las zonas expuestas y no expuestas {sigmoide = $\exp(-\exp(\text{suavizado} * (\text{distancia} - \text{punto.corte})))$ } Como ejemplo práctico se presenta un estudio de la mortalidad municipal en hombres por cáncer colorrectal (periodo de 1994 a 2003) en entornos de 50 km alrededor de las 68 industrias metalúrgicas españolas que declararon sus emisiones al aire en el Registro Europeo de Emisiones Contaminantes del 2001 (EPER). Se dispone de información sobre los casos (observados y esperados) y las variables socioeconómicas a nivel municipal, así como de las coordenadas tanto de los focos contaminantes como de los centroides municipales. Se contrasta la existencia y se estima la localización del posible punto de corte.

Resultados: Se detectaron riesgos asociados a la distancia en 15 de los 68 focos contaminantes descritos. En 9 de ellos el cambio en el riesgo era abrupto a una distancia que oscilaba entre los 15 y los 30 Km, según el escenario. En los otros 6 el decaimiento resultó más suave. Los resultados evidencian diferencias entre las distribuciones espaciales del riesgo en cada una de las industrias.

Conclusiones: Existe un patrón de riesgo asociado con la distancia en algunos de los escenarios estudiados, que difiere entre unas instalaciones y otras. Esto pone de manifiesto la necesidad de estudiar de forma específica cada una de las ubicaciones. La inclusión de una parametrización sigmoidea de la distancia permite una mejor clasificación de la exposición en entornos de focos contaminantes.

Financiación: FIS 040041. Proyecto MEDEA.

487. PERICIA CLÍNICA DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA E INNOVACIÓN DOCENTE

P. Serrano Gallardo, M. Martínez Marcos, M.P. Arroyo Gordo

Escuela de Enfermería Puerta de Hierro; Universidad Autónoma de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El proceso de Convergencia Europea requiere de la innovación en los procesos de enseñanza-aprendizaje en la universidad, encaminados a mejorar el desarrollo competencial de los futuros profesionales. El objetivo de este trabajo fue analizar el impacto de una tecnología educativa (portafolio) en la pericia clínica de estudiantes de enfermería de la escuela de Enfermería Puerta de Hierro de la Universidad Autónoma de Madrid.

Métodos: Estudio cuasiexperimental en 58 estudiantes de enfermería de segundo curso que realizaron sus prácticas clínicas en el medio de la Atención Primaria de Salud en tres áreas de salud de Madrid en el curso académico 2007-08. En el grupo experimental (n = 20) se implementó el Portafolio como herramienta para la adquisición de competencias y la evaluación del aprendizaje clínico. En el grupo control (n = 38) se llevó a cabo la supervisión tradicional del aprendizaje práctico del estudiante. Las variables de resultado (pericia clínica) exploradas fueron: Caso Clínico, Análisis de salud de la zona básica de salud, Informe del tutor/a clínico y evaluación global del aprendizaje clínico (medidas en una escala de 0 a 10). Otras variables: edad, sexo y asignaturas no superadas al inicio del curso. Tratamiento de los datos: índices de estadística descriptiva, test no paramétrico U de Mann-Whitney y coeficiente de correlación de Spearman. Se calcularon Intervalos de Confianza para un 95% de seguridad.

Resultados: No existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control con respecto a la edad, el número de asignaturas no superadas al inicio del curso ni la distribución por sexos. El Caso Clínico tuvo una calificación media más alta significativamente (p = 0,000) en el grupo experimental (6,53, IC95% [5,79-7,27]) que en el grupo control (4,77, IC95% [4,33-5,21]), al igual que la Evaluación Global del Aprendizaje (p = 0,006) (Grupo experimental: 6,82, IC95% [6,32-7,33], Grupo control: 6,18, IC95% [5,98-6,32]). En toda la población estudiada, a medida que aumenta la edad, aumenta la evaluación global de aprendizaje (Rho:

0,308, p = 0,019) y la calificación en el Análisis de salud (Rho: 0,322, p = 0,014).

Conclusiones: El Portafolio mejora la pericia clínica de los estudiantes de Enfermería, fundamentalmente en la mejora de la resolución de Casos Clínicos. Esta técnica pedagógica de construcción de conocimientos incorpora una dinámica de reflexión y autoevaluación, integra parámetros de evaluación del aprendizaje y del desarrollo competencial, lo cual es una demanda tanto del ámbito académico como del ámbito clínico con la finalidad última de contar con profesionales competentes para brindar cuidados a la comunidad.

COMUNICACIONES ORALES II

Jueves, 29 de octubre de 2009. 9:00 a 11:00 h

Sala: Aragón 5-6

Enfermedades cardiovasculares

Modera: Pilar Guallar Castellón

39. ADHERENCIA REPORTADA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA Y MORTALIDAD EN 6 AÑOS: ESTUDIO POBLACIONAL EN ADULTOS MAYORES

L.M. León-Muñoz, P. Guallar-Castillón, A. Graciani, F. Rodríguez-Artalejo, J.R. Banegas

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Conocer la prevalencia del cumplimiento reportado del tratamiento no farmacológico de la hipercolesterolemia en adultos mayores y examinar su asociación con la mortalidad.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de base poblacional. En 2001 se estableció una cohorte de 4008 personas representativa de la población española de 60 y más años de edad. La recogida de información se realizó en los hogares de los sujetos, y consistió en una entrevista personal que incluía un cuestionario de salud y un examen físico. En el cuestionario de salud se preguntó sobre conocimiento y prácticas preventivas relacionadas con la hipertensión, la hipercolesterolemia y la diabetes. La variable principal de exposición fue la adherencia reportada al tratamiento no farmacológico en los 918 hipercolesterolémicos de la cohorte que conocían su condición. Las medidas no farmacológicas consideradas fueron: controlar o perder peso, realizar más actividad física, y reducir el consumo de grasas o colesterol. Seis años más tarde se consultó el Registro Nacional de Defunción para conocer el estado vital de los sujetos de la cohorte. El número de hipercolesterolémicos fallecidos durante el seguimiento fue 145. La asociación entre la adherencia al tratamiento no farmacológico en 2001 y la mortalidad total entre 2001 y 2007 se estudió mediante modelos de Cox, ajustando por sexo, edad, nivel de estudios, hábito tabáquico, índice de masa corporal, tratamiento farmacológico para la hipercolesterolemia, y número de enfermedades crónicas.

Resultados: El 83,8% de los ancianos con hipercolesterolemia conocida reportó seguir al menos una medida no farmacológica, y el 29,5% seguir las tres. La medida más seguida fue reducir el consumo de grasa (78,9% de los sujetos). Los hipercolesterolémicos que reportaron realizar más actividad física tuvieron una menor mortalidad que los que reportaron no realizarla (hazard ratio: 0,68, intervalo de confianza 95%: 0,46-0,99, p < 0,05). Comparados con los que no seguían ninguna medida, los hipercolesterolémicos que reportaron se-

guir una, dos o las tres medidas no farmacológicas presentaron una menor mortalidad (50%, 40% y 61%, respectivamente, p de tendencia lineal 0,002). Sin embargo, no se halló asociación independiente de las medidas de pérdida de peso y dietética con la mortalidad.

Conclusiones: La mayoría de los ancianos hipercolesterolémicos reportaron cumplir alguna medida no farmacológica prescrita por su médico. Los que reportaron realizar más actividad física tuvieron menor mortalidad. La adherencia simultánea a las tres medidas no farmacológicas supuso la reducción más importante de la mortalidad.

Financiación: FIS 06/0366 y CIBERESP.

43. EVOLUCIÓN DEL PRONÓSTICO DE INFARTO DE MIOCARDIO POR SEXO A 28 DÍAS Y 2 AÑOS EN LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS

M. Grau, A. Sureda, C. Sala, J. Vila, R. Elosúa, J. Sala, R. Masia, R. Ramos, J. Marrugat

Grupo de Epidemiología y Genética Cardiovascular (ULEC-EGEC); Programa de Investigación en Procesos Inflamatorios y Cardiovasculares; IMIM, Barcelona; Servei de Cardiologia, Hospital Josep Trueta, Girona; CAP Sagrada Família, Manresa; Unitat de Recerca; Àmbit d'Atenció Primària de Girona; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la evolución del pronóstico de infarto de miocardio (IM) a 28 días y 2 años en mujeres y hombres entre 1978 y 2007 en un registro de base poblacional.

Métodos: Se reclutaron consecutivamente todos los individuos de 25 a 74 años con un primer IM con onda Q, ingresados en un hospital terciario. Los acontecimientos de interés en el seguimiento fueron: 1) mortalidad a 28 días, 2) IM recurrente o mortalidad cardiovascular a 2 años en supervivientes a 28 días. Los 30 años de estudio se dividieron en periodos de 10 años para el análisis (1978-1987, 1988-1997, 1998-2007). Se utilizó regresión logística para el análisis de las diferencias en pronóstico a 28 días y regresión de Cox para el análisis en el seguimiento a 2 años.

Resultados: Se incluyeron 3982 pacientes (17% mujeres). Las mujeres eran significativamente ($p < 0,001$) mayores [59 (10) vs 65 (8) años], más diabéticas (43,9% vs 20,5%) e hipertensas (63,0% vs 43,6%) y desarrollaban acontecimientos más graves que los hombres (Killip III/IV 25,0% vs 11,0%). Desde su implantación, la trombólisis se usó menos en mujeres (34,4% vs 47,8%, $p < 0,001$). El pronóstico fue peor en mujeres que en hombres a 28 días [OR 1,48 (Intervalo de Confianza 95% 1,16-1,91)] y a 2 años [OR 1,54 (IC 95% 1,18-2,01)], aunque mejoró a lo largo de los 30 años en ambos sexos. Estas diferencias se relacionaron con la mayor gravedad y el menor uso de la trombólisis en mujeres en la letalidad a 28 días, y simplemente con la mayor comorbilidad en la mortalidad cardiovascular a 2 años.

Conclusiones: El pronóstico del IM a 28 días y 2 años mejoró en ambos sexos en los últimos 30 años pero las mujeres continúan teniendo peor pronóstico.

80. TENDENCIAS EN LA LETALIDAD POR INFARTO DE MIOCARDIO (1978-2007)

M. Grau, C. Sala, J. Vila, R. Masia, J. Aboal, A. Sureda, J. Marrugat, J. Sala, R. Elosúa

Grupo de Epidemiología y Genética Cardiovascular (ULEC-EGEC); Programa de Investigación en Procesos Inflamatorios y Cardiovasculares; IMIM, Barcelona; Servei de Cardiologia; Hospital Josep Trueta, Girona; CAP Sagrada Família, Manresa.

Antecedentes/Objetivos: Analizar las tendencias en la letalidad por infarto de miocardio (IM) con onda Q desde 1978 a 2007 y analizar los factores relacionados con este cambio.

Métodos: Se reclutaron consecutivamente en un registro de base poblacional todos los individuos de 25 a 74 años con un primer IM con onda Q ingresados en un hospital terciario. Se recogieron las características sociodemográficas y clínicas de cada individuo (historia de hipertensión, diabetes, dislipemia, grado de Killip, localización del IM, arritmia grave y reinfarcto) y los tratamientos utilizados durante el ingreso hospitalario (intervención percutánea, repercusión coronaria, aspirina, beta-bloqueantes y trombolisis). Se calculó la letalidad a 28 días. Se dividió la muestra en 6 periodos de 5 años (1978-1982, 1983-1987, 1988-1992, 1993-1997, 1998-2002, 2003-2007). Se utilizó regresión logística para el análisis multivariado.

Resultados: El estudio incluyó 3982 pacientes (17% mujeres) con edad media de 60 años. La letalidad global a 28 días en el periodo de 30 años de estudio fue del 9,8%. Se observó que la letalidad presentaba una tendencia decreciente significativa en estos 30 años pasando de 16,6 en el primer quinquenio a 4,8% en el último (p tendencias $< 0,001$). El análisis ajustado por variables demográficas, de comorbilidad y de gravedad en los diferentes periodos respecto al de referencia (1978-1982) mostró las siguientes OR: 1988-1992 [0,41 Intervalo de confianza 95% (0,25-0,66)], 1993-1997 [0,33 (0,20-0,55)], 1998-2002 [0,19 (0,11-0,34)], 2003-2007 [0,16 (0,09-0,31)]. Cuando se añadió la utilización de tratamientos efectivos, la significación desapareció en todos los periodos.

Conclusiones: La letalidad del primer IM con onda Q ha descendido en el periodo 1978-2007. Este descenso se relaciona principalmente con el uso de tratamientos efectivos.

10. LETALIDAD DIFERENCIAL POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SEGÚN SEXO EN LA RIOJA

E. Ramalle-Gómara, C. Quiñones Rubio, M.E. Lezaun Larumbe, E.M. Martínez-Ochoa, M. Perucha González

Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria, Consejería de Salud de La Rioja.

Antecedentes/Objetivos: Existe controversia en la literatura sobre la mortalidad postinfarto de miocardio en varones y mujeres. En general las diferencias han sido atribuidas más a la edad que al sexo, a peores condiciones basales en el caso de las mujeres o a que solicitan ayuda médica más tarde que los varones. Sin embargo, también se ha sugerido que las mujeres podrían recibir un menor esfuerzo terapéutico tras sufrir un infarto y ello se vería seguido de una mayor letalidad. El objetivo del estudio es analizar la existencia de letalidad diferencial según sexo para el infarto agudo de miocardio (IAM) en La Rioja.

Métodos: Los datos proceden del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de La Rioja para los años 1996 a 2008. Se ha seleccionado el código de Infarto agudo de miocardio CIE9-MC 410 (410.0 a 410.9, con quinto dígito). Los resultados se analizaron mediante modelos de regresión logística binaria donde la variable dependiente era el estado al alta (fallecido o no fallecido). Se ajustó por edad, sexo y año de ingreso. Se hizo un modelo para el IAM como diagnóstico principal y otro para el IAM como diagnóstico principal o secundario. Los resultados se expresan como odds ratio (OR) e intervalo de confianza de la odds ratio al 95% (IC95%).

Resultados: Cuando se considera el IAM sólo como diagnóstico principal, entre 1996 y 2008 se produjeron 3.726 altas hospitalarias por IAM, entre las que hubo 428 (11,5%) fallecimientos. Murieron 239 de 2.648 varones (9,0%) y 189 de 1.078 mujeres (17,5%). Cuando se analizó el IAM en cualquiera de los diagnósticos, hubo 585 fallecimientos (12,8%) entre 4.565 casos. La letalidad femenina fue de 251 (18,1%) de 1383 casos y la masculina de 334 (10,5%) de 3182 casos. El modelo logístico que consideró el IAM sólo como diagnóstico principal encontró que, una vez ajustado por edad y año de ingreso, las mujeres tuvieron una OR de 1,35 (IC 95%: 1,09 a 1,69). El modelo que

tuvo en cuenta el IAM como diagnóstico principal o secundario mostró una OR para las mujeres de 1,24 (IC 95%: 1,02 a 1,49).

Conclusiones: Las mujeres han tenido en el periodo estudiado una ligera sobreletalidad al alta postinfarto con respecto a los hombres. Si bien el estudio no consideró la gravedad del infarto y su zona de presentación, los datos sugieren que sigue existiendo una mortalidad diferencial según sexo.

175. POSICIÓN SOCIOECONÓMICA E INFARTO DE MIOCARDIO. UN ESTUDIO CASO-CONTROL DE BASE POBLACIONAL

G. González-Zobl, M. Grau, M.A. Muñoz, H. Sanz, J. Sala, R. Masiá, R. Ramos, J. Marrugat, R. Elosúa

Grupo de Epidemiología y Genética Cardiovascular, IMIM, Barcelona; Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB, Barcelona; Equipo de Atención Primaria Montmeló-Montornès, Barcelona; Servicio de Cardiología, Hospital Josep Trueta de Girona; Unidad de Investigación en Atención Primaria de Girona, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar la asociación entre la posición socioeconómica (PSE) y riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM) y si ésta es independiente de la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Métodos: Estudio caso-control de base poblacional. Los casos se obtuvieron de un registro hospitalario consecutivo y los controles de estudios transversales de base poblacional realizados en un periodo coincidente con el que se registraron los casos. Los casos y controles se aparearon por edad, sexo y año de reclutamiento. La PSE se determinó a partir del nivel de estudios y la ocupación. La prevalencia de FRCV fue autodeclarada tanto en casos como en controles. Se utilizó la regresión logística ajustando por los principales FRCV.

Resultados: Se incluyeron 1.369 casos y sus respectivos controles. El nivel de estudios se asoció con riesgo de IAM. En el modelo ajustado por FRCV el grupo de participantes con estudios secundarios y el de estudios primarios o inferiores presentaron un incremento en el riesgo de IAM, odds ratio (OR) ajustada = 1,54 (intervalo confianza al 95% -IC95%-: 1,16-2,04) y OR ajustada = 2,41 (IC95%: 1,86-3,11), respectivamente respecto a los individuos con estudios universitarios. La clase social III también presentó un exceso de riesgo de IAM comparada con la clase social I-II, OR ajustada = 1,38 (IC95%: 1,08-1,78) mientras que las clases sociales IV-V no presentaban un exceso de riesgo estadísticamente significativo (OR = 1,24, IC95%: 0,99-1,55).

Conclusiones: Existe una asociación inversa entre la PSE y riesgo de sufrir un IAM. Una PSE más desfavorecida presenta un mayor riesgo de IAM. Este exceso de riesgo de IAM es independiente de la presencia de FRCV clásicos.

233. POSICIÓN SOCIAL PATERNA Y DE ADULTO E INCIDENCIA DE ENFERMEDAD CORONARIA EN LA COHORTE EPIC-ESPAÑA

L. Cirera, J.M. Huerta, C. Navarro, M.J. Tormo, M.D. Chirlaque, C. Moreno, M.J. Sánchez, R. Quirós

Consejería de Sanidad, Murcia; ICO, Cataluña; ISP, Navarra; Dept. Salud, San Sebastián; Consej. Salud, Asturias; EASP, Granada; CIBEREP.

Antecedentes/Objetivos: Relacionar la posición social de adulto y la paterna en su infancia, con el riesgo de enfermedad coronaria (CHD) en las cohortes de hombres y mujeres del proyecto internacional EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) en España.

Métodos: Se estudian 15.436 hombres y 25.630 mujeres entre 29 y 69 años de la cohorte EPIC en España reclutados en 1992-1996 y residentes en las provincias de Asturias, Granada, Guipúzcoa, Murcia y Navarra. En la entrevista inicial se midió la antropometría, se recogió información sobre dieta habitual, hábitos de vida (tabaco, actividad física), antecedentes de salud, y determinantes socioeconómicos (máximo nivel de estudios completado y ocupación laboral paterna a los 10 años). La posición social se mide por un indicador basado en la agrupación de categorías de educación propia y de ocupación paterna. La CHD se valida contra CMBD, la mortalidad e historia clínica hospitalaria. Se utilizan modelos de regresión de Cox para analizar la asociación (HR) entre la posición social y el riesgo de CHD estratificando por sexo.

Resultados: Tras un seguimiento medio de 10,4 años se identifican 609 casos seguros e incidentes de CHD. El 73% de ambos sexos que padecen CHD pertenecen al grupo de educación primaria o sin estudios, a la vez que el 90% de las personas de la cohorte son autónomos, empleados servicios o trabajadores manuales (grupos ocupacionales III-V.). En los análisis que ajustan por área geográfica y edad, los hombres con estudios primarios y sin estudios se asocian con CHD (HR = 1,54, IC95% 1,11 -2,15, y 1,46, 1,03-2,07, respectivamente), a la vez que los hijos de trabajadores manuales mantienen el mayor riesgo de CHD (2,62, 1,22-5,65), comparando con los hijos de directivos (grupo I). Las mujeres no presentan asociación con incidencia de CHD, ni en educación propia ni en ocupación paterna. Los indicadores de talla, peso y cintura son estadísticamente algo más explicativos que el índice de masa corporal y cintura en hombres y mujeres. Existe gradiente social inverso con el riesgo de enfermedad coronaria en los hombres.

Conclusiones: A peor posición social, mayor riesgo de incidencia de CHD en los hombres de la cohorte EPIC-España, mientras que en las mujeres no se alcanza la significación estadística.

128. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA (EAP) EN DIABÉTICOS ASINTOMÁTICOS

N. Parraza Díez, J. Ibarra Amarica, M. Alonso, L. Conde, A. Sabando, F. Aizpuru Barandiaran

Unidad de Investigación de Álava, Unidad de Sueño, Hospital Txagorritxu.

Antecedentes/Objetivos: La EAP es una manifestación de aterosclerosis caracterizada por oclusión de las extremidades inferiores que se asocia con cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, aneurismas de aorta abdominal y complicaciones como úlceras, amputaciones y pérdida de calidad de vida propias de claudicación intermitente, síntoma más frecuente de esta enfermedad. Hasta el 50% de los pacientes con EAP son asintomáticos. La prevalencia fluctúa entre el 10-30% de los pacientes diabéticos, por lo que el número de individuos es relevante. El índice tobillo brazo (ITB) es un buen indicador del grado de obstrucción de las arterias y diagnóstico de EAP. Objetivo: determinar las características clínicas asociadas a un ITB patológico en pacientes con diabetes tipo 2 sin otras complicaciones macrovasculares conocidas o arteriosclerosis manifiesta en otro lugar del sistema vascular.

Métodos: Se reclutan mediante llamada telefónica y se aleatorizan, 193 sujetos diabéticos mayores de 50 años censados en las consultas del centro de salud de Zaramaga, Vitoria, sin enfermedad cardiovascular conocida previamente. 2 personas entrenadas toman la presión arterial de los pacientes en ambas extremidades (superior e inferior) por duplicado y se calcula el índice tobillo brazo (ITB). Se considera patológico un ITB < 0,9 (sugestivo de arteriopatía) o ITB > 1,4 (sugestivo de arteriosclerosis). La asociación entre ITB patológico y factores de riesgo se evalúa mediante comparaciones de medias o test de Mann-Whitney, según apropiado.

Resultados: La edad media de esta muestra es de 70 años, con una HbA1c de 6,9 un LDL-C de 122 mg/dl, un IMC de 28 y un riesgo cardiovascular medido con la escala SCORE de 4,8. 45 (23%) de los sujetos tienen el ITB alterado, 12 (6%) con ITB < 0,9 y 33 (17%) con ITB > 1,4. En relación al ITB normal, el grupo de pacientes con ITB alterado tiene mayor proporción de microalbuminuria ($p = 0,008$) y de toma de antiagregantes ($p = 0,039$), también mayor edad ($p = 0,006$) y riesgo SCORE ($p = 0,009$). Analizando los grupos de ITB alterado por separado, hallamos que el grupo con ITB < 0,9 tiene un riesgo SCORE superior ($8,6 \pm 4,8$ frente a $5,4 \pm 3,4$ $p = 0,024$) y mayor frecuencia de microalbuminuria (67% frente al 23%, $p = 0,038$) que el grupo con ITB > 1,4. No se observó asociación para el resto de variables estudiadas en ninguno de los grupos: sexo, edad, fumador, tratamientos anticoagulantes/diabético/hipertensión/colesterol, HbA1c, tiempo de diabetes, LDL-colesterol, IMC, cuestionario Q. de Edimburgo.

Conclusiones: Los sujetos diabéticos con microalbuminuria y riesgo SCORE elevados tienen mayor probabilidad de desarrollar EAP, por lo que sería conveniente realizar el ITB para su detección.

COMUNICACIONES ORALES II

Jueves, 29 de octubre de 2009. 9:00 a 11:00 h

Sala: Expo 1

Tuberculosis

Moderadora: María Ordobás Gavín

94. BROTE DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

J.L. Chover Lara, E. Carbonell Franco, A. Escribano Montaner, M.A. Mollà Landete, C. Quirós Morato, L. Repullés Gimenez, A. Salazar Cifre

Sección d'Epidemiología; Valencia; Servei de Med. Preventiva, Hospital Dr. Peset; València; Servei de Pediatria, Hospital Clínic, València; Servei de Radiodiagnòstic, Hospital Clínic, València.

Antecedentes/Objetivos: Los brotes de tuberculosis (TB) constituyen un evento de relevancia social y sanitaria. La Comunidad Valenciana registró 48 brotes durante 2008 (26,4% de todos los brotes) superando incluso las toxiinfecciones alimentarias. Nuestro objetivo es mostrar los factores asociados a la generación de un brote epidémico en un Instituto de zona periférica, con alto porcentaje de inmigrantes, diseminación oculta y elevado número de casos secundarios de TB.

Métodos: Se notificó (Oct-08) un caso índice (mujer, 17 años, guineana, nacionalidad española, estudiante 4.º ESO) se aplicó el protocolo de intervención entre los compañeros de aula. En Noviembre es notificado otro caso del mismo instituto sin relación con el caso índice. Se aplica protocolo extensivo a todo el centro: Encuesta al alumnado y profesorado, prueba de Mantoux y control radiológico. Las variables recogidas se analizan según el procedimiento habitual en brotes: Tasa de ataque (TA), Razón de Prevalencias (RP) y Fracción Atribuible del Riesgo (FAE). El contraste de hipótesis se realizó mediante pruebas no-paramétricas (Coef. de Contingencia y χ^2). La base de datos procesada mediante SPSS+.

Resultados: La intervención se realizó sobre 399 sujetos (82,5% alumnos). Se detectaron 11 casos nuevos de TB y 88 infectados. La TA global de TB en compañeros del caso índice (4.º ESO) fue de 18,8%, resto de alumnado 2,2%, los adultos 1,4%. La prevalencia de infección tuberculosa: alumnos 4.º ESO: 68,8%, resto alumnos: 16%, adultos: 38,6%. La Tasa de Ataque en el grupo de integración de inmigrante

alcanzó el 100%. La RP para TB fue 8,35 (IC95% 3,38–29,33, $p < 0,001$) entre compañeros del caso índice. La RP de infección tuberculosa 4,29 (IC95% 2,82–6,5, $p < 0,001$). Finalmente, la FAE del caso índice y su entorno fue del 87%.

Conclusiones: La medida del riesgo, la secuencia temporal y la exclusión de otras fuentes identifican la relación entre caso índice y diseminación. La concordancia con otros brotes en entorno escolar refuerzan la hipótesis de que el retraso diagnóstico y la prolongada evolución silente de la TB generan nuevos casos que alimentan la endemia actual. La reiterada ocurrencia de brotes de TB en población escolar debería motivar una reflexión sobre la estrategia de abordaje en el control de la enfermedad en población joven. Sin duda el control de situaciones epidémicas requiere la colaboración de múltiples unidades sanitarias cuando el retraso diagnóstico se suma a la condición social en una población "naïf" frente a la TB.

97. APORTACIONES DE LOS IGRAS A LA VALORACIÓN DEL RIESGO ANUAL DE INFECCIÓN TUBERCULOSA EN NIÑOS DE 6-7 AÑOS DE VALENCIA CIUDAD

E. Giner Ferrando, N. Díez Monge, I. La Torre Rueda, F.J. Roig Sena, A. Escribano Montaner, J.A. Domínguez Benítez, L. Hoyos Cude, P. Esclapez Sanahuja, A. Salazar Cifre

Centre Salut Pública de Valencia; Hospital Clínic Univ. de València; Hospital Univ. Germans Trias i Pujol, Badalona.

Antecedentes/Objetivos: En la infancia la prueba de la tuberculina (PT) constituye un instrumento útil en el diagnóstico de la tuberculosis (TB): infección (IT) y enfermedad (ET), y en la estimación del riesgo anual de infección tuberculosa (RAI). Los IGRAs (Interferon Gamma Release Assays): Quantiferon TB Gold In tube (QF) y T-SPOT.TB (SPOT) son más específicos que la PT en niños, especialmente en vacunados con BCG, lo que permitiría modificar la indicación de quimioprofilaxis (QP). **Objetivos:** Estimar el RAI y la concordancia entre PT e IGRAs.

Métodos: Estudio longitudinal en una cohorte con dos mediciones, y estudio casos-control anidado en la cohorte, constituida por niños matriculados en 2007/08 en 1.º de Educación Primaria en 42 colegios de Valencia ciudad, seleccionados mediante muestreo aleatorio por conglomerados. Se realiza PT tras autorización paterna. En el curso 2008/09 se realiza PT a todos, QF a 33 niños PT(+) y a un grupo control de 33 PT(-) de la misma cohorte, y SPOT y test de estimulación con sensitinas a *M. avium* (TS) a niños PT(+) y QF(-). Se determina el primer año la Prevalencia de infección (P.) y el RAI. El segundo año la Incidencia de infección (I.), P., RAI según PT y QF, e índice kappa (κ) para la concordancia entre la PT e IGRAs. Todos los niños PT(+) se valoraron clínicamente.

Resultados: Participan 838 niños en las dos fases (49% de la población). La P al inicio 0,01 (vac 0,05 y no vac 0,009) y al final 0,02 (vac 0,1 y no vac 0,01). El RAI al inicio 0,009 y al final 0,017. La I 0,01 (vac 0,07 y no vac 0,007. Según QF, $p = 0,007$ (vac 0,035, no vac 0,005), $I = 0,001$ (vac 0, no vac 0,001), RAI 0,005. $\kappa = 0,33$ (IC95% 0,14–0,52 es), en vac 0,2 (0,03–0,42 es) y en no vac 0,41 (0,14–0,67 es). SPOT proporcionó los mismos resultados que QF. TS(+) en 6 de 18 sujetos. 8 niños presentaron lesiones radiológicas: 5 QF(-), 3 de estos TS(+).

Conclusiones: La P de IT al final ha sido dos veces superior al inicio. La concordancia entre PT y QF ha sido débil en vacunados y moderada en no vacunados. Estos resultados discordantes pueden explicarse por infecciones antiguas o por m atípicas. Dado que la respuesta al QF parece indicar existencia de infección reciente, que se relaciona con mayor riesgo de desarrollar ET, el QF podría ser útil para identificar niños que podrían beneficiarse de QP, evitando tratamientos innecesarios en PT(+) sin lesiones radiológicas. Este estudio es de screening en población escolar, por lo que las conclusiones no

pueden ser extrapoladas a contactos directos de pacientes bacilíferos, en los cuales está perfectamente consensuada la QP.

Financiación: Beca EVES Conselleria de Sanitat Exp 046/2007 y 085/2008.

190. LA ENDEMIAS TUBERCULOSA EN INMIGRANTES RESIDENTES EN ESPAÑA

T. Rodrigo, J. Caylà, R. Vidal, J. Ruiz-Manzano, J.M. García, J.A. Caminero, M. Casals, R. Blanquer

Fundación Respira; H. Germans Trias i Pujol, Badalona; H. Dr Peset, Valencia; Agencia de Salud Pública, Barcelona; H. San Agustín, H. Vall d'Hebron, Barcelona; H. Dr Negrín, Canarias.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos 5-10 años España muestra un incremento espectacular de población extranjera, llegando a constituir un 10% de la población total en el 2007. Esta circunstancia, ha modificado las características de la endemia tuberculosa lo que hace necesario un análisis para conocerlas y poder tomar decisiones para llevar a cabo acciones que conlleven un mejor control de la enfermedad. Éste fue el objetivo de estudio.

Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con tuberculosis (TB), nacional y multicéntrico, entre el 1 de enero del 2006 y el 31 de diciembre del 2007. Los datos se almacenaron en un cuaderno de recogida de datos electrónico (CRD) mediante una aplicación informática. El análisis estadístico se basó en una regresión logística calculándose los odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC).

Resultados: De los 1.493 casos, 445 (30%) eran pacientes inmigrantes procedentes de 48 países. Los más frecuentes eran Rumanía (13,7%), Bolivia (13,3%), Marruecos (11,5%), Paquistán (9,5%) y Ecuador (7%). El análisis multivariado, mostró que los pacientes extranjeros se caracterizan por ser más jóvenes (de 18-30 = OR: 2,95, IC: 1,61-5,41 de 31-50 = OR: 2,94, IC: 1,60-5,38), estar con más frecuencia en paro (OR: 13,24, IC: 3,79-46,27), vivir en grupo (OR: 8,03, IC: 4,07-15,86), proceder de los servicios de urgencias (OR: 2,8, IC: 1,66-4,73), tener menores prevalencias de alcoholismo (OR: 0,48, IC: 0,31-0,73) y de tabaquismo (no fumadores OR: 2,92, IC: 2,05-4,14), más frecuencia de terapia con 4 fármacos (OR: 9,17, IC: 6,44-13,05) y de dificultades para entender la enfermedad y su tratamiento (OR: 1,98, IC: 1,04-3,75). Las cifras de resistencias tanto globales (7,9% en autóctonos vs 18,3% en inmigrantes, $p < 0,001$, OR: 2,6, IC: 1,72-3,93) como primarias (6,6% en autóctonos vs 16,6% en inmigrantes, $p < 0,001$, OR: 2,82, IC: 1,78-4,47) muestran diferencias muy significativas igual que las de multirresistencia (0,3% en autóctonos vs 2,7% en inmigrantes, $p = 0,001$, OR: 10,14, IC: 1,99-69,50).

Conclusiones: España está adoptando un patrón epidemiológico con una elevada frecuencia de casos nuevos de TB entre pacientes originarios de otros países. La enfermedad en inmigrantes presenta algunas características diferenciales que hacen necesario adaptar el seguimiento de casos y el de sus contactos a esta nueva situación. La incorporación de agentes comunitarios de salud que actúen como mediadores culturales y como traductores, puede ser fundamental.

373. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN ESPAÑA

E. Rodríguez, L.P. Sánchez, S. Villarrubia, O. Díaz, L. Sobrino, G. Hernández

Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Salud Carlos III; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis extrapulmonar (TBE) suele estar asociada a determinadas condiciones como inmunodepresión,

sexo, así como a factores raciales. En Europa occidental los países con mayor proporción de TBE son aquellos que presentan una población autóctona más envejecida y una mayor proporción de inmigrantes. En España, la información a nivel estatal sobre la TBE era escasa hasta que en 2003 la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) amplió la definición de caso de tuberculosis para poder incluir a todas las localizaciones de la enfermedad. El objetivo de este trabajo es mostrar las características diferenciales de los casos de tuberculosis extrapulmonar (TBE) en España, en relación a la tuberculosis pulmonar (TBP), así como analizar su asociación con distintas variables.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de tuberculosis declarados a la RENAVE en el periodo 2004-2007, agrupados en dos categorías (TBP y TBE). Para las características diferenciales se utilizaron los datos del año 2007 por estar completos. Se utilizó el test del Chi² para evaluar las diferencias entre ambas categorías en cuanto al sexo, edad, tratamiento previo, país de origen, resultados de laboratorio, y estatus VIH.

Resultados: El número de casos de TBE declarados aumentó desde 1.000 a 1.680 casos en el periodo de estudio. De los 8.056 casos de tuberculosis declarados en 2007, 1.928 (24%) corresponden a TBE y 6.128 (76%) a TBP. Los casos de TBE tienen una media de edad ligeramente superior a los de TBP (45 + 22 años frente a 41 + 20 años), y una mayor proporción de mujeres (45% en TBE y 35% en TBP), el porcentaje de casos previamente tratados es inferior en los casos de TBE (4% frente a 6% en TBP), el porcentaje de casos confirmados por laboratorio es inferior en los casos de TBE (45% frente a 96%), y la proporción de VIH positivos es superior en los casos de TBE (9% en TBE frente a 6% en TBP). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el país de origen y la localización, si bien al analizar en detalle las localizaciones se observa que los casos extranjeros presentan una proporción superior de tuberculosis linfáticas que los españoles.

Conclusiones: Los casos de TBE en España se caracterizan por una media de edad superior a la de los casos de TBP, mayor proporción de mujeres y de VIH positivos, lo que está descrito en otros países y en la literatura, así como una menor proporción de casos previamente tratados. Estos casos presentan una mayor dificultad de confirmación por laboratorio. Es de destacar la mejora de la RENAVE en cuanto a la recogida de esta información los últimos años.

383. DEL RFLP A LOS MIRU: DIEZ AÑOS DE EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR DE LA TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE EN ESPAÑA

M.J. Iglesias, D. Ibarz, A. Cebollada, P. Gavin, E. Rodríguez-Vallín, M.S. Jiménez, C. Lafoz, S. Samper

Dpto. de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza; CIBER de Enfermedades Respiratorias, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis continúa siendo un reto para la Salud Pública debido a la creciente complejidad de los casos, tanto por la presencia de multirresistencia como por la agregación de casos en grupos de población vulnerables. En 1998 se creó la "Red Española de Vigilancia de la tuberculosis multirresistente" basada en la participación voluntaria de laboratorios del SNS. Se dispone de una base de datos con los patrones genéticos de las cepas multirresistentes (MR) y las principales características de los pacientes que presentan este proceso. Objetivos: detectar aquellas de cepas circulantes de mayor importancia epidemiológica e identificar grupos de riesgo específicos para presentar una tuberculosis multirresistente (TB-MR).

Métodos: Pacientes residentes en España que presentaron una cepa del complejo *Mycobacterium tuberculosis* resistente, al menos a isoniacida y rifampicina, y aislada en un hospital del SNS en el periodo 1998-2007. Se realizó la caracterización genética mediante los

métodos estandarizados RFLP-IS6110, Spoligotyping y, la técnica MIRU-VNTR así como el análisis de las mutaciones en los genes de resistencia. Se estudiaron las características socio-demográficas, microbiológicas, clínicas de los casos que presentan TB-MR.

Resultados: Desde enero de 1998 a diciembre de 2007 se registraron 524 aislados clínicos, de los que 50 corresponden a pacientes que presentan más de un aislamiento. Un total de 162 aislados se agruparon en 35 clusters, que se han definido como cepas con idéntico RFLP e idénticas mutaciones en rpoB y katG. Se analizaron 163 aislados utilizando RFLP-IS6110 y VNTR-MIRU para evaluar la validez de esta técnica como nuevo gold-standard. El 72% de los pacientes con TB-MR son hombres, encontrándose el 33% de los pacientes en el grupo de edad 31 a 45 años. Los pacientes inmigrantes representan el 70% en los años 2005 a 2007 frente al 18% en 1998 a 2003. Se han identificado cepas MR relacionadas epidemiológicamente que se han transmitido de forma epidémica entre pacientes extranjeros así como entre nacidos en España y en el extranjero.

Conclusiones: Actualmente la TB MR en España no representa un grave problema de Salud Pública, el número de casos se mantiene constante en el tiempo, se detecta un cambio en la población afectada a causa del fenómeno de la inmigración. La técnica MIRU-VNTR se confirma como una buena alternativa al actual patrón oro RFLP-IS6110.

Financiación: subvencionado parcialmente por el proyecto de investigación FIS 06/1624.

452. TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR COMO PRIMERA ENFERMEDAD DEFINITORIA DE SIDA: FACTORES ASOCIADOS

S. Belkebir, M. Díez, A. Díaz, M.J. Bleda

UDMPySP, Aragón; Centro Nacional de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: El solapamiento de las epidemias de tuberculosis (TB) y VIH en España ha dado lugar a que la TB sea la enfermedad que más frecuentemente lleva al diagnóstico de sida. El objetivo del presente estudio es estimar la frecuencia de TB extrapulmonar como primera enfermedad definitoria de sida en España y describir los factores asociados a dicha situación.

Métodos: Estudio descriptivo transversal a partir de los datos del Registro Nacional de Sida, durante el periodo 1981-2008. Variables: edad, sexo, región de origen, antecedentes de estancia en prisión, mecanismo de transmisión, comunidad autónoma de residencia y año de diagnóstico. Para determinar la asociación de variables cualitativas se utilizó la chi cuadrado. Se ha ajustado un modelo de regresión logística para evaluar los factores asociados a la TB extrapulmonar como primera enfermedad definitoria de sida, obteniéndose los Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Durante el periodo, se notificaron 77.231 casos sida de los que el 32,6% presentaron TB como primera enfermedad (66,0% tenía TB extrapulmonar, 37,8% TB pulmonar y 5,7% ambas). De los casos con TB extrapulmonar, el 82,7% fueron hombres, 4,6% extranjeros y un 26,2% tenían antecedentes de estancia en prisión. La edad media al diagnóstico fue 33 años (DE: 8,21). El 74,6% era usuario de droga por vía parenteral (UDVP), 13,1% heterosexual y el 8,0% homosexual. El n.º de casos diagnosticados antes de 1996 fue de 47.804 y a partir de 1997 fue de 29.390. Los factores asociados positivamente con TB extrapulmonar fueron: año de diagnóstico de sida (mayor riesgo 1981 hasta 1996), edad: a menor edad mayor riesgo, ser hombre (OR: 1,28, IC95%: 1,2-1,3), país de origen África subsahariana (OR: 2,8, IC95%: 2,4-3,3). Se detectó una interacción entre la estancia en prisión y el mecanismo de transmisión.

Conclusiones: La TB extrapulmonar asociada a sida ha disminuido en España, aunque sigue siendo una enfermedad indicativa de sida muy frecuente. Su riesgo de aparición está asociado a factores indivi-

duales y sociales que habrá que investigar con mayor profundidad y tener en cuenta a la hora de abordar esta patología.

COMUNICACIONES ORALES II

Jueves, 29 de octubre de 2009. 9:00 a 11:00 h

Sala: Expo 2-3

Salud y género

Modera: Vicenta Escribá Agüir

13. DIFICULTADES, NECESIDADES Y ESTRATEGIAS DE MUJERES MALTRATADAS POR SU PAREJA Y SU PERCEPCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA

M.N. Rodríguez Madrid, I. Ruiz Pérez, J. Plazaola Castaño, V. Escribá Agüir, M.I. Montero Piñar

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBERESP; Centro Superior de Investigación en Salud Pública; Generalitat Valenciana, Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Un aspecto poco analizado en la literatura son las actitudes y respuestas de las mujeres maltratadas. El inicio de la "ruta crítica" significa "romper el silencio". Con este concepto se reconstruye la lógica de las decisiones, acciones, reacciones y respuestas, así como los factores que facilitan, inhiben, impulsan o determinan este proceso 1. Conocer el proceso de ruta crítica y los factores que interactúan. 2. Conocer la percepción y valoración de las mujeres sobre la atención sanitaria recibida para solucionar sus problemas de violencia.

Métodos: Con la elección del método cualitativo se ha incidido en la interpretación que hacen de su realidad y el significado y sentido expresado a través de sus propias palabras. Se han realizado 34 entrevistas semi-estructuradas a mujeres contactadas en el Servicio Andaluz de Víctimas de Andalucía de Granada, en base a estas características: edad, nivel educativo, hijos/as a su cargo y activa/desempleado. La saturación del discurso ha establecido el número final de entrevistas.

Resultados: En la decisión de "actuar" se interrelacionan 3 elementos: 1.º Necesidad de asimilar y calificar como injusta la situación vivida. 2.º Interconexión de factores internos y externos que faciliten, determinen y precipiten a la acción. Así, un agotamiento psicológico y físico junto a un episodio de violencia grave precipita actuaciones que cuando son intencionadas, la víctima toma conciencia, estudiando soluciones reales a corto plazo. Sin embargo, cuando no son intencionadas, son "sus redes sociales" inmediatas las que la impulsan a la búsqueda de ayuda institucional. 3.º Lectura positiva de las expectativas en las representaciones sociales y respuestas institucionales. Así, la ayuda que la mujer espera del sistema sanitario se centra en la asistencia farmacológica por lesiones físicas o psicológicas. Se está incrementando la demanda de tipo burocrático para la verificación de los hechos dentro del proceso judicial. Finalmente, las ayudas de detección y asesoramiento son percibidas como un elemento secundario, muy valorado pero no esperado.

Conclusiones: Se necesita un esfuerzo social e institucional conjunto para luchar contra el miedo, la vergüenza y las situaciones familiares y económicas que frenan el inicio de la ruta crítica. Las actuaciones sanitarias deben ayudar a tomar conciencia de la situación de maltrato, incrementando su papel asesor y de detección, actuando decididamente cuando haya evidencia de peligro. Para ello la implicación y formación de los/as profesionales es clave.

Financiación: FIS (PI0720047).

236. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO ABUSE ASSESSMENT SCREEN DE DETECCIÓN PRECOZ DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

V. Escribà-Agüir, M. Royo-Marqués, I. Ruiz-Pérez, J. Plazaola-Castaño, L. Artazcoz

CSISP; Generalitat Valenciana; CIBERESP, EASP; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Actualmente no existe consenso con respecto a la instauración de un programa de cribado universal de la violencia ejercida contra las mujeres, pero sí que se han establecido en grupos específicos, como es durante el embarazo. Uno de los requisitos previos a su instauración es la disponibilidad de instrumentos validados en nuestro contexto cultural. El objetivo es validar un instrumento de cribado de la violencia contra las mujeres, evaluando su fiabilidad, exactitud y validez de concepto.

Métodos: Se ha utilizado el instrumento Abuse Assessment Screen (AAS), diseñado para ser administrado por personal sanitario. Éste valora la violencia contra la mujer de tipo físico o psicológico ejercida por la pareja o una persona importante de su entorno durante el último año o durante el embarazo. Previamente ha sido adaptado a nuestro contexto cultural utilizando el método de traducción-retrotraducción. La exactitud y validez de concepto se ha realizado en una muestra de 865 mujeres embarazadas captadas por las matronas en centros de atención primaria de la Comunidad Valenciana. Como patrón de referencia se ha utilizado el instrumento diagnóstico Index of Spouse Abuse (ISA). Como medidas de exactitud se han calculado la sensibilidad (Se), especificidad (Sp), la razón de verosimilitud positiva (RVP) y la negativa (RVN). La validez de concepto se ha determinado valorando si existe una asociación entre la violencia física o psicológica y la presencia de depresión medida por Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, tomando como punto de corte 12/13. El estudio de fiabilidad se ha realizado en una submuestra de 177 mujeres. Las matronas formulaban las preguntas a las mismas mujeres con un intervalo de 15 días. Se ha utilizado el test McNemar y la proporción de acuerdo para valorar si había diferencias entre las respuestas dadas en cada momento de la medición.

Resultados: La fiabilidad de la violencia de pareja física (90,4%) o psicológica durante el último año (99,4%) es alta, así mismo durante el embarazo (98,9%). Se aprecia una alta Sp para la violencia física (99%) o psicológica (97%), en cambio la Se para violencia física es baja (5,9%). La RVN para la violencia física es de 0,95 (0,83-1,09). Con respecto a la validez de concepto la probabilidad de presentar depresión es mayor cuando se presenta violencia física (OR: 7,95%, IC95% = 2,83%-22,32%) o psicológica durante el último año (OR: 7,24%, IC95% = 3,12%-16,82%).

Conclusiones: El instrumento AAS muestra una alta reproducibilidad, especificidad y validez de concepto. En cambio, la sensibilidad es baja.

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

292. MUJERES EN SITUACIÓN DE ESPECIAL VULNERABILIDAD ANTE LA VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO EN ESPAÑA

C. Vives-Cases, J. Torrubiano-Domínguez, J. Plazaola-Castaño, V. Escribà-Agüir, I. Ruiz-Pérez

Universidad Alicante; CIBERESP; Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La violencia del compañero íntimo (VCI) es un problema que se distribuye de forma desigual entre colectivos de mujeres. La identificación de estas desigualdades es imprescindible para el desarrollo de respuestas socio sanitarias más efectivas. Se

plantea este estudio con el objetivo de identificar grupos de mujeres de especial vulnerabilidad ante VCI según sus características socio-demográficas y de apoyo social.

Métodos: Estudio transversal realizado de forma coordinada por 6 grupos de investigación en una muestra representativa de 10.322 mujeres que acudieron a centros de atención primaria de toda España (2006-2007). Variable dependiente: Violencia contra la mujer en el último año recogida mediante el Index of Spouse Abuse, considerada como: 1) sólo psicológica, 2) sólo física, 3) física y psicológica. Variables independientes: país de origen, estado civil, empleo, ingresos familiares, estudios, edad, presencia hijos y apoyo social (tangible, amigos o familiares). En una segunda parte del análisis, se restringe la muestra sólo mujeres maltratadas. La variable dependiente es el tipo de VCI (física, psicológica, física y psicológica) que se codifica como baja o alta tomando como punto de corte la mediana. Las variables independientes fueron las mismas. Se realizó un estudio descriptivo y multivariado.

Resultados: Para los 3 tipos de violencia la falta de apoyo tangible incrementa la probabilidad de VCI de tipo físico (OR 2,45 IC95% = 1,12-5,39), psicológico (OR 2,21 IC95% = 1,33-3,65) o física y psicológica (OR 4,85 IC95% = 3,31-7,15). Así mismo, la falta de apoyo por parte de familiares o amigos aumenta la probabilidad de VCI de tipo psicológico (OR 3,09 IC95% = 1,74-5,67). Con respecto al efecto de las características sociodemográficas, son las mujeres de edad mayor de 40 años las que tienen una mayor probabilidad de presentar VCI de tipo físico (OR 3,23 IC95% = 1,53-6,84). El hecho de ser extranjera o con estudios primarios aumenta la probabilidad de sufrir violencia de tipo físico y psicológico (OR 2,94 IC95% = 2,15-4,02, OR 2,86 IC95% = 1,99-4,12, respectivamente). Con respecto a los colectivos más vulnerables a la VCI de severidad alta, se observó que tanto en el maltrato físico, como psicológico como conjunto son las mujeres sin apoyo social tangible las que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad.

Conclusiones: Los resultados permiten identificar el apoyo social tangible como un factor de riesgo determinante de los tres tipos VCI. El aportar apoyo tangible puede ser un elemento clave en la decisión de las mujeres de romper con la situación de maltrato.

Financiación: Instituto Carlos III Fondo de Investigaciones Sanitarias (2005-2007).

367. AGRESIONES SEXUALES ATENDIDAS EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

J. Grau, F. Céspedes, B. Martínez, T. Echevarria, D. Rodríguez, U. Farràs, J. Milla, M. Santinà

Hospital Clínic, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo principal es analizar la incidencia y la evolución de las agresiones sexuales atendidas en urgencias de un hospital de referencia. El servicio de urgencias suele ser el primer contacto de atención de las personas víctimas de agresiones sexuales. Es crucial detectar estos casos y disponer de los instrumentos adecuados para su ayuda y tratamiento. En año 2.000 se creó la comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género, a iniciativa de un grupo de profesionales del servicio de urgencias, preocupado en coordinar mejor la asistencia a las personas maltratadas y mejorar la sensibilización del resto de la organización.

Métodos: Análisis epidemiológico descriptivo de las diferentes variables incluidas en las hojas de registro de agresión sexual de las personas atendidas en el servicio de urgencias entre los años 2005 y 2008. Se han analizado las variables: fecha agresión, edad, sexo, relación con agresor, presencia de alcohol-drogas, lugar de la agresión, denuncia, forense, entrada en guía clínica, seguimiento en CCEE y tipo de agresión.

Resultados: Anualmente se recogen una media de 178 asistencias por agresión sexual (DE: 10,5). El 50%, aproximadamente, se producen entre los 16 y los 25 años. Durante los dos últimos años se han incrementado las agresiones a personas mayores de 60 años. No se observa tendencia mensual. Un 10% presentan agresiones previas. Durante el 2008, el 63,1% de los agresores son desconocidos. En un 15,5% participan más de una persona. Las agresiones intrafamiliares representan el 7,1%. En los dos últimos años se observa un decremento de la violencia intrafamiliar y de la violencia por ex (expareja y exmaridos). El lugar más frecuente de la agresión es el domicilio (45%) seguido de la vía pública (31%). Las agresiones a hombres representaron un 4,7%, a menores el 5,3% y el 2,4% a personas discapacitadas. Se realizó denuncia en un 85% de los casos y acudió el forense en el 74,6%. Entraron en guía clínica el 72%.

Conclusiones: El análisis y evolución de las agresiones sexuales atendidas en urgencias constituye una importante fuente de información que permite, conocer el cumplimiento de los circuitos y protocolos y, a su vez, una re-formulación de los objetivos de la Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género. Una parte de estos objetivos se centran en la incentivación de la detección de agresiones y en la elaboración de nuevas guías de actuación. La guía de bolsillo de atención a las agresiones sexuales, el programa de prevención y tratamiento de las secuelas psíquicas en mujeres víctimas de una agresión sexual y la recién elaborada guía de autoayuda para mujeres víctimas de una agresión sexual reciente, son una muestra de la actividad desarrollada por la comisión.

12. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN ESPAÑA. ANÁLISIS DE SITUACIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

I. Ruiz Pérez, J. Plazaola Castaño, E. Jiménez Gutiérrez, M.I. Montero Piñar, V. Escrivà Agüir, C. Vives Cases, G6 para el Estudio de la Violencia de Género

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBERESP; Universidad de Valencia; Centro Superior de Investigación en Salud Pública; Generalitat Valenciana, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La violencia del compañero íntimo (VCI) es un problema de salud pública de primer orden y alcance internacional. Sin embargo, los organismos encargados de recoger y elaborar datos sobre la violencia contra las mujeres en nuestro país suelen obviar otras formas de violencia. Los objetivos de este trabajo son describir la prevalencia global y por Comunidades Autónomas (CCAA) de VCI y de violencia fuera de la pareja y sus características, así como estudiar la relación de la prevalencia de VCI con la frecuencia de denuncias, muertes por VCI y violencia fuera de la pareja.

Métodos: Encuesta transversal mediante cuestionario anónimo autoadministrado en 11.475 mujeres adultas asistentes en 2006-2007 a centros de salud por cualquier motivo de consulta. El diseño muestral fue estratificado y polietápico, con una muestra independiente y representativa por CA. Se recogió la VCI en el último año (Index of Spouse Abuse), previamente al último año, alguna vez en la vida y sus características (tipo, severidad, edad de comienzo, duración), así como la violencia fuera de la pareja. Se obtuvieron de diferentes fuentes institucionales las denuncias y muertes por VCI para el año 2007. Se realizó un análisis descriptivo. Las correlaciones de la VCI con denuncias y muertes por VCI y con violencia fuera de la pareja se determinaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: El 24,5% refirió haber sido maltratada por su pareja alguna vez en la vida. Las prevalencias más altas se recogieron en Ceuta y Melilla (40,2%) e Islas Baleares (32,5%) y las más bajas en Cantabria y Aragón (18%). El maltrato psicológico fue más frecuente que el físico en todas las CCAA a excepción de la Comunidad de Madrid, donde ambos fueron similares. La duración media de VCI fue

9,74 años. El 15,3% refirió haber sufrido violencia fuera de la pareja, siendo la recibida de un familiar la más prevalente. En Ceuta y Melilla e Islas Baleares se recogieron las prevalencias de violencia fuera de la pareja más elevadas. Se encontró una correlación lineal significativa entre la VCI en el último año y la tasa de denuncias en las diferentes CCAA ($r = 0,398$, $p < 0,005$).

Conclusiones: El fenómeno de la violencia es importante y muestra una variabilidad entre CCAA que debería abordarse en un futuro con mayor profundidad. Serían necesarios estudios cualitativos que permitieran abordar mejor estas diferencias y evaluar si la introducción de programas de búsqueda activa o detección precoz de violencia en el ámbito sanitario está teniendo algún efecto positivo.

Financiación: FIS y CIBERESP.

270. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN SALUD MENTAL. PAPEL DE LOS DETERMINANTES PSICOSOCIALES Y DEL TRABAJO REPRODUCTIVO

I. Ruiz Pérez, I. Ricci Cabello, J. Plazaola Castaño, M.I. Montero Piñar
Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBERESP, Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La frecuencia de trastornos mentales es superior en mujeres que en varones. Menor información existe sobre los factores que pueden explicar estas diferencias en morbilidad psíquica y uso de servicios. Los objetivos fueron: 1.º Estudiar la prevalencia de morbilidad psíquica, diagnóstico y consumo de psicofármacos. 2.º Analizar las características sociodemográficas, psicosociales y del trabajo reproductivo asociadas a la morbilidad, diagnóstico y consumo de psicofármacos. Todo ello en mujeres y varones.

Métodos: Estudio transversal sobre 29478 personas utilizando la Encuesta Nacional de Salud 2006. V. Dependientes: morbilidad psíquica (GHQ-12), diagnóstico de trastorno mental y consumo de psicofármacos. V. Independientes: sociodemográficas, psicosociales – salud autopercebida, apoyo social (cuestionario de Duke) y función familiar (Apgar Familiar)- y trabajo reproductivo (cuidado de menores de 15 años, mayores de 74, personas con limitación y horas dedicadas a ello, tareas del hogar y horas dedicadas a ello). Además de los análisis bivariantes, se calcularon las OR ajustadas mediante análisis multivariantes.

Resultados: Las mujeres mostraron mayor frecuencia de morbilidad psíquica (26,9%), diagnóstico (21,9%) y consumo de psicofármacos (15,7%) que los varones (15,3, 9,2 y 6,3%). El análisis multivariado mostró en ambos sexos mayor probabilidad de morbilidad psíquica entre personas con menor edad, separadas, sin trabajo, mala salud, bajo apoyo social, disfunción familiar grave y teniendo personas mayores o con limitación en el hogar. En mujeres también se asoció con la presencia de menores en el hogar (OR = 2,7) y con la realización de tareas domésticas (OR = 2,2). En ambos sexos el diagnóstico se asoció con morbilidad psíquica, desempleo, mala salud, disfunción familiar grave y realización de tareas del hogar. En varones también con tener entre 37 y 49 años (OR = 2,0), y en mujeres con estar separadas (OR = 1,6) y tener entre 50 y 66 años (OR = 2,3). El consumo de psicofármacos se asoció a la morbilidad psíquica, desempleo, mala salud y disfunción familiar grave tanto en hombres como en mujeres. En hombres tener entre 37 y 49 años se asocia al consumo de psicofármacos y en mujeres tener entre 50 y 66 años (OR = 2,5), estar separadas (OR = 1,5), y tener ingresos bajos (OR = 1,2).

Conclusiones: Existen factores sociodemográficos, psicosociales y relacionados con el trabajo reproductivo asociados, tanto en hombres como en mujeres, a la morbilidad psíquica, diagnóstico y consumo de psicofármacos. En mujeres se identifican otros factores como el estar separadas, el tener ingresos bajos o la realización de actividades relacionadas con el trabajo reproductivo.

107. ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL: PERFIL DE LA USUARIA EN SERVICIO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

E. Irurzun Zuazábal, N. Múgica Alcorta, B. Ibáñez Vallejo, B.N. Gorriacho Gil, V. Franco Varas

Escuela Universitaria de Enfermería, Leioa; UPV/EHU, Comarca Interior; Osakidetza, Facultad de Medicina y Odontología; UPV/EHU.

Antecedentes/Objetivos: La anticoncepción de emergencia (o postcoital) se lleva utilizando durante más de 15 años, en un principio, y al no estar legalizada en España se utilizaba un método muy similar (Yuzppe), para posteriormente extenderse su uso y permisividad de forma desigual en las Comunidades Autónomas (gratuidad o no, centros específicos de administración, etc.) A pesar de su extendido uso y su efectividad para el control de los embarazos no deseados, continuamente plantea controversias: administración "legal" a menores de edad, derecho a objeción de conciencia de los profesionales, suficiente información y requerimiento de consentimiento, gratuidad, o muy recientemente la posibilidad de su venta sin receta médica. Objetivo: determinar cuál es el perfil de las solicitantes es imprescindible para planificar y mejorar las acciones educativas, preventivas o de otra índole. El objetivo de este trabajo es conocer el perfil de la usuaria de la anticoncepción postcoital en un Punto de Atención Continuada de Durango-Bizkaia.

Métodos: Se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo, recogiendo los casos de solicitud de anticoncepción postcoital en un servicio de urgencias extrahospitalario. El periodo de recogida ha sido durante 6 meses de julio a diciembre de 2007 en las guardias desarrolladas por uno (de los 4) de los equipos de atención. Por la distribución de trabajo existente corresponde a un día de la semana (de lunes a domingo) cada 4 semanas.

Resultados: El total de las atenciones realizadas ha sido de 67. La edad media de las solicitantes ha sido de $21,07 \pm 5,80$, siendo 42,1% menores de 18 años (15,8% menores de 16 años). El 75,4% acuden en las primeras 24 horas tras el coito de riesgo, siendo un 38,6% reincidentes. El 52,6% conoce los efectos secundarios del uso de este tipo de anticoncepción. El 82,5% mantiene relaciones estables y hasta un 15,3% dicen no haber utilizado ningún otro método anticonceptivo (preservativo u otros métodos de barrera). La información recibida parte de diferentes fuentes, si bien la principal es los amigos.

Conclusiones: Es necesario incidir en campañas educativas sobre educación sexual, fomentado la utilización de los centros de planificación familiar y orientándoles sobre la elección de un adecuado método anticonceptivo, promoviendo el buen uso de la "píldora del día después", evitando su uso como método anticonceptivo sino como segunda opción en casos de urgencia.