

PÓSTERES III

Viernes, 30 de octubre de 2009. 12:30 a 13:30 h

Sala: Exposiciones

Vigilancia epidemiológica III

Moderadora: Begoña Adiego Sancho

155. EPIDEMIOLOGÍA DEL PALUDISMO EN BIZKAIA. 1984-2008

V. de Castro Laiz, E. Alonso Fustel, N. Muniozguen Agirre, S. San José Rodríguez, I. Aspiritxaga Gamarra

Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: Todos los años se producen casos de paludismo importado en nuestra comunidad, asociados a la llegada de inmigrantes y a viajes a zonas endémicas por motivos laborales, de turismo o familiares. Presentamos la evolución de la incidencia de paludismo en Bizkaia los últimos 25 años y las características epidemiológicas de los afectados.

Métodos: Análisis descriptivo de las siguientes fuentes de datos: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, Conjunto Mínimo Básico de Datos, Sistema de Información Microbiológica y Registro de Mortalidad.

Resultados: Entre los años 1984 y 2008, se registraron 219 casos de paludismo, lo que supone una tasa por 100.000 habitantes que oscila entre 2,6 en 1992 y 18,5 en 2003. Hubo dos picos de incidencia, uno entre los años 1986-1987 debido a un grupo de cooperantes que viajaron a Nicaragua, y otro en el año 1994 que afectó a un grupo de marinos que faenaban en el Golfo de Guinea. Se han contabilizado 5 defunciones. Un 15% de afectados son menores de 14 años pero el número de niños es cada vez más importante, los tres últimos años este grupo de edad supone el 42% del total. El 65% son hombres. El factor de riesgo es, prácticamente siempre, el desplazamiento a zona endémica. Hasta 1995 casi todos los afectados eran ciudadanos autóctonos, situación que se ha invertido los últimos años. El 51% son extranjeros recién llegados o, cada vez con más frecuencia, residentes en nuestra comunidad que enferman cuando vuelven a sus países de origen de vacaciones. Otros viajes son por motivos laborales (21%), turismo (17%) y cooperantes y misioneros (10%). En un caso la transmisión fue parenteral por uso compartido de jeringuillas en usuario de drogas. La enfermedad se contrajo en África (84%), América Central y Sudamérica (11%) y Asia (2%). Los tipos de *Plasmodium* implicados fueron *Falciparum* (66%), *Vivax* (14%), *Ovale* (4%), *Malariae* (3%) y *sp* (14%). En ocasiones hay parasitaciones múltiples. De los 199 casos en que consta esta información, el 16% de los enfermos habían tomado quimioprofilaxis (QP). Entre los 102 afectados originarios de zonas endémicas sólo 3 (3%) habían tomado QP frente a 25 de 97 autóctonos (25%).

Conclusiones: La incidencia de paludismo ha aumentado los últimos años de forma paralela a la inmigración y es previsible que la tendencia se mantenga, debido al flujo migratorio y al mayor número de viajes a zonas endémicas. Hay que insistir en la importancia de realizar la QF correctamente atendiendo al consejo médico. Considerando el aumento de niños afectados, sería aconsejable realizar campañas de educación sanitaria para promover la toma de QP cuando viajan al país de su familia en vacaciones.

148. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL TÉTANOS EN ANDALUCÍA 2003-2009

C. Salamanca Rivera, B. Guzmán Herrador, V. Gallardo García

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral; Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: A propósito de la actualización del Ministerio de Sanidad y Política Social sobre la vacunación de Tétanos/Difteria (febrero 2009), se han revisado los casos de tétanos declarados al Sistema de Vigilancia Epidemiológico Andaluz. Objetivo: describir la magnitud y características epidemiológicas del tétanos entre 2003-2009 en Andalucía.

Métodos: Se ha realizado una búsqueda de casos declarados de tétanos en Andalucía en la aplicación Red de Alerta desde enero-2003 hasta mayo-2009. Se han seleccionado variables sociodemográficas y de interés epidemiológico específicas para esta enfermedad. Para las variables cuantitativas se han calculado medidas de dispersión y tendencia central y para las cualitativas se han confeccionado tablas de frecuencias.

Resultados: Desde el 1 de enero de 2003 se han mantenido en Andalucía tasas de incidencia de tétanos inferiores al 0,1 por 100.000 habitantes. Se han notificado 16 casos, siendo 2006 el año con mayor número de declaraciones (6). Los casos corresponden a población adulta (mediana = 69,5 años) siendo el 50% mayores de 70 años. El 62,5% de los casos fueron hombres. El 12,5% de los afectados curó sin secuelas mientras el 18,8% falleció. Las defunciones ocurrieron en mayores de 80 años. La provincia con más declaraciones fue Almería (4 casos), seguida de Cádiz, Huelva y Málaga (3 cada una). En 5 de los casos se corroboró exposición directa de la herida a excrementos animales y un sexto presentó antecedentes de mordedura de perro. La

herida se localizó en el 37,6% de los casos en miembro superior. En el 68,8% no se recogieron datos referentes a antecedentes vacunales. En aquellos en los que sí había constancia, destaca que ninguno había completado la pauta vacunal. El 38,5% de los casos en los que se cumplimentó la variable ocupación, ésta estaba relacionada con un mayor riesgo para la enfermedad (jardinería, agricultura, ganadería).

Conclusiones: El tétanos, enfermedad prevenible mediante vacunación, se encuentra en fase de control en Andalucía. El patrón epidemiológico en dicha comunidad concuerda con el descrito a nivel nacional, en el que se afecta población adulta o anciana, no vacunada o incorrectamente vacunada. Se han constatado deficiencias en la recogida de algunas variables útiles para la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad. La ausencia de casos en población joven andaluza podría explicarse por las amplias coberturas vacunales infantiles que se mantienen en Andalucía. Promocionar campañas de vacunación dirigidas a la población más susceptible (profesiones de riesgo, edades avanzadas) podría aumentar la inmunidad en dicho colectivo.

368. EPIDEMIOLOGÍA DE LA LISTERIOSIS EN ANDALUCÍA

J. Guillén Enríquez, I. Mateos Wichmann, E. Rodríguez Romero

Servicio de Epidemiología y Salud Laboral; SGSP; Consejería de Salud. Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: *Listeria monocytogenes* es un bacilo Gram+, relativamente ubicuo. Con frecuencia la listeriosis no se diagnostica. Los casos suelen ser esporádicos. La mediana de periodo de incubación son 21 días (3-70). Interesa por la transmisión vertical humana por placenta o canal del parto y la aparición en los últimos años de brotes importantes a través de alimentos (queso blando, paté, verduras). Los fetos y recién nacidos son muy susceptibles, menos los > 40 años, en particular inmunodeficientes y ancianos. Niños y adultos jóvenes son resistentes. Se sospecha infección nosocomial. En Europa se estima una incidencia anual en 2004 a 2006 de 0,3 por 100.000, mayor en Finlandia, Alemania y Francia que en el resto del arco mediterráneo. En Andalucía es Enfermedad de Declaración Obligatoria urgente desde 1997, no es EDO a nivel nacional. El objetivo es revisar la epidemiología de la enfermedad en Andalucía, apoyándose en un análisis de cluster para profundizar en el origen de la transmisión.

Métodos: Estudio descriptivo de la epidemiología de la listeriosis en el periodo 2003 a 2008 a partir de la información registrada en el sistema EDO a través de fichas y encuestas recogidas en la aplicación redalerta. Análisis de clusters con criterios de 45 días y 20 Km.

Resultados: En este periodo se declaran 248 casos de listeriosis, con media anual de 41,3 e incidencia media anual de $0,52 \times 10^5$, con tendencia creciente. El 61% eran hombres. Un 38,15% son > 65 años, y 76% > 40 años. Destacan 17 casos de < 1 mes, sin notificar a las madres como caso. La letalidad es del 16%, y del 41,1% en > 65 años. Existe un modelo de encuesta epidemiológica, aunque en 2008, sólo el 59,6% se realiza. Salvo la transmisión vertical, el resto de casos son esporádicos sin detectarse brotes. Puede sospecharse infección de origen nosocomial en varios casos. La tasa de incidencia varía entre provincias. El análisis de cluster detecta 14 posibles agrupaciones, 9 en Granada, 4 en Sevilla y 1 en Córdoba. En estas la revisión de encuestas disponibles no determina origen común, salvo una transmisión vertical.

Conclusiones: La incidencia registrada es mayor a la media europea y área mediterránea, hay mayor detección por el carácter de EDO urgente. Las características epidemiológicas de los casos y grupos de riesgo son similares a lo establecido en la literatura científica. La encuesta epidemiológica, con escasa cumplimentación, no determina el origen de la transmisión, tampoco el análisis de cluster indica origen común en los detectados. Debe potenciarse la colaboración con unidades de higiene alimentaria para conocer positividad en análisis de alimentos y mantener la vigilancia como EDO urgente.

399. VIGILANCIA CENTINELA DE OTROS PROCESOS DIARREICOS EN ARAGÓN. RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS. AÑOS 2007-2008

S. Martínez, C. Malo, J. Castillo, M.L. Aisa, D. Montaner, M.J. Alberto, P. Sánchez, J.R. Ipiéns, P. Rodrigo, et al

Servicio de Vigilancia Salud Pública Aragón; Laboratorio de Microbiología del HCU Lozano Blesa; Laboratorio de Microbiología del HU Miguel Servet; Subdirecciones Salud Pública Huesca, Zaragoza y Teruel; Red de Médicos Centinela de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: Durante un año la Red de Médicos Centinela de Aragón declaró de manera individualizada los casos de Procesos Diarreicos atendidos en consulta, afectándose principalmente niños y jóvenes con mayor incidencia en invierno. La vigilancia de los laboratorios de microbiología completa el estudio que ha permitido caracterizar los casos, detectar brotes y estudiar los patógenos y su distribución.

Métodos: Análisis descriptivo de los resultados de laboratorio de muestras centinelas, de la semana 21/2007 a 20/2008. Se esperaba la remisión de una muestra/médico centinela/mes para estudio completo de virus, parásitos y bacterias. Se analiza patógeno, edad, provincia, cuatrisesmana, clínica, sospecha diagnóstica y factores epidemiológicos.

Resultados: Se han remitido 167 muestras (29,3% Huesca, 15% Teruel, y 55,7% Zaragoza). Porcentaje aislamientos: 49,7% (83), el más alto en 1-4 años, 61,7%. Muestras remitidas: 16,2% < 1 año, 28,1% 1-4 años, 15,6% 5-14 años, 15% 15-39 años, 13,8% 40-64 años y 9% > 64 años. Patógenos más frecuentes: norovirus 33,7% (28), campylobacter 27,7% (23) y rotavirus 16,9% (14). Por grupos de edad: norovirus y rotavirus en < 1 año (22,2% y 18,5%), campylobacter y norovirus en 1-4 años (23,4% y 17%), campylobacter y norovirus en 5-14 años (23,1% cada uno), rotavirus 15-39 años (12%), norovirus en 40-64 años (17,4%) y norovirus en > 64 años (13,3%). El mayor n.º de muestras enviadas en la cuatrisesmana 6 (10,2%, 17). La mayor tasa de aislamientos en las cuatrisesmanas 2,7 y 5 (75%,75% y 71,4%). Clínica más frecuente: vómitos en astrovirus, norovirus y rotavirus, fiebre en campylobacter, sangre, moco y pus en heces en cryptosporidium. El 82,2% de los norovirus se han aislado en los meses de noviembre a abril, el 78,6% de los rotavirus de febrero a julio y el 100% de salmonella de mayo a agosto. Sospecha diagnóstica: 39% vírica, 11% bacteriana, 2% parasitaria. Tres casos con aislamiento positivo pudieron estar asociados a viaje internacional. El 14,3% de los norovirus se asociaron a brotes.

Conclusiones: Norovirus, campylobacter y rotavirus son los microorganismos más aislados. Norovirus es el más frecuente excepto en los adultos jóvenes y no es el patógeno que más se ha asociado a brote. La mitad de las muestras corresponden a menores de 5 años. Se demuestra la necesidad de instaurar de manera rutinaria los métodos para identificar norovirus y rotavirus.

456. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS HEPATITIS A DECLARADAS EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD (2004-2008). RESULTADOS PROVISIONALES

C. Fernández García, E. Ferrándiz Espí, I. Llácer Fortea

Unidad de Epidemiología; Centro de Salud Pública de Alzira; Dirección General de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: España presenta un patrón de baja endemicidad de hepatitis A, por lo que en colectivos susceptibles, se favorece la aparición de brotes. Desde el año 2004, existe una plataforma informática (AVE) para la gestión de las declaraciones EDO desde los servicios asistenciales y laboratorios microbiológicos. A

partir del año 2008, se gestiona efectivamente la declaración de EDO procedentes de la red de vigilancia microbiológica (RedMIVA) y la red asistencial (SIA), mediante esta aplicación. Este estudio tiene como objetivo analizar la declaración y los casos y brotes de hepatitis A investigados en un departamento de salud durante el periodo 2004-2008 y evaluar el impacto de la declaración on-line de las EDO.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos declarados de la enfermedad mediante los datos recogidos en las encuestas epidemiológicas. Análisis de variables espacio, tiempo, factores de riesgo, ámbito y medidas preventivas. Se calcularon tasas de incidencia y razón de tasas por edad y sexo, demora diagnóstica y oportunidad en la declaración y toma de medidas preventivas.

Resultados: 67 casos notificados, con incremento notable en 2008 (45% de los casos), la mayor incidencia es a finales de verano (semanas 36-38). 53% varones y edad media de 26 años (mediana 25,5). 62 casos confirmados por laboratorio, 2 probables y 3 errores. El 20% se asocian a 4 brotes. El incremento de la tasa sitúa el índice epidémico en 4,5. Factores favorecedores fueron la convivencia familiar y la falta de indicación de medidas de protección a los susceptibles. A fecha actual, se están cerrando segundas dosis de vacunación en algunos centros escolares.

Conclusiones: Casi el 50% de casos declarados son captados por el médico de atención primaria, más cercano al paciente, a sus contactos y a la toma de medidas preventivas sobre susceptibles. Pendientes de cerrar evolución.

28. GASTROENTERITIS (GEA) EN PEREGRINOS A SANTIAGO DE COMPOSTELA, VERANO 2008. ESTUDIO TRANSVERSAL Y CASO-CONTROL

J. Giménez-Duran, M.A. Luque, J. Rodríguez-Urrego, C. Linares, L. Bonilla, C. Savulescu, G. Clerger, L. Martínez Lamas, A. Pousa, *et al*
PEAC; EPIET; S. Microbiología H. Santiago; S. Epidemiología Galicia; CNE; ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: El Camino de Santiago es una importante ruta de peregrinaje europea. En verano lo recorren 40.000 personas y en el año Jacobeo (2010) se espera un incremento. El objetivo del estudio es conocer la incidencia de GEA en peregrinos, factores de riesgo asociados y su caracterización microbiológica.

Métodos: Se realizó un estudio transversal (E1) mediante encuestas autocumplimentadas de peregrinos llegados a Santiago del 15/7 al 15/9 de 2008. Se calculó la densidad de incidencia tomando el tiempo de cada persona desde la entrada en Galicia hasta el final del camino como seguimiento. También se hizo un estudio de casos y controles (E2) en el tramo gallego del camino francés. Definición de caso: dos o más diarreas/día y/o vómitos. Los controles fueron peregrinos sin ningún síntoma. Fuentes de información: centros salud, albergues y farmacias. A estos casos se les pidió una muestra de heces para microbiología. Se hizo un test de χ^2 para el análisis univariante de factores de riesgo de GEA y posteriormente un análisis multivariante mediante regresión logística.

Resultados: En el estudio transversal (E1) se recogió información de 593 peregrinos. La mediana de edad fue 31,2 años (rango IQ: 23,7-43,8), el 52,1% fueron mujeres y el 59,6% de nacionalidad española. El 90,4% consumió agua no embotellada durante el camino. 118 (19,9%) De los peregrinos presentaron síntomas, de estos sólo 82 (13,8%) cumplió la definición de caso. La densidad de incidencia fue de 23,5 episodios de GEA (definiciones de caso)/mil peregrinos-día (IC 95%: 18,9-29,4/10³). Para el estudio (E2) analizamos 175 casos y 478 controles. En el univariante, los grupos de edad < 20 años y de 20 a 29, presentaban mayor riesgo de GEA que los de más edad, OR: 7,90 y 2,04 respectivamente. También la procedencia española OR: 1,59 (IC:

1,10-2,30), viajar en grupo > 3 personas OR: 2,39 (IC: 1,63-3,52) y el consumo de agua no embotellada OR: 2,56 (IC: 1,19-5,5). Los factores de mayor riesgo en el análisis multivariante fueron: la edad < 20 años OR: 4,72 (IC: 2,16-10,28), viajar en grupo (3 personas o más) OR: 1,49 (IC: 0,98-2,28) y consumir agua no embotellada OR: 2,09 (IC: 0,91-4,82) De 31 muestras analizadas, el norovirus fue el microorganismo más frecuente (58%).

Conclusiones: El ser peregrino menor de 20 años, realizar el camino en grupo y consumir agua no embotellada se asocia con un mayor riesgo de presentar GEA. Es importante vigilar la potabilidad del agua y realizar educación sanitaria a los peregrinos. Se recomienda la realización de un nuevo estudio que tome como base los resultados obtenidos en esta investigación.

Financiación: ISCIII, Consellería de Sanidade de Galicia.

223. LA HEPATITIS A EN GRAN CANARIA. MAYO 2008-ABRIL 2009

A. Arteaga Rodríguez, A. García Rojas, P. García Castellano, B. Lafarga Capuz, A. Bordes Benítez

Servicio de Sanidad Exterior; Servicio de Epidemiología y Prevención; Dirección General de Salud Pública; Laboratorio de Microbiología, Hospital de Gran Canaria, Dr. Negrín.

Antecedentes/Objetivos: El Centro Nacional de Epidemiología ha observado desde el año 2008 un aumento del número de casos de hepatitis A en la declaración de casos agregados de Enfermedades de Declaración Obligatoria en España. El objetivo de este estudio es conocer las características epidemiológicas de los casos de hepatitis A declarados por el Servicio de Vigilancia Epidemiológica en Gran Canaria, desde el 1 de mayo de 2008 hasta el 30 de abril de 2009.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de los casos de hepatitis A notificados al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria desde mayo de 2008 hasta abril de 2009. Se analizaron las variables recogidas en la ficha de notificación individualizada: sexo, edad, profesión, lugar de residencia, fecha de inicio de síntomas, clínica, complicaciones, hospitalización, resultados de laboratorio y factores de riesgo. Se construyó la curva epidémica de los casos para el periodo estudiado y se comparó con la mediana del quinquenio anterior.

Resultados: Se notificaron 40 casos de hepatitis A confirmados (IgM anti-VHA positiva), con una edad media de 31,2 años (DE 10,1). El grupo de edad mayoritario fue el de 19-29 años, con el 40% de los casos de hepatitis A. El 87,5% del total de casos declarados fueron hombres (35) y el 22,5% (9) requirió hospitalización. No se registraron complicaciones graves y los síntomas más frecuentes fueron as-tenia, fiebre, vómitos, ictericia y coluria. No se observaron agrupación de casos en función de la profesión. El 65% (26) de los casos tenía su lugar de residencia en las Palmas de Gran Canaria y el 22,5% (9) en municipios del sur de la isla. De los 35 casos de hepatitis A detectados en hombres, el 45,7% (16) declararon haber tenido relaciones sexuales con otros hombres (edad media 30,6, DE 8,6), el 8,6% (3) haber viajado a zonas de alta endemia para la enfermedad en las 7 semanas previas a la aparición de síntomas. El 45,7% (16) no reconoció factores de riesgo. La curva epidémica del periodo estudiado refleja el aumento de los casos de hepatitis A respecto a la mediana del quinquenio anterior (Índice Epidémico Acumulado: 5,7).

Conclusiones: Se observó un aumento de los casos de hepatitis A en Gran Canaria durante el periodo estudiado, identificándose como grupo de riesgo a hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres. En este colectivo deben aplicarse medidas específicas de control, como la información y los planes de vacunación.

151. RIESGO DE HEPATITIS A EN LA COMUNIDAD VALENCIANA POR CONSUMO DE TELLINAS CONGELADAS IMPORTADAS. CONFIRMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y MOLECULAR

R. Carbó, S. Guiral, C. Marín, F. González, M. Martín-Sierra, I. Huertas, H. Vanaclocha

Área de Epidemiología. DGSP. Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La incidencia de Hepatitis A se triplicó durante el primer semestre de 2008 en la Comunidad Valenciana con una distribución territorial relativamente homogénea. En el mes de julio un estudio caso control en la provincia de Castellón confirmó la asociación entre el consumo de tellinas y la enfermedad. Las tellinas eran importadas del Perú y distribuidas congeladas, generándose una alerta alimentaria con la retirada del producto. Nuestro objetivo fue determinar si esta hipótesis se confirmaba también para el conjunto de la Comunidad Valenciana.

Métodos: Estudio caso control con los casos que iniciaron síntomas desde el día 1 de mayo a 31 de octubre de 2008. Se excluyeron los casos menores de 6 años, los asintomáticos y los secundarios. Los controles se seleccionaron entre los pacientes del médico que diagnosticó el caso atendidos en la misma semana, apareados por edad. Se calculó el riesgo asociado al consumo de tellinas congeladas ajustado mediante regresión logística. Se cuantificó el virus en muestras clínicas y matrices alimentarias de tellinas, mediante análisis genómico, por el Grupo de Virus entéricos de la Universidad de Barcelona.

Resultados: Se seleccionaron 195 casos de hepatitis A., siendo el 95,4% menores de 45 años de edad y el 54,4% hombres. Los casos se distribuyeron entre 102 municipios con 132 casos en la provincia de Valencia, 27 en Castellón y 36 en Alicante. Un 43,6% (85 casos) precisaron hospitalización. En el 59% de los casos (115) se registró el consumo de tellinas como factor de riesgo. La ratio caso/control fue de 1,7 (195/336). El análisis bivariado identificó un mayor riesgo, estadísticamente significativo, para los hombres, el consumo de marisco crudo y el consumo de tellinas. El análisis multivariante del riesgo por consumo de tellinas congeladas resultó con una OR de 6,2 (IC95%: 2,5-15,1, $p < 0,00$) ajustada por sexo y consumo de marisco crudo. El informe de los resultados de laboratorio para la cuantificación de virus identificó secuencias de aislados formando un cluster, con niveles superiores al 95% en los porcentajes de homología, tanto de muestras de enfermos como de matrices alimentarias.

Conclusiones: Confirmación epidemiológica de la hipótesis de mayor riesgo de enfermar de hepatitis A por el consumo de tellinas, congeladas en origen, independientemente del sexo y el consumo de marisco crudo. Esta hipótesis se confirmó también mediante la detección del virus por técnicas moleculares en muestras de enfermos y tellinas. La elevada incidencia en adultos jóvenes y la alta tasa de hospitalización podrían ser argumentos para plantear nuevas estrategias preventivas de vacunación en la Comunidad Valenciana.

195. VACUNA HEPATITIS A POR CATCH UP O EN CALENDARIO VACUNAL. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA PAÍS VASCO 1998-2009

D.L. Delgado Páez, T. Arteagoitia Axpe, M.A. García Calabuig

Departamento Salud Pública, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: En el País Vasco la infección por el virus de la hepatitis A (VHA) ha variado notablemente coincidiendo con el desarrollo de urbanización y mejoras higiénico-sanitarias, ha pasado de ser una infección endémica como en los años 1970 cuando el 70-80% de los < 40 años estaban inmunizados, a una curva de prevalencia desplazada a edades superiores lo que conlleva la presencia del

VHA a un elevado porcentaje de adultos jóvenes. El objetivo es analizar la incidencia de VHA por sexo y grupos de edad en los últimos 10 años en la CAPV.

Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo del comportamiento de 826 casos de VHA declarados por el sistema EDO durante el periodo 1998 a mayo 2009 en la CAPV, a partir del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), brotes y Sistema de Información Microbiológica (SIMCAV). Se utilizaron medidas de resumen para variables continuas (números absolutos y tasas).

Resultados: Del total de 826 casos de VHA, la tasa por sexo en varones es 32,74 por 100.000 hab. y en mujeres de 19,35. Razón de género mantenida entre 3,1 y 1,1 hombre/mujer. La media de edad 27 años. Entre 1998 y 2000 el grupo poblacional más afectado fueron los < 19 años (36%). A partir del 2001 según tasas específicas por edad se presenta un cambio en la distribución etaria afectando principalmente al grupo de 30-39 años (44,92) y 40-49 años (41,09 por 100,000 hab.). De los factores de riesgo asociados, el 31% se debe al contacto con personas enfermas, el 24% a ingesta de agua o alimento contaminado y el 45% a viajes a zonas endémicas. De los brotes por VHA en CAPV entre 1998-2000 se registran 8 brotes (74%), 1 brote en el 2002 (8%) y los últimos 2 brotes registrados (16%) fue entre 2005-2006. Con respecto a las medidas de intervención en casos y brotes, se extremaron medidas de higiene y se administró profilaxis a los convivientes según protocolo. En zonas con índices elevados de VHA se amplió el uso de vacuna para prevenir casos secundarios. Las tasas de incidencia de VHA en la CAPV, presentan un descenso progresivo. En 2005-2006 se incrementaron los casos coincidiendo con los brotes registrados en ese periodo. La tasa de incidencia máxima fue 6,6 en 2006 y la mínima 1,2 en 2002.

Conclusiones: La incidencia de VHA se mantiene con ondas epidémicas por ciclos. El patrón epidemiológico actual afecta a varones jóvenes de la tercera y cuarta década de vida. El incremento de casos por VHA, se produce en enfermedades infecciosas no modificadas por pautas vacunales y al acumulo progresivo de susceptibles. La instauración de la vacuna contra la Hepatitis A es la manera de conseguir el descenso paulatino en la incidencia de la enfermedad con vistas a su erradicación en España.

103. CASOS DE SALMONELOSIS DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA EN CASTILLA Y LEÓN. AÑOS 2007 Y 2008

C. Ruiz Sopeña, M. Allúe Tango, A. Pérez Rubio

D. Gral. de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación; Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: Las infecciones por *Salmonella* constituyen un importante problema sanitario y es una de las causas más importantes de gastroenteritis bacterianas en humanos y la más frecuente de enfermedad transmitida por agua y alimentos. El objetivo del estudio es describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de los casos de salmonelosis de transmisión alimentaria notificados en Castilla y León en 2007 y 2008.

Métodos: La salmonelosis de transmisión alimentaria se incluyó como enfermedad de declaración obligatoria (EDO) individualizada con datos epidemiológicos básicos en Castilla y León en el 2007. Se consideran casos de salmonelosis de transmisión alimentaria los registrados en el Sistema EDO, según la definición de caso incluida en el Manual de notificación de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León, incluidas todas las salmonelas, excepto los casos de *S. typhi* y *S. paratyphi* notificadas durante el período de estudio: 2007-2008. Las variables recogidas son: datos personales, fecha inicio de síntomas, tipo de presentación, tipo de diagnóstico y pruebas de laboratorio. Para el cálculo de la incidencia se utilizaron como denominadores los datos del padrón continuo de habitantes a 1 de enero de 2007 y 2008.

Resultados: Durante el período de estudio se han notificado un total de 791 casos de salmonelosis de transmisión alimentaria (30,93 casos por 100.000 hab.). El 87,2% son casos confirmados y el 36,4% presentaron antecedente de ingreso hospitalario. El 20,6% de los casos se han presentado en forma de brote. Los dos serotipos más frecuentes de *Salmonella* son *S. enteritidis* y *S. typhimurium*, representando el 81,6% de todos los tipos conocidos. Las mayores tasas de incidencia se han observado en niños, fundamentalmente en el grupo de 0 a 4 años (250,25). La tasa disminuye hasta los 20 años a partir de la cual se mantiene en los 20 casos por 100.000 hab. No se observan diferencias en la tasa de incidencia en hombres y en mujeres (31,59 y 30,05, respectivamente). El mayor número de casos se ha notificado en verano (mes de agosto) con una disminución a partir del otoño. Se observa un ligero incremento de *S. enteritidis* durante los meses de verano, mientras que *S. typhimurium* en los meses de otoño.

Conclusiones: La incidencia y las características clínico-epidemiológicas de los casos de salmonelosis de transmisión alimentaria en Castilla y León son similares a las encontradas en Europa. Es importante continuar y mejorar la vigilancia de esta enfermedad para contribuir en la prevención de nuevos casos y educación de la población, ya que continúa siendo una importante causa de enfermedad gastrointestinal y causa de brotes de transmisión alimentaria.

PÓSTERES III

Viernes, 30 de octubre de 2009. 12:30 a 13:30 h

Sala: Exposiciones

Salud Infantil y juvenil

Moderadora: Encarna Gascón Pérez

105. EVOLUCIÓN DE LA SALUD DENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL DEL PAÍS VASCO: 1988-2008

J.M. Arteagoitia, J.C. Llodra, P.M. Martín, M. Viciola

Dirección de Salud Pública, Departamento Sanidad, Gobierno Vasco; Facultad de Odontología, Universidad de Granada; Programa de Asistencia Dental Infantil, Osakidetza.

Antecedentes/Objetivos: El primer Estudio Epidemiológico de Salud Dental Infantil de 1988 constató que la caries dental era una patología muy prevalente en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). En 1989, el Departamento de Sanidad elaboró un plan para la prevención de la caries dental que incluía la fluoración del agua de consumo público y un Programa de Asistencia Dental Infantil. El estudio se repitió en 1998 y en 2008 se ha realizado un tercer estudio para conocer la situación actual y analizar la evolución en estos años.

Métodos: Para evaluar la salud dental de la población infantil de 7, 12 y 14 años de edad de la CAPV se utilizó la metodología establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El tamaño muestral fue 3.004 escolares de todos los colegios públicos y privados (1.000 por cada grupo de edad de 7, 12 y 14 años) y se distribuyó proporcionalmente al tamaño poblacional de cada provincia de la CAPV, teniendo en cuenta además el sexo, nivel socioeconómico, y lugar de residencia (rural vs urbano). Se calcularon la prevalencia de caries en dentición temporal y permanente, los índices cao/CAO (promedio de piezas Careadas, Ausentes y Obturadas), las maloclusiones, el estado periodontal y el índice de restauración para las principales variables a estudio y se compararon con los resultados obtenidos en 1988 y 1998.

Resultados: La prevalencia de caries a los 12 años (índice CAO en dentición permanente) experimenta un descenso significativo de 2,30 (IC-95%: 2,16-2,44) en 1988, a 1,05 (IC-95%: 0,93-1,17) en 1998 y 0,52 (IC-95%: 0,46-0,58) en 2008. No se aprecian, en ningún grupo de edad estudiado, diferencias estadísticamente significativas entre prevalencias de caries según sexo, lugar de residencia o clase social. La prevalencia de escolares libres caries a los 12 años ha pasado del 31% en 1988 a 57,2% en 1998 y 73,8% en 2008. El índice de restauración (% de piezas obturadas (O) del CAO) aumentó considerablemente en la década 1988-1998 (del 42% al 73% a los 12 años y del 38% al 74% a los 14 años) y se ha estabilizado en esta última década siendo del 73% y 72% respectivamente en 2008.

Conclusiones: Los resultados de salud bucodental infantil del País Vasco en 2008 son equiparables a los de los países más avanzados y el índice CAO a los 12 años es uno de los más bajos publicados a nivel mundial. Desde una perspectiva de Salud Pública el esfuerzo realizado en la CAPV en estos 20 años ha mejorado considerablemente la salud buco-dental infantil y lo ha hecho de forma uniforme en todas las cohortes estudiadas.

494. OBESIDAD Y SOBREPESO EN LOS ESCOLARES DE MANRESA (BARCELONA), 2005-2009

N. Sala, M. Vilanova

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Manresa (EUCS).

Antecedentes/Objetivos: La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial. Su prevalencia ha aumentado de forma muy rápida en las últimas décadas. El objetivo de este estudio es conocer la evolución de sobrepeso y obesidad en los escolares de 4.º de primaria de la ciudad de Manresa desde el 2005 al 2009 y su relación con variables socio-sanitarias y de hábitos de salud.

Métodos: Diseño transversal. La población de estudio fueron los niños de 4.º de primaria de las escuelas de Manresa que decidían participar en el Programa de Detección Precoz de la EUCS. Las fuentes de información fueron las medidas antropométricas de los escolares y un cuestionario de hábitos de salud. La información fue recogida durante cuatro cursos escolares de 2005-2009 (n = 1.099). Como variable dependiente se utilizó tener sobrepeso u obesidad. Como variables independientes se analizaron variables sociales (nacionalidad de los padres), de sedentarismo (nivel de actividad física, uso del ordenador, videoconsola y tiempo de mirar la TV), de dieta (consumo de dulces y consumo de frutas o verduras) y de salud (salud percibida). Se realizó un análisis descriptivo de la evolución de la prevalencia de obesidad y sobrepeso. Se calcularon prevalencias de obesidad y sobrepeso para cada una de las variables independientes. Finalmente se realizó una regresión logística para determinar la asociación entre las variables independientes y la variable dependiente. Los análisis se realizaron por separado para niños y niñas.

Resultados: La prevalencia de sobrepeso y obesidad se mantuvo desde el curso 2005-2006 (29,7%) hasta el curso 2008-2009 (30%). Ha habido porcentajes elevados de niños y niñas que realizaban prácticas de riesgo. En este sentido, el 51,1% de las niñas tenían un nivel de actividad física bajo (menos de 60 minutos/set), el 23,4% de los niños miraban más de 2h al día la TV, el 25,4% de los niños comían dulces cada día o 2-3 veces por semana y un 6,2% de las niñas no comían frutas ni verduras menos de 2 veces por semana. Además los factores de riesgo donde se encontraron unos porcentajes de sobrepeso y obesidad mayores fueron jugar a la videoconsola más de 1h al día, ver la TV más de 2h al día y comer dulces cada día o 2-3 veces por semana. De este modo las niñas que veían más de 2h al día la TV tenían una OR de padecer sobrepeso o obesidad de 2,12 (IC95%: 1,10-4,06) respecto a las que veían menos de 2h la TV.

Conclusiones: La prevalencia de obesidad en Manresa se ha mantenido constante durante los años situándose alrededor del 30%. Esta

prevalencia y el elevado porcentaje de niños y niñas que tienen hábitos de vida poco saludables y que pueden inducir a la obesidad, hace necesaria la implementación de programas de salud pública que implique activamente a todos los sectores de la sociedad.

286. INFLUENCIA DEL NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE EN EL DESARROLLO COGNITIVO Y PSICOMOTOR A LAS 8 SEMANAS, 8 Y 13 MESES DE EDAD

N. Lertxundi, A. Lertxundi, C. Mazón, E. Cardo, M.E. de Muga, J. Júlvez, E. Fano

Universidad del País Vasco; Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa; Centro de Atención Primaria, Flix, Tarragona; Centre de Recerca d'Epidemiologia Ambiental, Barcelona; Instituto Municipal de Investigación Médica, Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La mayoría de los estudios publicados inciden en la importancia del nivel educativo de la madre en el desarrollo cognitivo del niño alrededor de los 12 meses de edad. No existe consenso respecto a dicha influencia en el plano psicomotor. El objeto del presente estudio es analizar, de manera transversal, la relación del nivel educativo de la madre y neurodesarrollo en tres etapas del desarrollo mediante las Escalas de Desarrollo Infantil Bayley y Griffiths.

Métodos: Mediante cuestionarios y test se obtuvo información de la madre y padre de variables antropométricas, sociodemográficas, estudios y nivel de inteligencia, así como información sobre lactancia, cuidado y cuidados sustitutivos del niño. El grado de neurodesarrollo de 84 niños se midió a través de la Escala Infantil de Desarrollo Bayley (escala mental directa, DIRM, y escala psicomotriz directa, DIRP) y la Escala de desarrollo mental de Griffiths (A: locomotor, B: personal-social, C: lenguaje, D: coordinación ojo-mano, y E: Performance) a las 8 semanas, 8 meses y 13 meses de edad. Se construyeron 8 modelos de regresión multivariante en cada uno de los cortes en el seguimiento (2 del Bayley y 5 subescalas (más una total) del Griffiths). Cada una de las variables dependientes se ajustó por las variables que resultaron significativas en el análisis univariante.

Resultados: En el análisis multivariante la única variable que mantiene la significación ($p < 0,001$) en las tres visitas y para cada una de las subescalas de los dos instrumentos de medida (Bayley y Griffiths) es la variable edad. En la primera visita influye también la variable sexo en la subescala A (locomotor) y D (coordinación ojo-mano). Se obtuvo un R2 ajustado para la primera evaluación entre 0,26 y 0,43. En la segunda visita es la variable examinador la que influye en la Escala Motora del Bayley, en la subescala B (personal-social), D (coordinación ojo-mano), y en la total del Griffiths. El rango del R2 ajustado fue entre 0,26 y 0,45. En la tercera visita, es decir, en la evaluación del niño/a a los 13 meses, la variable nivel educativo de la madre influye significativamente en la Escala Mental del Bayley y en todas las subescalas del Griffiths excepto en la A (locomotor). En la última visita el R2 ajustado fue entre 0,23 y 0,41.

Conclusiones: El nivel educativo de la madre influye significativamente en la esfera mental a los 13 meses de edad y no antes. Los resultados muestran que el nivel educativo no influye en el rendimiento psicomotor.

400. CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS ENTRE LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE BARCELONA SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

X. García, A. Pérez, J.C. González, M. Nebot

Agencia de Salud Pública de Barcelona; Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se ha producido un aumento de la población escolar de origen extranjero en España. Sin embargo, hasta la fecha existen escasos estudios que hayan analizado las conductas de riesgo de los jóvenes en relación con el país de procedencia. El objetivo de este estudio es describir la relación entre el país de origen de los estudiantes de secundaria de Barcelona y el consumo de tabaco, alcohol y cannabis.

Métodos: Estudio transversal. Se administró la encuesta sobre factores de riesgo en escolares de secundaria (FRESC2008) a una muestra representativa de estudiantes de Barcelona de 2.º ESO (1202), 4.º ESO (1101) y 2.º Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio (CFGM) (786). Se realizó un análisis descriptivo para conocer las prevalencias de consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Se comparó el consumo de los alumnos nacidos en España con padre y/o madre españoles con los nacidos en otros países o cuyo padre y madre habían nacido en otro país. La relación entre consumos y país de origen se estudió mediante análisis de regresión logística multivariada.

Resultados: En 2.º ESO un 20% de los estudiantes de procedencia extranjera declaraba haberse emborrachado alguna vez, porcentaje que era muy inferior entre los autóctonos (13%). La prevalencia de consumo experimental de cannabis también fue mayor entre los de origen extranjero (12,8% y 9,2% en chicos y chicas) que en autóctonos (10,5% y 7,2%). Sin embargo entre los alumnos de 4.º ESO y 2.º Bachillerato/CFGM, los estudiantes nacidos fuera de España declaraban consumir tabaco, alcohol y cannabis en menor porcentaje que los españoles. En el análisis multivariado, al ajustar por tipo de escuela, el indicador socioeconómico Family Affluence Scale y el nivel socioeconómico de la escuela, se observó asociación significativa entre país de procedencia y consumo de tabaco en chicas de 4.º ESO (OR = 0,4, IC95%: 0,2-0,8) y 2.º Bachillerato/CFGM (OR = 0,4, IC95%: 0,2-0,8), consumo de alcohol en chicos de 2.º Bachillerato/CFGM (OR = 0,1, IC95%: 0,1-0,8) y consumo de cannabis en 4.º ESO (chicos: OR = 0,5, IC95%: 0,3-0,9, chicas: OR = 0,4, IC95%: 0,2-0,7) y en chicas de 2.º Bachillerato/CFGM (OR = 0,3, IC95%: 0,2-0,5).

Conclusiones: En los escolares de mayor edad se observa una menor frecuencia de consumo entre los alumnos de origen extranjero, especialmente en consumo de tabaco entre las chicas y de cannabis en ambos sexos. Parece adecuado estudiar los aspectos comunes y específicos del patrón de consumo de sustancias considerando el país de origen con el fin de adaptar, si es necesario, los programas preventivos ya existentes y mejorar su efectividad.

458. EXPOSICIÓN PASIVA A TABACO EN MUJERES EMBARAZADAS Y SIBILANCIAS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA EN LOS NIÑOS DE LA COHORTE INMA VALENCIA

V. Fuentes-Leonarte, M. Estarlich, M. Murcia, F. Ballester, M. Rebagliato, C. Iñiguez, A. Marco, T. Álvarez, E. Serrano

Fundación Investigación La Fe; CIBERESP; CSISP; EVES; Universidad Rey Juan Carlos, Hospital Infantil La Fe, Valencia; CS Barrio de la Luz, Valencia; CS Benicalap, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Describir la exposición pasiva al humo del tabaco de las embarazadas en su trabajo. Analizar la relación entre esta exposición y haber padecido sibilancias a lo largo del primer año de vida.

Métodos: Estudio de cohortes en mujeres embarazadas pertenecientes a los departamentos de salud 6 y 7 de la Comunidad Valenciana cuyos hijos continúan en el estudio al año de vida (N = 703). Se obtuvo información sobre el consumo de tabaco materno y la exposición pasiva a tabaco, variables de salud, sociodemográficas y de características del hogar, mediante cuestionarios en la semana 32 de embarazo y el primer año de vida, momento en el que también se recogieron variables de salud respiratorias. La relación entre los problemas respiratorios (sibilancias) y la exposición a tabaco se analizó

mediante regresión logística, ajustando por las variables relevantes identificadas en los análisis univariantes ($p < 0,10$).

Resultados: Un 84% de las madres había trabajado durante el embarazo. De ellas, un 18,30% habían estado bastante o muy expuestas al humo del tabaco en su trabajo. El 68,75% de ellas, no había consumido tabaco durante el embarazo ni durante el año de vida del niño o había abandonado el consumo antes del tercer trimestre de embarazo. Un 25,57% de los niños presentó sibilantes en su primer año de vida, el 20,11% de los cuales eran hijos de mujeres que habían estado expuestas al humo del tabaco en su trabajo. En los modelos multivariantes, en los que se ajustaba por sexo, acudir a guardería, antecedentes de asma en los padres y semanas de lactancia inclusiva, el odds ratio (OR) fue de 1,37 (IC95%: 0,86-2,16) para haber padecido sibilantes en el primer año de vida. Realizando el análisis sobre la submuestra de niños cuyas madres no habían consumido tabaco durante el embarazo ni durante el año de vida del niño o había abandonado el consumo antes del tercer trimestre de embarazo, el OR fue de 1,66 (0,95-2,89). Seleccionado de esta submuestra a aquellos niños cuyas madres tampoco habían estado expuestas en casa, el OR fue de 2,17 (1,09-4,32).

Conclusiones: Cerca de la quinta parte de las mujeres que trabajaron durante el embarazo refirieron haber estado bastante o muy expuestas al humo del tabaco en su lugar de trabajo. La exposición pasiva al humo del tabaco de las mujeres embarazadas no fumadoras se comportó como un factor de riesgo independiente para padecer sibilancias en el primer año de vida, de más intensidad cuando estas mujeres no habían estado expuestas al humo del tabaco en sus hogares.

Financiación: ISC III (G03/176), FIS-FEDER 03/1615, 04/1509, 04/1112 y 06/1213, Conselleria de Sanitat, Ev Tec 002/2008.

36. PREVALENCIA DE CONDUCTAS DE RIESGO EN JÓVENES GALLEGOS, 2007

M.I. Santiago-Pérez, M. Pérez-Ríos, M.J. García, B. Alonso, B. Seoane, A. Malvar

Dirección Xeral de Saúde Pública y Planificación.

Antecedentes/Objetivos: En el año 2007 se implantó en Galicia un sistema de vigilancia sobre conductas de riesgo en jóvenes (SIX). Entre sus objetivos destacan estimar y monitorizar la prevalencia de diferentes factores de riesgo, identificar su distribución poblacional y analizar el impacto de intervenciones realizadas en este colectivo. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados obtenidos en el estudio llevado a cabo en el año 2007.

Métodos: Entre noviembre y diciembre de 2007 se realizó el trabajo de campo aplicando en el aula un cuestionario autocumplimentado. En el cuestionario se recogía información demográfica, datos sobre consumo de tabaco, exposición a humo ambiental de tabaco (HAT), calidad de dieta (test KidMed), sedentarismo (Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire) y accidentabilidad. El muestreo fue unietápico estratificado de conglomerados. Las unidades de primera etapa fueron las aulas de 4.º de ESO y las unidades de análisis los escolares matriculados en las aulas seleccionadas. Para este estudio se seleccionaron 111 aulas que pertenecían a 104 centros docentes. A continuación se muestran las estimaciones puntuales acompañadas de los intervalos de confianza al 95% entre paréntesis.

Resultados: Se encuestaron 2.041 escolares de 4.º de ESO, 910 varones y 1.119 mujeres. El 66% de ellos tenían 15 años y el 94% habían nacido en España. Cuando se les preguntó por el consumo de tabaco el 56% (53-59) le habían dado una calada alguna vez a un cigarrillo [edad media: 12,7 años (12,6-12,9)], el 74% (72-77) se declararon nunca fumadores y el 21% (19-24) fumadores (el 11,1% (9,3-13,0) fumadores diarios). El 50% dijeron estar expuestos al HAT en casa [27%

(25-29) a diario y 23% (22-25) de vez en cuando]. El 13% (11-15) dijeron no estar expuestos en el ocio durante los fines de semana. El 18% (16-20) de los escolares tenían una dieta de muy baja calidad y la prevalencia de sedentarismo fue del 68% (66-70). El 19% (17-21) de los encuestados declararon haber tenido algún accidente en el último año que necesitó de tratamiento médico.

Conclusiones: La puesta en marcha de medidas orientadas a potenciar hábitos de vida saludables en los jóvenes gallegos es prioritaria. Actuar frente al consumo de tabaco y la exposición al HAT, además de luchar contra el sedentarismo y apoyar los hábitos alimentarios sanos produciría un descenso en estos comportamientos de riesgo que se traduciría en una mejora de la salud poblacional en el futuro.

59. DESIGUALDADES EN LAS LESIONES POR ACCIDENTES INFANTILES EN ESPAÑA

E. Gascón, P. Carrera, M.J. Rabanaque, L. Casaña, M. Esteban, C. Martos

Universidad de Alicante; Instituto Aragonés Salud; Universidad de Zaragoza; Gobierno de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: La mortalidad por lesiones accidentales es la primera causa de muerte en la población infantil en España. Además de que mueren más niños por lesiones que por la suma de todas las demás enfermedades, también hay que considerar las lesiones no mortales, con incapacidad permanente o temporal. Existe evidencia de una mayor mortalidad por lesiones entre los niños de bajo nivel socioeconómico. Los estudios sobre morbilidad, aunque muestran menos consistencia, también han encontrado diferencias considerables entre los diferentes grupos socioeconómicos. El objetivo de este trabajo es identificar las desigualdades socioeconómicas, de género y territoriales por lesiones accidentales en la infancia a partir de los datos de la última Encuesta Nacional de Salud.

Métodos: Se han analizado los datos procedentes del cuestionario de menores (personas de 0 a 15 años) de la Encuesta Nacional de Salud de 2006. Se han obtenido los datos relativos a las lesiones no intencionales (frecuencia, tipo de accidente y lugar donde se produjo, tipo de lesión y asistencia recibida). Los datos socioeconómicos (clase social según el sustentador principal del hogar) y la nacionalidad del menor se han obtenido del cuestionario del hogar. Se han aplicado modelos de regresión logística, utilizando como variable dependiente lesión (sí/no), asistencia médica (sí/no) y como variables explicativas género, grupo de edad, clase social, nacionalidad, tamaño del municipio de residencia, ejercicio físico, horas de televisión y videojuegos en fin de semana, y enfermedad. El análisis del ajuste de los modelos se realizó mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow.

Resultados: Se han entrevistado un total de 9.122 menores de 16 años. Se ha observado una frecuencia de lesiones por accidente del 10,6% de la población infantil. La media de accidentes sufridos en el año fue de 2,08 (IC95%: 2,07-2,08). El análisis multivariante mostró que la probabilidad de tener un accidente que requiera asistencia médica es menor en niñas (OR = 0,55, IC95%: 0,43-0,70). La probabilidad de tener una lesión es mayor en los que no han padecido una enfermedad en el último año (OR = 1,27, IC95%: 1,00-1,62). El riesgo es mayor a medida que aumenta la actividad física (OR = 1,54, IC95%: 1,01-2,35).

Conclusiones: Los datos de este estudio aportan una información poblacional importante sobre las lesiones accidentales en niños. El no haber detectado desigualdad socioeconómica es coherente con los resultados de otros estudios, en los que no hay consistencia del efecto cuando se analiza la morbilidad, sobre todo la más leve. Se han detectado asociaciones con carácter de serendipidad que será necesario confirmar.

319. ANÁLISIS ESPACIO-TEMPORAL DE LA MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN MANHIÇA EN EL PERIODO 1997-2005

G. Escaramís, J.L. Carrasco, J.J. Aponte, D. Nhalungo, A. Nhacolo, P. Alonso, C. Ascaso

CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Bioestadística, Departament de Salut Pública, Universitat de Barcelona; Centre de Recerca en Salut Internacional de Barcelona (CRESIB); Hospital Clínic/IDIBAPS; Universitat de Barcelona; Centro de Investigação em Saúde da Manhiça (CISM).

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del presente estudio es evaluar la variabilidad espacial y temporal de la mortalidad en niños menores de 5 años en Manhiça, un distrito rural situado en la provincia de Maputo al sur de Mozambique, en el periodo comprendido entre los años 1997 a 2005.

Métodos: Los datos se obtuvieron del sistema de vigilancia demográfico que lleva a cabo el Centro de Investigación de Salud de Manhiça (CISM) desde 1996. La zona de estudio está subdividida en 115 vecindades y para cada una de ellas se calcularon las razones de mortalidad estandarizadas anuales. La variabilidad espacial y temporal de la mortalidad se evaluó a partir de modelos de regresión de Poisson mixtos. La tendencia temporal se incorporó en los modelos con un polinomio de segundo grado y la variabilidad espacial de los riesgos de mortalidad subyacente a partir de efectos aleatorios con una estructura espacial autoregresiva.

Resultados: La mortalidad en niños menores de 5 años en Manhiça entre 1997 y 2005 presenta dos componentes independientes, una componente temporal común en todas las vecindades de la zona con perfil convexo, donde el pico se encuentra en el año 2001 y otra espacial invariante para todos los años de estudio, donde las vecindades de más riesgo subyacente se distribuyen en las vecindades periféricas de Manhiça.

Conclusiones: La distribución espacial de la mortalidad, aunque más difusa en nuestro estudio, es parecida a la distribución espacial de la incidencia de malaria en Manhiça, corroborando la hipótesis de que la causa mayor de la mortalidad infantil sub-sahariana se atribuye a la infección por malaria, aunque otras causas de mortalidad como malnutrición, diarrea, neumonía o SIDA también son patentes en el área de estudio y posiblemente las que desfiguran el marcado patrón espacial de incidencia de malaria. El pico de mortalidad que se observa en 2001 pudo ser debido a las precipitaciones que se produjeron en febrero del 2000, provocando inundaciones en todas las provincias del sur de Mozambique y en consecuencia aumentando la incidencia de malaria, diarrea o enfermedades respiratorias. De todas formas las ratios de mortalidad al final del periodo de estudio retornaron a valores similares a los del inicio, sugiriendo que los programas de intervención sanitarios establecidos en Manhiça para controlar los efectos de las inundaciones en la mortalidad infantil son adecuados si se mantienen por un periodo de aproximadamente cinco años.

381. RED ARAGONESA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

M. Aliaga Train, E. Ferrer Gracia, R. Hernández Díaz

Sección Programas, Subdirección Provincial de Salud Pública de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: Una Escuela Promotora de Salud es un centro educativo que prioriza la promoción de salud y facilita la adopción, por la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud. Incluye el modelo de organización del centro, la actuación frente a los determinantes de la salud (alimenta-

ción, actividad física, salud emocional, consumos, ambiente), la programación educativa relacionada con la salud, las relaciones del centro con su entorno y la promoción de las competencias del alumnado. **Objetivos:** reconocer qué centros educativos trabajan por la salud y el bienestar del alumnado y de la comunidad escolar. Proporcionar un marco globalizador de las actuaciones relacionadas con la salud que desarrollan, facilitando su integración en el proyecto educativo y curricular. Promover una educación para la salud orientada hacia el desarrollo de habilidades para la vida, que potencia los factores de protección. Ayudar a consolidar actuaciones de buena práctica que desarrolla el profesorado. Facilitar la colaboración intersectorial y el apoyo de agentes y entidades que ayuden a desarrollar experiencias educativas satisfactorias y facilitar unos entornos saludables.

Métodos: Los centros para su integración en la Red deben cumplimentar un cuestionario que garantice que cumplen los requisitos básicos para ser acreditados como Escuela promotora de Salud por la Comisión Mixta Salud-Educación. 1. Compromiso del centro por un periodo de tres años renovable apoyado por el Consejo Escolar. 2. Integración de la promoción de salud en la dinámica del centro: análisis de necesidades de salud, reflexión y propuesta de actuaciones. 3. Experiencia en promoción de la salud, al menos durante el curso escolar 2007-08. 4. Formación de un equipo de trabajo con un coordinador. Deben estar implicados al menos un 25% del profesorado y del alumnado. 5. Relación del centro con su entorno promoviendo la participación de las familias y potenciando la colaboración con los profesionales sociosanitarios y otros recursos del entorno escolar.

Resultados: Durante este curso escolar se han acreditado 54 Escuelas Promotoras de Salud. -29 provincia de Zaragoza -15 provincia de Huesca -10 provincia de Teruel.

Conclusiones: Esta red es una de las estructuras de apoyo más adecuadas para el desarrollo de la promoción de la salud en el ámbito educativo, por su enfoque horizontal y el carácter interdisciplinario e intersectorial. La experiencia de un año de la RAEPS demuestra la importancia de las redes a la hora de facilitar el intercambio de informaciones y experiencias para el desarrollo de la evaluación y de la calidad. También permite generar unos modelos de buena práctica y difundir una cultura de la evaluación y de la mejora continua de la calidad.

511. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA CINE Y SALUD DURANTE EL CURSO 2007-2008 EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

M. Bueno Franco, B. Vilches Urrutia

Subdirección Provincial de Salud Pública de Huesca.

Antecedentes/Objetivos: Organizado por la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Política Educativa del Gobierno de Aragón, el Programa Cine y Salud tiene por objeto tratar desde el cine la promoción de la salud y la prevención de los problemas de salud más relevantes en la adolescencia, fomentar la mirada crítica y la responsabilidad personal. **Objetivos:** conocer el número de centros, profesores y alumnos que participan en el programa, así como la evolución de su cobertura. Conocer la percepción de los docentes sobre su utilidad para cumplir los objetivos de educación para la salud previstos. Conocer el grado de interés y aceptación por parte del alumnado. Conocer el grado de satisfacción de los docentes. Conocer propuestas para mejorar el programa.

Métodos: El Grupo Europeo de Trabajo de la OMS sobre la evaluación en promoción de la salud define la evaluación como el examen sistemático y el análisis de una iniciativa y de sus efectos, con el fin de obtener una información que pueda ser utilizada para mejorar su eficacia. La evaluación ha combinado una metodología cuantitativa y cualitativa.

Resultados: En el curso 2007-08 se adscribieron al programa 156 centros de secundaria y han participado en el mismo 1.654 docentes y 45.052 alumnos y alumnas. La cobertura global de centros en secundaria ha sido del 80,8% y en bachiller del 76,1%. Por provincias, la cobertura más alta en secundaria ha sido en Huesca con un 89,5%, seguida de Teruel con un 82,6% y por último Zaragoza con un 78%. Con respecto a bachiller la más alta se ha alcanzado en Zaragoza 80,8% seguido de Teruel 75%, y Huesca 60,9%. Comparando las cifras de participación del curso 2007/08 con los dos anteriores en que se ha llevado a cabo el programa, el número de centros participantes, de profesores y de alumnos participantes se mantiene. Respecto a la utilidad del programa, un 98,16% del profesorado considera útil el material suministrado para abordar la educación para la salud en los centros, considerándolo muy adecuado y completo. La línea pedagógica se considera adecuada y el grado de satisfacción como docentes ha sido bueno/muy bueno en un 85,72% de profesorado, mientras que para un 13,91% ha sido aceptable. En cuanto al grado de interés y aceptación por parte del alumnado, un 84,72% del profesorado manifiesta que éste ha sido bueno / muy bueno y un 13,91% que ha sido aceptable.

Conclusiones: En general se ha constatado la satisfacción con el programa como herramienta para trabajar objetivos de educación para la salud porque se valora como una buena herramienta para propiciar la reflexión y favorecer el dialogo y el debate. El programa refuerza la relación entre el alumnado y el profesor-tutor.

PÓSTERES III

Viernes, 30 de octubre de 2009. 12:30 a 13:30 h

Sala: Exposiciones

Cáncer I

Moderadora: Cristina Feja Solana

323. ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO DE LA PRIMERA RONDA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL DE LA CV

D. Salas, M. Alcaraz, S. Castán, I. González, A. Málaga, M. Goicoechea, M. Andrés, C. Llorens, Grupo Cribado Cáncer Colorrectal CV

DG Salud Pública Valencia; CSP Valencia; CSP Manises; CSP Denia.

Antecedentes/Objetivos: El Plan Oncológico de la CV 2007-10 recoge la implantación progresiva del Programa de Diagnóstico precoz de Cáncer Colorrectal. Un estudio previo realizado en el Departamento 4, encontró diferencias significativas en la tasa de participación en mujeres y hombres, así como en la confirmación diagnóstica de los TSOH positivos, resultando las colonoscopias incompletas más frecuentes en mujeres. El objetivo de este estudio es profundizar en el análisis desde una perspectiva de género del Programa en toda la CV: 1) medir la participación en el programa y evaluar las variables que influyen en la misma en mujeres y hombres, 2) calcular la positividad del test y la posterior adecuación de la confirmación diagnóstica de los positivos en mujeres y hombres, 3) profundizar en el análisis a través del análisis multivariante con variables dependientes de "participación" y de "confirmación diagnóstica de los TSOH positivos", con perspectiva de género para el PPCCR de la CV.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Sujetos: todas las mujeres y hombres entre 50-74 años de la CV, en los Dpto 04, 713 (N = 98.860). Ámbito temporal: noviembre 2005-marzo 2008. La invita-

ción se realizó por envío postal. Se utilizó el TSOH de guayaco como prueba de cribado y la colonoscopia como prueba de confirmación diagnóstica. Variables utilizadas: edad, sexo, nacionalidad, participación, resultado TSOH, tipo colonoscopia (diagnóstica o diagnóstica/terapéutica) y resultado, nivel alcanzado (completa/incompleta), sedación y tolerancia a la misma y diagnóstico final.

Resultados: La tasa de participación global alcanzó un 35,7%. La participación fue superior en mujeres que en hombres (36,9% vs 34,3%) ($p < 0,001$). La tasa de positividad global del TSOH fue 1,63%, 1,88% en hombres y de 1,42% en mujeres ($p < 0,001$). Las colonoscopias realizadas en los casos positivos fueron incompletas en el 14,71% ($n = 39$) de las mujeres y el 10,17% ($n = 30$) de los hombres ($p > 0,05$). Las colonoscopias diagnóstico-terapéuticas fueron 64,67% en hombres y 41,13% en mujeres ($p < 0,001$). La tasa de detección global es de 7,09 , de 4,56 en mujeres y de 10,11 en hombres. La tasa de falsos positivos es de 60,38% en mujeres y de un 38,2% en hombres ($p < 0,001$). El resto de variables no presentaron diferencias significativas. Queda pendiente el análisis multivariante.

Conclusiones: Es fundamental promover los sistemas de información sanitaria con información desagregada por sexo que permitan obtener indicadores sensibles al género que posibiliten el diseño de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con enfoque de género.

219. MODELIZACIÓN DEL EFECTO DEL CONSUMO DE TABACO SOBRE LA INCIDENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN EN LA PROVINCIA DE GRANADA

M.E. Molina, M.J. Sánchez, E. Molina, C. Martínez

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

Antecedentes/Objetivos: Se estima que anualmente se diagnostican 386.300 casos nuevos de cáncer de pulmón en Europa. Existen variaciones en la incidencia entre países y entre ambos sexos, con una razón de tasas estandarizadas hombre/mujer de 4:1. Estas diferencias podrían ser atribuibles a las variaciones en el consumo de tabaco. El resultado del efecto de una intervención, dirigida a disminuir el consumo de tabaco, sobre la incidencia de éste cáncer, no es evaluable a corto plazo. Alternativamente se puede modelizar este impacto en términos de reducción de incidencia y fracción de impacto potencial (FIP). Objetivos: 1) Analizar el efecto de distintas estrategias de intervención, en el año 2004 (prohibición o subida de impuestos), de reducción del consumo de tabaco en la incidencia de cáncer de pulmón en Granada (proyección a 2016), y 2) Analizar las tendencias temporales de la incidencia de cáncer de pulmón en Granada 1996-2004, en relación con la prevalencia de consumo de tabaco.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Fuentes de información: 1) Registro de Cáncer de Granada: tasas brutas de incidencia de cáncer de pulmón, según sexo y edad, 1985-2004, 2) Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Andaluza de Salud: prevalencia de consumo de tabaco en Andalucía 1987-2003, según sexo y edad, 3) Instituto Nacional de Estadística: Población de Andalucía 1996-2004 y proyecciones a 2016. Variables: consumo de tabaco en dos y tres categorías "no fumador/fumador/" y "no fumador/< 15/ ≥ 15 cigarrillos". Se consideró un Riesgo Relativo en fumadores/no fumadores en torno a 12. Análisis: modelización mediante el Prevent Model versión 3.0.

Resultados: La prohibición del consumo de tabaco originaría una reducción en la incidencia del año 2016 de hasta un 65%, en población de 20-55 años, evitándose 1800 casos en hombres y 300 en mujeres (FIP = 85%). Una subida de impuestos supondría una reducción de un 10% en el consumo de tabaco en la población de 20-50 años, lo

que evitaría 380 casos en hombres (FIP = 15-20%) y 70 en mujeres. Se observan resultados similares al considerar el número de cigarrillos fumados. El consumo de tabaco en Andalucía ha disminuido en los hombres desde 1987, e igualmente ha disminuido la incidencia (750 casos evitados). En las mujeres se constató un aumento de la incidencia atribuible a la reciente iniciación de éstas al hábito tabáquico.

Conclusiones: Las variaciones en el consumo de tabaco en la población permiten predecir cambios en la incidencia de cáncer de pulmón. Los que más se beneficiarían del descenso del consumo de tabaco son los hombres de 40-55 años. Se confirma que en las mujeres está aumentando la incidencia de cáncer de pulmón.

76. CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL GRAN BILBAO Y CONTAMINACIÓN INDUSTRIAL

R. Ramis, P. Diggle, E. Vidal, J. García-Pérez, E. Boldo, B. Pérez-Gómez, N. Aragónés, I. Montoya, G. López-Abente

Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Salud Carlos III, Madrid; Universidad de Lancaster; Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de próstata es la segunda causa tumoral más frecuente en hombres, con mayor impacto en mayores de 65 años. Se desconocen los agentes etiológicos, aunque en la literatura se proponen algunos factores de riesgo entre los que se encuentran factores hormonales, antecedentes familiares y dieta. No obstante, patrones espaciales mostrados en diferentes atlas de cáncer hacen pensar en más factores implicados, como la exposición ambiental a contaminación industrial. El objetivo es analizar la posible asociación entre la variación espacial del riesgo de cáncer de próstata en Gran Bilbao y la exposición a emisiones contaminantes procedentes de las industrias localizadas dentro del entorno urbano, con datos agregados a nivel de sección censal y utilizando la distancia como estimador de la exposición.

Métodos: El periodo analizado es 1996-2003. La fuente de casos son los certificados de defunción. Los casos esperados son calculados con referencia a la tasa nacional. Se analizan 8 industrias localizadas dentro del área urbana agrupadas por actividad: metal (3 fábricas), mineral (1), químicas (3) y otras (1). Se incluyen como posibles factores de confusión 4 covariables socio-demográficas: % de analfabetos, % de desempleados, número de personas por hogar, renta y un estimador indirecto de consumo de tabaco (RME de cáncer de pulmón). La variable distancia se define como la distancia desde la industria al centroide de la sección censal. Se utiliza un modelo para el análisis de focos múltiples basado en la regresión de Poisson que permite identificar el riesgo en los focos y su cambio con la distancia.

Resultados: Durante el periodo se produjeron 883 defunciones, con una media de 1,34 casos por sección censal. De un total de 657 secciones, 252 no presentaron casos. La mortalidad por cáncer de próstata se asocia positivamente a porcentaje de analfabetos, renta y consumo de tabaco mientras que el porcentaje de desempleados y el número de personas por hogar tienen un efecto contrario, reflejando posiblemente la existencia de un efecto residual de la edad. Los estimadores asociados a la distancia muestran un exceso de riesgo en relación a la cercanía con las industrias del metal con un riesgo en el foco de 1,4 que disminuye con la distancia hasta el valor de 1.085 a 12 km, pero el IC alcanza el valor neutro de 1 a los 10 km. El resto de industrias no presentan asociación.

Conclusiones: Los resultados sugieren una posible asociación entre la exposición a contaminación procedente de las industrias del metal y la mortalidad por cáncer de próstata, cuando la exposición es aproximada mediante la distancia al foco.

Financiación: FIS PI040041, PI080662. Proyecto MEDEA.

116. CARCINOMA INVASOR Y LESIONES PREMALIGNAS DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO: INCIDENCIA Y TENDENCIAS TEMPORALES EN LA REGIÓN SANITARIA GIRONA

M. Cervantes, M. Buxó, P. Castro, J. Moreno, J. Galcerán, M.L. Vilardell, A. Izquierdo, R. Marcos-Gragera

Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Girona; Pla Director d'Oncologia; Departament de Salut, Servei d'Anatomia Patològica; Hospital Universitari de Girona "Dr. Josep Trueta"; Registre de Càncer de Tarragona; Fundació Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer.

Antecedentes/Objetivos: En Cataluña existe una guía de recomendaciones para aplicar un modelo de cribado de cáncer de cuello uterino mediante la citología cervical y la detección del virus papiloma humano (VPH) de alto riesgo. Recientemente se ha introducido la prevención primaria del cáncer de cuello uterino mediante la vacuna contra el VPH en adolescentes. El objetivo de este estudio es describir la incidencia poblacional y su tendencia temporal de las lesiones premalignas y del carcinoma invasor de cuello uterino.

Métodos: Se han incluido en el estudio todos los casos de carcinoma invasor de cuello uterino (ICD10:C53) y carcinoma in situ (ICD10:D06) diagnosticados durante el periodo 1980-2005 en las mujeres residentes en la Región Sanitaria Girona (277.983 según el censo 2001). Se calcularon las tasas crudas de incidencia por 100.000 mujeres-año. Las tendencias temporales y el porcentaje de cambio anual (PCA) se analizaron mediante modelos de regresión Joinpoint.

Resultados: Se diagnosticaron 600 casos de carcinoma invasor de cuello uterino y 1.305 casos de carcinoma in situ. La media de edad para los casos de carcinoma in situ de cuello uterino fue de 38 años, siendo de 55 años para los casos de carcinoma invasor. Durante el periodo estudiado la incidencia del carcinoma in situ de cuello uterino se ha incrementado un 9,5% anual (IC95%: 6,4-12,7), aunque este incremento no ha sido constante a lo largo de todo el periodo. La tendencia de la incidencia del carcinoma invasor de cuello uterino no mostró ningún cambio significativo durante el periodo analizado. Se analizaron las tendencias según los principales grupos de edad.

Conclusiones: La incidencia de las lesiones premalignas del cuello uterino se ha incrementado durante el periodo estudiado, probablemente debido a una mejora de la exhaustividad del registro y a un incremento en las medidas preventivas, aunque no puede descartarse un aumento real de la incidencia. Sin embargo, la incidencia del carcinoma invasor de cuello uterino se ha mantenido estable. La monitorización de la incidencia poblacional del cáncer invasor de cuello uterino así como de sus lesiones premalignas por parte de los registros poblacionales de cáncer permitirá, en un futuro, evaluar el impacto de los programas de prevención en la incidencia y en la mortalidad de este cáncer.

247. MORTALIDAD Y HOSPITALIZACIÓN POR CÁNCER INFANTIL EN ANDALUCÍA

C. Martínez, M.J. Sánchez, J.M. Melchor, B. Valero, R. Peris-Bonet, E. Molina, Y.L. Chang, J.M. Mayoral

Registro de Cáncer de Granada; Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); UVEG, Secretaría General de Salud Pública; Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer infantil es una enfermedad de gran trascendencia, por la demanda asistencial que genera, la complejidad de los tratamientos, la hospitalización y la gran repercusión social sobre los niños y sus familias. En el año 2007 se crea el Registro de Cáncer de Andalucía y en este marco se establece el Registro Poblacional de Tumores Infantiles de Andalucía. Su desarrollo implica conocer previamente la situación del cáncer infantil en Andalucía, en

relación con la mortalidad y la frecuentación hospitalaria en cada una de las provincias. Objetivos: 1) Analizar la mortalidad por cáncer infantil en Andalucía en el período 2003-2006 y las tendencias temporales en el período 1985-2006, 2) Describir las características de los ingresos de niños con diagnóstico de cáncer, en el período 2000-2006, en los hospitales públicos de Andalucía.

Métodos: Diseño: Estudio descriptivo transversal. Sujetos de estudio: Población de 0-14 años: a) defunciones por cáncer en residentes en Andalucía y b) hospitalizaciones por cáncer en algún hospital de Andalucía. Fuentes de información: a) Instituto Nacional de Estadística y b) Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBDA). Análisis estadístico: Mortalidad: Número de defunciones, tasas brutas y estandarizadas por millón de niños. Tendencias: regresión loglineal (joinpoint regression) que estima el Porcentaje de Cambio Anual (PCA). Hospitalizaciones: Número de ingresos por provincia de hospitalización y de residencia, y distribución porcentual por localización anatómica.

Resultados: En el período 1985-2006 las tasas de mortalidad en Andalucía mostraron un descenso estadísticamente significativo (PCA: -1,6%), pasando de 46,3 por millón en 1985-1989 a 37,0 en el período 2003-2006. En el período 2000-2006 se registró una media de 1.800 altas/año por cáncer infantil en los hospitales andaluces. El mayor número de ingresos en Andalucía correspondió a leucemias, tumores del sistema nervioso central, linfomas y sarcomas óseos y de partes blandas. Los hospitales de Sevilla, Málaga y Granada registraron el mayor porcentaje de casos con residencia en otras provincias.

Conclusiones: En Andalucía se observó un descenso de la mortalidad por cáncer infantil en el período 1985-2006. La frecuentación hospitalaria fue más alta en las provincias andaluzas que disponen de Unidades de Onco-Hematología Pediátrica. Un Registro Tumores Infantiles proporcionará en Andalucía una visión integral del cáncer en esta población.

Financiación: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

246. DEFINICIÓN E INCIDENCIA DE CÁNCERES RAROS EN EUROPA

C. Martínez, J.M. Melchor, M.J. Sánchez, J.A. Virizuela, R. González-Campora, M. Posada, G. Gatta

Registro de Cáncer de Granada; EASP; CIBERESP, H.U. Virgen Macarena, Sevilla; IIER-ISCIII y CIBERER; Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano.

Antecedentes/Objetivos: Los Cánceres Raros (CR), como otras Enfermedades Raras (ER), presentan problemas socio-sanitarios. Su baja frecuencia dificulta el diagnóstico diferencial. Sus signos o síntomas son poco conocidos, lo que puede originar demoras diagnósticas, estadios más avanzados y menor efectividad terapéutica. Además, la baja rentabilidad de la investigación sobre nuevos medicamentos, para su uso en ER, condiciona el tratamiento. Por ello, es importante una definición consensuada de CR para la designación de medicamentos huérfanos por la European Medicines Agency (EMA). En 2007 se inicia un proyecto, Surveillance of Rare Cancers in Europe (RARECARE), para establecer una definición y una lista de CR, para estimar la carga atribuible a estos cánceres en Europa. La definición de ER se basa en la prevalencia (< 5/10.000 hab/año), pero la de RARECARE se ha basado en la incidencia. Objetivos: 1) Presentar la definición de CR y los criterios en los que se basa, 2) Identificar la lista de CR en Europa.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal poblacional. Ámbito y fuentes de información: La incidencia de cáncer 1995-2002 procede de 70 registros de cáncer de población de 22 países europeos incluidos en EUROCARE. La definición de CR procede del consenso europeo de un grupo de expertos: oncólogos, epidemiólogos, anatomopatólogos, clínicos, gestores de servicios sanitarios, EMA y aso-

ciaciones de pacientes. Variables: edad, sexo, localización anatómica y morfología del tumor (Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología). Análisis: n.º casos incidentes y tasas brutas × 100.000 hab/año.

Resultados: La lista de CR se basa en entidades tumorales malignas agrupando localización anatómica y morfología. Las entidades se distribuyen en 3 niveles jerárquicos: 1) familias de tumores con patrón histológico común (ej. tumor epitelial maligno de nasofaringe), 2) familias de tumores con relevancia clínico-terapéutica (ej. adenocarcinoma papilar de nasofaringe), y 3) otras entidades de la Clasificación OMS. Los cánceres con incidencia < 6 casos/100.000 hab/año en el nivel 1 o 2 son definidos como CR. La lista de CR incluye 230 entidades, de las que sólo el 7% tiene una incidencia entre 3-6 × 100.000 hab/año.

Conclusiones: Contar con una definición de CR y conocer la carga de enfermedad atribuible a CR es esencial para orientar políticas socio-sanitarias y crear redes de investigación que faciliten la transferencia del conocimiento a la práctica médica. Si bien es fundamental considerar la frecuencia para la definición de CR, el umbral consensuado para la incidencia es necesariamente arbitrario.

Financiación: RARECARE (Contract EU n. 2006113).

227. LA CALIDAD DEL REGISTRO DE CÁNCER DE EUSKADI

M.I. Izarzugaza, P. Torres, R. Martínez, M.J. Michelena, N. Larrañaga, E. Hernández, M.C. Tobalina

Registro de Cáncer de Euskadi; Registro de Cáncer Nacional de Cuba; Instituto Oncológico de Gipuzkoa.

Antecedentes/Objetivos: La calidad es una propiedad de los datos y de las técnicas que se han utilizado para obtenerlos. El control de calidad es el mecanismo con el que se mide la bondad de los datos. Solamente con una información de calidad se puede dar una buena interpretación a los datos y permitir su comparación con otras áreas geográficas. Desde la creación del Registro de Cáncer de Euskadi (RCE) en 1986 se ha tenido un interés especial en garantizar y valorar la calidad de la información obtenida y para ello se han tomado las medidas adecuadas. Con este estudio se presenta la calidad del RCE por medio de los indicadores básicos acordados internacionalmente y otros de mayor precisión así como su evolución en el tiempo.

Métodos: Se han incluido los casos diagnosticados por primera vez en el RCE desde 1987 a 2004, excluyendo el primer año de funcionamiento. Se calcularon los siguientes indicadores: edad desconocida, diagnóstico con verificación microscópica (MV), casos procedentes solamente de los certificados de defunción (SCD) así como los casos cuya localización primaria era desconocida y aquellos codificados en localizaciones mal definidas (C14, C26, C39 y C76). Desde 1995 a 2004 se recogió información sobre la extensión del tumor al diagnóstico, tomándose como indicador de calidad aquellos en los que esta información es desconocida, excluyendo los tumores hematológicos y linfomas. El método es descriptivo, por sexo, grandes grupos de edad, para todas las localizaciones y localizaciones específicas.

Resultados: Desde el año 1987 al 2004 el RCE recogió 158.009 casos (61.979 mujeres y 96.030 hombres) en la Comunidad Autónoma del País Vasco. De ellos la edad fue desconocida en 87 casos (0,05%). La mayor parte de los casos tuvieron VM: histología (72,55%), citología (4,6%) y autopsia (1,44%). En conjunto la VM ha pasado de 80,86% en 1987 a 89,56% en el año 2004. Esta proporción varía según las localizaciones: pulmón (80,54%), encéfalo (63,95%) y páncreas (42,7%). La proporción de casos diagnosticados solo con certificado de defunción (SCD) ha disminuido de 11,84% en 1987 a 2,47% en 2004. Por otro lado el número de casos en los que la localización primaria es

desconocida fue de 6.189 (3,9%) en este periodo. La proporción de casos en otras localizaciones mal definidas (C14, C26, C39 y C76) fue menor del 1%, algo mayor en los hombres (0,90%) que en las mujeres (0,83%). Desde 1995 a 2004 en el 14,5% de los casos no se ha podido determinar la extensión del tumor al diagnóstico.

Conclusiones: Los indicadores de la calidad de los datos del RCE han ido mejorando progresivamente a lo largo de este periodo. Se ha alcanzado el estándar internacional (< 5%) de los casos procedentes del Certificado de Defunción.

221. TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN ESPAÑA, 1980-2006

A. Cabanes, E. Vidal, M. Pollán, N. Aragonés, B. Pérez-Gómez, R. Pastor-Barriuso, V. Lope, G. López-Abente

Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer; Centro Nacional de Epidemiología; ISCIII; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer es la primera causa de mortalidad en España, responsable de 98.046 defunciones en el año 2006. En las últimas décadas, se ha observado que la tendencia de la mortalidad por algunos tipos de tumores se ha invertido, indicando la posibilidad de que tanto las políticas de prevención como la mejora de los tratamientos estén siendo efectivas. El objetivo de este estudio es analizar las tendencias de la mortalidad por cáncer en España durante el periodo 1980-2006.

Métodos: Se han utilizado las defunciones por edad y sexo publicadas en el Movimiento Natural de la Población Española y las estimaciones de población a 1 de julio de cada año, ambos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Para el cálculo de las tasas ajustadas, se ha usado como población de referencia la población europea. Los cambios de tendencia observados a lo largo del tiempo se han estimado a partir de modelos de regresión de Poisson, que identifican el momento en que se producen cambios significativos de tendencia y estiman la tendencia observada antes y después del cambio.

Resultados: Las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer en el año 2006 fueron de 229 muertes/100.000 hombres y de 103,4 muertes/100.000 mujeres. En los hombres, los tumores con las tasas de mortalidad más altas fueron el cáncer de pulmón, colorrectal, de próstata y de vejiga, en las mujeres, los de mama, colon y recto, pulmón y páncreas. Durante el periodo 1980-2006, los tumores más frecuentes en hombres mostraron cambios en las tendencias: la mortalidad por cáncer de pulmón disminuyó un 0,8% cada año desde 1992, la mortalidad por cáncer de próstata se redujo un 4% anual desde 1998, y tanto la mortalidad por tumores colorrectales como por cáncer de vejiga se estabilizaron en 1997 y 1991, respectivamente. En mujeres, la mortalidad por cáncer de mama descendió un 2,2% anual desde 1992 y la debida al cáncer colorrectal se redujo un 0,4% cada año desde 1996. Sin embargo, la mortalidad por cáncer de pulmón aumentó desde 1993 de forma alarmante, un 4% anual. Asimismo, la mortalidad por cáncer de páncreas aumentó desde 1980, un 4% hasta 1986 y un 1,1% cada año a partir de entonces.

Conclusiones: La evolución de la mortalidad por cáncer en el periodo 1980-2006 indica cambios significativos en los tumores más frecuentes. En hombres, hay una tendencia general decreciente. Sin embargo, en mujeres, el descenso de la mortalidad total por cáncer se atribuye al importante descenso de la mortalidad debida a los tumores de mama y colorrectales, puesto que para dos de los tumores más frecuentes en mujeres—el cáncer de pulmón y el de páncreas—se observa un aumento de las tendencias de mortalidad durante este mismo periodo.

Financiación: Acuerdo de Encomienda de Gestión entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y el ISCIII.

8. ESTUDIO DESCRIPTIVO (CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS) Y TENDENCIA TEMPORAL DE MELANOMA CUTÁNEO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA 1993-2005

J. Perucha, A. García

Registro de Cáncer de La Rioja; Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria, Gobierno de La Rioja.

Antecedentes/Objetivos: Aunque es un tumor poco frecuente, las tasas de incidencia de melanoma cutáneo (MC) se han ido incrementando desde hace décadas en los países desarrollados, manteniendo unos patrones de comportamiento similares. Objetivos: Describir la incidencia de MC en La Rioja en el periodo 1993-2005 y su tendencia temporal.

Métodos: Es un estudio descriptivo transversal, de base poblacional. Se han estudiado los casos incidentes de MC del periodo 1993-2005 procedentes del Registro de cáncer de La Rioja. Se han calculado, para ambos sexos (separada y/o conjuntamente) y por grupos quinquenales, las tasas brutas (TB), y las tasas ajustadas a la población europea (TAE) y mundial (TAM), el porcentaje de verificación histológica (%VH), la edad media al diagnóstico (EMD), la localización corporal, el riesgo acumulado a los 64 y 74 años (RA64, RA74), la morfología según CIE-O3, el nivel de infiltración con el índice de Breslow (IBR) y la tendencia calculando el porcentaje anual de cambio (PAC) y su IC al 95% mediante análisis de jointpoint.

Resultados: En el periodo 1993-2005 se registraron en la población residente en La Rioja 249 nuevos casos de MC, 51% en mujeres y 49% en hombres. La TB fue de 7 por 100.000 y la TAE de 5,79 por 100.000. Comparadas con las de otros registros españoles, las TAM de La Rioja ocupan una situación baja en mujeres e intermedia en hombres. El %VH fue del 99%. La EMD fue de 58 años en ambos sexos. La localización más frecuente en hombres fue el tronco (34,96%) y en mujeres las piernas (36,51%). Para ambos sexos el RA64 fue de 0,31 y el RA74 0,45. El código morfológico inespecífico 87.203 (melanoma SAI), aparece en el 46% de los casos (los informes anatomopatológicos han ido siendo más específicos a lo largo del periodo), seguido por el melanoma nodular (20%) y el melanoma de extensión superficial (16%). El IBR \leq 1,5 mm ha pasado del 27% en 1993-1998 al 54% en 1999-2005. La tendencia ha ido aumentando significativamente en ambos sexos, con un PAC de 6,02 (IC 0,9-11,4).

Conclusiones: El melanoma cutáneo en la población de La Rioja, sigue unos patrones y una tendencia similares a los países desarrollados. Es necesario investigar los motivos del aumento en la tendencia (aumento de la exposición a la luz solar por motivos lúdicos y/o destrucción de la capa de ozono, detección más precoz, etc.) y fomentar la aplicación y evaluación de programas de prevención y diagnóstico precoz (la diferencia pronóstica entre los melanomas delgados -Breslow < 1,5 mm- y los gruesos -Breslow > 1,5 mm- va del 75% de supervivencia a los 5 años al 25%).

PÓSTERES III

Viernes, 30 de octubre de 2009. 12:30 a 13:30 h

Sala: Exposiciones

Servicios sanitarios III

Moderadora: Amaia Calderón Larrañaga

384. DEFINICIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD A REGISTRAR POR LA RED CENTINELA DE ENFERMERÍA DE CASTILLA Y LEÓN

M. Gil Costa, T. Vega Alonso, J.E. Lozano Alonso

Observatorio de Salud Pública; Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: En junio de 2007 al amparo de la Orden SAN/1593/2006, comenzó la integración de los profesionales de enfermería de en la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (RCSCyL). Los que aceptaron su inclusión en la red cumplieron una encuesta individualizada con 50 ítems destinados a describir el perfil de los profesionales, lugar de trabajo, población cubierta, actividades y tareas que realizan, conocimientos de formación e investigación y un último ítem sobre problemas de salud que consideraran más interesantes para estudiar por la red de enfermería.

Métodos: La encuesta recogía 76 problemas de los cuales cada profesional debía marcar como máximo los 10 más relevantes para registrar. Los procesos propuestos se eligieron partiendo de la información registrada por otras redes centinela de enfermería y los registrados por la propia RCSCyL de médicos.

Resultados: Las respuestas de los participantes se agruparon en 6 grandes apartados: estilos de vida y patología social (n = 410), atención a enfermos crónicos (n = 292), atención a personas dependientes (n = 249), procesos agudos (n = 67), patología infecciosa (n = 54) y atención a la mujer en las diferentes etapas de la vida (n = 43). El primer apartado incluía 15 procesos de los cuales los problemas y trastornos de la alimentación son considerados relevantes en el 86%, la obesidad en adultos y niños en el 66%. Dentro de la atención a enfermos crónicos se recogían 16 posibles procesos y los enfermeros han considerado como los más relevantes la HTA 63% y diabetes 57%. La Atención domiciliaria a crónicos y ancianos 63% y el control de úlceras por presión 59% son los dos procesos a registrar dentro del apartado atención a dependientes. Los procesos agudos incluían accidentes de todo tipo y en todas las edades y fueron considerados para registrar por un 45% del total de participantes. Ninguno de los ítems incluidos en los apartados de patología infecciosa ni de atención a la mujer fue considerado en más de un 10%.

Conclusiones: Los resultados de esta encuesta muestran que los procesos a registrar por esta Red son aquellos donde la enfermería puede actuar en la prevención y modificación de estilos de vida no saludables, el control de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y en aquellos procesos donde el abordaje de los pacientes puede hacerse de forma individualizada.

468. PROGRAMA DE SALUD DE BARRIOS. UN INSTRUMENTO PARA DISMINUIR DESIGUALDADES EN SALUD

F. Güell, A. Dueñas, P. Tabuenca, E. Rojo, A. Nadal, M. Domínguez, A. González, A. Cardona, I. Recasens, et al

Regió Sanitària Barcelona; Ajuntament de Granollers; Ajuntament de Canovelles; Departament de Salut, Institut Català de la Salut; Hospital de Sant Joan de Déu; Benito Menni; Fundació Doctor Robert.

Antecedentes/Objetivos: La Ley de Barrios (02/2004), aprobada por la Generalitat de Catalunya y promovida por la Unión Europea en el marco de la "Urban Community Initiative", cofinancia proyectos municipales de mejora integral de barrios degradados. El "Programa de Salud en los Barrios" del Departamento de Salud (DS) desde el 2005 analiza necesidades y promueve acciones para reducir desigualdades en salud en los barrios incluidos. Objetivo: describir el programa llevado a cabo en los barrios del Congost de Granollers y de la Barriada Nova de Canovelles.

Métodos: Para la identificación de necesidades se constituyó un equipo local (EL). Éste designó a los profesionales sanitarios y sociales de primera línea a participar en grupo nominal (GN) que realizó el análisis y propuesta de acciones. Lo constituyeron profesionales asistenciales del barrio: atención primaria de salud (APS), salud mental y drogodependencias y servicios sociales de atención primaria, y fue guiado por especialistas en metodología cualitativa. El GN propuso, a raíz de los procesos de riesgo para la salud y de los determinantes de las desigualdades, acciones. Éstas se triangulaban con las que ya se estaban desarrollando en el territorio y con las que se proponían desde el mismo DS para la Ley de Barrios. A continuación el EL llevó a cabo una priorización de las actuaciones en base a la importancia del problema y a la factibilidad organizativa y de recursos de cada actuación.

Resultados: Los principales problemas detectados fueron relativos a la coordinación entre servicios asistenciales en la atención a inmigrantes, gente mayor con fragilidad y jóvenes con consumo de drogas y problemas de salud mental. Las actividades desarrolladas fueron: a) elaboración de una guía de recursos y servicios sanitarios y sociales b) coordinación entre los servicios de APS y el Plan Municipal de Acogida al inmigrante c) cruce de la información sobre población frágil registrada por parte de los profesionales de APS y de atención primaria social d) elaboración de un protocolo entre el centro de salud mental infante-juvenil, el centro de atención a las drogodependencias y el técnico de prevención de drogas del Ayuntamiento.

Conclusiones: La dinámica de colaboración que se ha iniciado ha permitido mejorar la coordinación entre los agentes comunitarios. La metodología cualitativa utilizada ha permitido hacer una identificación, priorización y implementación de las actuaciones desde el territorio y para el territorio con una mayor implicación local. Se ha evidenciado como forma de corresponsabilización en la planificación.

179. VARIABILIDAD GEOGRÁFICA EN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR CÁNCER DE ESTÓMAGO EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA 2005-2008

M.L. Compés, I. Aguilar, C. Feja, F. Arribas, M.C. Martos

DG Salud Pública Gobierno de Aragón; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; DG Planificación Gobierno de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: Conocer la variabilidad geográfica en ingresos por cáncer de estómago en los residentes en la provincia de Zaragoza en el periodo 2005-2008 e identificar su asociación con factores socioeconómicos.

Métodos: Del Conjunto Mínimo Básico de Datos se obtuvieron para los años 2005-2008 las altas hospitalarias residentes en Zaragoza en las que en alguno de los diagnósticos incluía el código 151 de la Clasificación Internacional de enfermedades 9.^a revisión, MC (neoplasia maligna de estómago). Después de cruzar con la base de datos de Tarjeta Sanitaria, se seleccionó la primera alta por esta causa. La unidad de análisis para Zaragoza capital (ZC) fue la sección censal (SC) y para el resto de la provincia, el municipio (M). Para cada SC y M se obtuvo la Razón de Morbilidad Estandarizada (RME), utilizando como estándar las tasas de morbilidad de la provincia de Zaragoza por sexos. Las RME fueron ajustadas por un modelo GLMM bayesiano

que recoge la heterogeneidad espacial. Para cada unidad geográfica se utilizó el índice de privación propuesto en el proyecto MEDEA y para el resto de la provincia, además, el índice de ruralidad propuesto por Ocaña. Ambos índices se incluyeron en el modelo discretizados en cuartiles. El análisis se realizó en hombres y mujeres por separado.

Resultados: Se identificaron 843 pacientes. Se observó en Zaragoza capital tanto para varones como para mujeres Riesgos Relativos Suavizados (RRS) elevados en las SC más periféricas. En los municipios del resto de la provincia se observan en varones RRS elevados en el norte y este de la provincia, sin embargo en mujeres se observan RRS elevados en el suroeste de la provincia. La variabilidad geográfica de Zaragoza capital en varones puede ser explicada, al menos en parte, por el índice de privación utilizado, ya que las SC que estaban en el cuartil superior (mayor índice de privación) el riesgo fue 1,5 (1,1-2,1), comparadas con el cuartil inferior. Esta asociación con el índice de privación no se ha encontrado en mujeres ni en el resto de la provincia, tampoco se ha encontrado asociación con el índice de ruralidad.

Conclusiones: Se ha encontrado variabilidad geográfica en la morbilidad hospitalaria por cáncer de estómago en Zaragoza. Esta variabilidad podría ser explicada en parte por desigualdades socioeconómicas en Zaragoza capital en varones. Sin embargo, en mujeres y en el resto de municipios de la provincia, en que el número de casos es menor, no se ha encontrado asociación significativa con los índices utilizados.

69. DIFERENCIAS EN EL PERFIL DE UTILIZACIÓN HOSPITALARIA SEGÚN PAÍS DE ORIGEN. ARAGÓN, 2004-2007

W. Ben Cheikh, J.M. Abad Díez, F. Arribas Monzón, M.J. Rabanaque, E. Andres, M.J. Abad Subirón

Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Aragón; DG Planificación y Aseguramiento, Gobierno de Aragón; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del estudio es comparar el perfil de utilización hospitalaria de la población inmigrante en comparación con la población autóctona, durante el periodo 2004-2007.

Métodos: Se analizaron las altas del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta hospitalaria en los nueve hospitales públicos de atención de agudos de la Comunidad Autónoma de Aragón, entre 2004 y 2007. La identificación de la nacionalidad y país de origen de los pacientes se realizó a partir del cruce con la Base de Datos de Usuarios. Se agruparon los pacientes inmigrantes en 7 grupos según país de origen: Europa no UE, América del Sur, Magreb, África Subsahariana, Asia, Países de Renta Alta, e inmigrantes nacidos en España. Se comparan, según el país de origen, las características demográficas, las tasas de utilización hospitalaria y el diagnóstico principal según la CIE-9-MC. Se calcularon las tasas de utilización crudas y específicas por edad y por sexo y las tasas ajustadas. Para la estimación de la razón de tasas de utilización y sus intervalos de confianza al 95%, de la población inmigrante respecto a la población autóctona, se utilizó la regresión de Poisson. La edad se categorizó en el modelo en 8 grupos: 0-5, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, y 65 y más años.

Resultados: La tasa de utilización fue siempre menor en la población inmigrante, excepto en el grupo de edad entre 15 y 24 años (RR = 1,9, IC: 1,8-2). Analizando por país de origen, la razón de tasas de utilización de los varones inmigrantes fue siempre menor de 1 en todos los grupos de países. Entre las mujeres, las inmigrantes procedentes del Magreb, África Subsahariana y Asia presentaron una RR superior a 1 (RR = 1,8, 2,0 y 1,4 respectivamente). Por grupos de diagnóstico, la razón de tasas de los varones inmigrantes, fue siempre

menor de 1 en todos los grupos, excepto en enfermedades infecciosas y parasitarias, anomalías congénitas, y ciertas enfermedades con origen en el periodo prenatal. La razón de tasas de las mujeres inmigrantes fue superior de 1 en los siguientes grupos de diagnósticos: enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades del aparato genitourinario y embarazo, parto y puerperio (RR ajustadas = 1,2, 1,1, 1,3 y 1,5 respectivamente).

Conclusiones: El análisis de las altas hospitalarias de población inmigrante en nuestra Comunidad autónoma, refleja una menor intensidad de consumo de recursos hospitalarios por parte de la población inmigrante y la existencia de diferencias significativas en el nivel de utilización según país de origen, y en el perfil de morbilidad entre inmigrantes y autóctonos.

181. EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN CATALUÑA DURANTE EL PERIODO 2001-2007

F. Vergara, J.J. Coll, A. Freitas, R. Puig, S. Cruz, R. Gisbert

Servei Informació i Estudis, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La optimización de los recursos sanitarios es uno de los objetivos principales para reducir el gasto sanitario. La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un modelo de asistencia quirúrgica que implica un periodo de corta estancia hospitalaria sin pernoctación permitiendo reducir costes. El objetivo de este estudio es describir la evolución de la CMA en Cataluña durante el periodo 2001-2007 y compararlo con la actividad del servicio de cirugía con hospitalización.

Métodos: Los datos proceden de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI) de Cataluña basada en la estructura, dotación y actividad del conjunto de centros hospitalarios correspondientes al intervalo 2001-2007 (datos provisionales para el 2007). Se analizan los siguientes indicadores de actividad para cirugía sin hospitalización: CMA, resto de intervenciones ambulatorias por 1000 habitantes. Para la cirugía con hospitalización: intervenciones quirúrgicas, camas en funcionamiento, altas por 1000 habitantes y estancia media. Se evalúa la tendencia de los indicadores en el periodo estudiado mediante el coeficiente de correlación de Spearman y la magnitud de esta tendencia mediante el porcentaje de cambio del 2001 al 2007 $PC = (I2007 - I2001 / I2001) * 100$. Se realiza el análisis para el total de Cataluña, por provincias y por pertenencia a la red hospitalaria pública.

Resultados: En el periodo 2001-2007 se observa un aumento de la actividad CMA de un 46,72% y del resto de intervenciones ambulatorias en un 26,32%, así como una disminución progresiva de la actividad en el servicio de cirugía (10,22% actos quirúrgicos con hospitalización, 18,23% en camas en funcionamiento, 12,61% en altas, 8,68% en la estancia media). En la distribución por provincias de la actividad CMA, Tarragona es la que más ha aumentado, en un 135,25% junto con Gerona 56,03%, le siguen Lérida (49,44%) y Barcelona (43,19%). El número de intervenciones de CMA respecto al 2001 se ha incrementado más en los hospitales de la red hospitalaria pública (76,08%) que en los privados (29,38%).

Conclusiones: Se evidencia un claro aumento de la actividad de cirugía mayor ambulatoria en los hospitales de Cataluña, tanto en hospitales públicos como en privados, y una disminución de la actividad en los servicios de cirugía con hospitalización.

289. CARACTERIZACIÓN Y PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MANEJO DE EPISODIOS DE NEOPLASIA DE MAMA FEMENINA EN HOSPITALES PÚBLICOS DE ARAGÓN EN 2008

F. Arribas Monzón, J.M. Abad Díez, Y. Castán Ruiz, J. Beltrán Peribáñez

Departamento Salud y Consumo; DG Planificación y Aseguramiento; Servicio de Evaluación, Acreditación y Calidad.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del estudio es conocer las características de las neoplasias de la mama femenina (cm) atendidas en hospitales públicos de Aragón en 2008 y los procedimientos realizados. Este conocimiento ayudará a planificar la implantación del proceso asistencial de cáncer de mama.

Métodos: Incluimos todas las altas producidas en hospitales públicos, con diagnóstico principal de cm (CIE 9 MC: 174-174.9), registradas en el CMBD Aragón 2008. Variables estudiadas: hospital, edad, motivo de ingreso y alta, estancias, diagnósticos, procedimientos. Análisis descriptivo y comparación de medias y proporciones.

Resultados: Analizamos 783 episodios con diagnóstico principal de cm. La edad media fue de 60 años (mediana: 59, rango 27-94). El 31% se asignaron a cm sin especificar sublocalización, 24% en cuadrante superior exterior, 23,7% cm de otros sitios y 7,2% a cm cuadrante superior interior. Los cuadrantes inferiores y el pezón-areola fueron zonas menos afectadas. La estancia media (EM) global fue de 5,3 días (mediana = 4, máxima 49 días). La EM variaba según localización del tumor, 4,6 en cm superior-externo, 6 días en cm pezón-areola, y 8 días si había prolongación axilar. La EM varió entre centros (4,7 a 9,7 días). Un 92,7% (726 casos) fueron intervenidos quirúrgicamente. En el 82% de ellos se realizó incisión de estructuras linfáticas (CIE: 40.x). En el 72,72% se extirpa ganglio linfático (CIE 40.23 y 40.51), en el 30,30% ganglio centinela (CIEs: 40.23+92.16), y en el 28,37% extirpación radical. La biopsia de mama (CIEs: 85.11, 85.12) estuvo registrada en el 6,61%. Procedimientos quirúrgicos parciales (no radicales) sobre mama constaban en el 61,99% (CIEs: 85.2x, 85.3x), las mastectomías simples-ampliada-radical (CIEs 85.4x) se practicaron en el 37,19%. Se ha realizado algún tipo de reconstrucción mamaria simultánea (implantes, injertos) en un 11,98%. Mastectomía subcutánea unilateral con implantación simultánea en 2,20% de las pacientes, y reconstrucción total de la mama intraoperatoria en 3 casos (0,41%). Hubo 12 reconstrucciones de mama diferidas (V51, V58.7) Procedimientos diagnósticos frecuentes fueron: gammagrafía linfática (21%), otra mamografía 8% y biopsia linfática 6%.

Conclusiones: El tratamiento del cm de pacientes atendidos en 2008 en hospitales públicos, es mayoritariamente quirúrgico, 62% cirugía conservadora. Hay variabilidad entre centros en la EM. El análisis del proceso de cáncer de mama a través del CMBD es parcial.

93. CIRUGÍA AL FINAL DE LA VIDA EN PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB ESPORÁDICA Y CONTROLES

I. Mahillo-Fernández, J. de Pedro-Cuesta, Á. Siden, M. Cruz, H. Laursen, K. Mølbak, G. Falkenhörst, J. Almazán, P. Martínez-Martín

Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Salud Carlos III; CIBERNED; Instituto Karolinska; Statens Serum Institut.

Antecedentes/Objetivos: La prevención en la transmisión quirúrgica de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica (ECJe) pasa por identificar los factores de riesgo, casos primarios, aspectos relativos a la contaminación del instrumental quirúrgico y puntos susceptibles a la infección por priones, y diseñar estrategias preventivas basadas en: 1) evitar la cirugía potencialmente contaminante y 2)

mejorar la descontaminación del instrumental. El objetivo de este estudio es describir la cirugía acontecida en momentos tardíos de la vida de los enfermos e identificar predictores de la cirugía en individuos con ECJe potencialmente contaminante.

Métodos: Datos de los Registros Nacionales de Altas Hospitalarias sueco y danés para 167 casos de ECJe confirmados o probables y 3.059 controles seleccionados aleatoriamente de la población residente al año de la muerte de los casos, 835 apareados por sexo, edad y lugar de residencia a la muerte del caso, y 2.224 no apareados. La cirugía se clasificó por grupos anatómicos utilizando las clasificaciones nacionales de procedimientos quirúrgicos y fue asignada a diferentes periodos en la vida de los individuos. Se analizó la cirugía realizada en periodos de vida desde un año antes del comienzo clínico hasta la muerte en los casos y las correspondientes fechas índice en los controles, para ello se utilizaron modelos de regresión logística.

Resultados: Se estudiaron un total de 3.350 procedimientos quirúrgicos correspondientes a 1.936 altas. Las asociaciones significativas que se obtuvieron con ambos tipos de controles eran similares. Concretamente, al comparar con controles no apareados los procedimientos significativamente más practicados en los casos fueron: 1) en el año previo al comienzo clínico, los relativos a cirugía menor OR (IC 95%) 11,53 (3,59-37,0), 2) durante el curso clínico, los correspondientes a cirugía de sistema nervioso, digestivo y cirugía menor OR (IC 95%) 12,78 (1,43-114,1), 4,51 (1,72-11,9) y 121,5 (24,7-599,4), y 3) en ambos periodos conjuntamente, los relativos a cirugía de sistema digestivo y cirugía menor y como nuevo dato, OR (IC 95%) 2,36 (1,08-5,16), las endoscopias.

Conclusiones: Estos resultados junto con otros de recientes publicaciones sugieren que la cirugía en Suecia y Dinamarca está asociada con la ECJe, tanto aquella realizada en momentos tempranos de la vida, a 20 o más años del comienzo clínico, constituyendo un factor de riesgo para la adquisición de la enfermedad, como la llevada a cabo en momentos previos al comienzo o durante el curso clínico, actuando únicamente como mecanismo contaminante del instrumental quirúrgico.

498. TELEDERMATOLOGÍA COMO SCREENING DE CÁNCER DE PIEL EN ATENCIÓN PRIMARIA

P. Cabezas Saura, F.J. Pérez Gálvez, P.B. Cabezas Saura, J.L. Camacho Ibáñez, C. Sampedro Abascal, A. Velardo Hernández

Hospital de Osuna; Distrito Sanitario AP Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar, en términos de efectividad, validez y precisión, el sistema Store-and-Forward como screening de cáncer de piel entre Atención Primaria (AP) y especializada (AE) frente al diagnóstico clínico-dermatoscópico y anatomopatológico (DC-DAP) como gold estándar.

Métodos: Estudio de validez interna, valores predictivos y concordancia entre diagnósticos de un centro de salud urbano y dermatólogo de referencia. Se analizaron teleconsultas del año 2007 para lesiones sospechosas de malignidad (no pigmentadas de novo, persistentes tipo papuloso-nodular, queratósicas-ulceradas y pigmentadas con criterios ABCD). De 105 pacientes 31 precisaron DCDAP (29,52%, IC 95% 21,02%-39,22%). Se calcula en ambos niveles (AP-AE): sensibilidad (S.) y especificidad (E.), curvas ROC, valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN) y global (VPG), e índice Kappa (κ) para ambas concordancias de AP y AE, con ponderación lineal (PL) y cuadrática (PC), que discrimina entre lesiones con potencial malignidad, y test de comparación de proporciones (TCP), a nivel de significación estadística $p < 0,05$, e intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Resultados: Del total 62 eran mujeres (59,05%, IC 95% 49,02%-68,55%), y edad media de 49,85 años (IC 95% 46,43-53,27). Para una prevalencia encontrada de lesiones malignas y premalignas de 19

por 10000 h. con un nivel de confianza del 95%, la precisión de la muestra es de $\pm 7,5\%$ (error absoluto). Para AP Vs DCDAP: S. = 0,894 (IC 95% 0,808-0,950), E. = 0,250 (IC 95% 0,087-0,491), curva ROC AUC = 0,572 no estadísticamente significativo (NES) ($p = 0,317$) (IC 95% 0,424-0,720), VPP = 0,357 (IC 95% 0,128-0,649), VPN = 0,835 (IC 95% 0,743-0,905) VPG = 0,771 (IC 95% 0,679-0,848), el nivel de concordancia (NC) con PL: 81,19%, $\kappa = 0,25$, $p < 0,0001$ (IC 95% 0,08-0,41), y PC: 88,75%, $\kappa = 0,10$ NES ($p = 0,28017$) (IC 95% -0,18-0,38). Para AE Vs DCDAP: S. = 0,953 (IC 95% 0,884-0,987), E. = 0,550 (IC 95% 0,315-0,769), curva ROC AUC = 0,751, $p < 0,001$ (IC 95% 0,611-0,892), VPP = 0,733 (IC 95% 0,449-0,922), VPN = 0,900 (IC 95% 0,817-0,953), VPG = 0,876 (IC 95% 0,798-0,932), el NC con PL: 90,95%, $\kappa = 0,67$, $p < 0,00001$ (IC 95% 0,52-0,83). La PC: 92,86%, $\kappa = 0,51$, y $p < 0,00001$ (IC 95% 0,25-0,78). El TCP entre concordancias fue NES: PL $p = 0,046248$ (diferencia 9,76% IC 95% 0,26%-19,26%), PC $p = 0,314529$ (diferencia 4,11% IC 95% -3,88%-12,10%). Aplicando un criterio de pruebas en serie, ya que el diagnóstico de caso requiere resultado positivo en cada una de las pruebas: S. = $0,894 \times 0,953 = 0,852$ y E. = $0,250 + 0,550 - 0,250 \times 0,550 = 0,663$.

Conclusiones: La teledermatología se muestra efectiva, con validez y precisión deseables en el screening de cáncer de piel en AP, con diferencia de concordancias entre niveles asistenciales no significativa.

47. UTILIDAD DE LOS GRD COMO AJUSTE DE RIESGOS EN LA EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

J. Beltrán Peribáñez, J.M. Abad Diez, F. Arribas Monzón, A.I. Regalado Iturri

Dirección General de Planificación. Departamento de Salud. Gobierno de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar los GRD como herramienta de ajuste de riesgos en la evaluación de la asistencia sanitaria de artroplastia de cadera (AC).

Métodos: Estudio transversal. Población: altas hospitalarias, financiación pública, en 2007, cuyos procedimientos sean AC (códigos CIE-9 MC: 81.51 al 81.53) Variables (v) de análisis: v. resultado: estancia media (días), v. explicativas: edad (años), sexo, diagnóstico principal, secundarios, tipos de pacientes, ajuste de riesgos (GRD AP 21), hospital Fuentes: CMBD Aragón Test: t Student, correlación lineal, K. Wallis, regresión lineal.

Resultados: Se realizaron 1.386 intervenciones de AC, edad media 73,8. Las mujeres fueron 814 (58%), de mayor edad media (77), mayor estancia media (14,99) que los hombres ($n = 572$, edad 69,3, estancia 12,88) Al analizar los diagnósticos principales observamos dos tipos de pacientes: Diagnóstico principal artrosis $n = 667$, 339 hombres, 250 mujeres Fractura de cadera $n = 570$, 121 hombres, 450 mujeres Los GRD más frecuentes son el 817, 818 y 558 GRD 818 Sustitución de cadera sin complicaciones, el más numeroso $n = 1150$, 455 hombres, 695 mujeres, se compone de un 51,41% de pacientes de artrosis y 48,03% de fractura de cadera. La edad media es 73,52, estancia media 12,59 GRD 817 Sustitución de caderas por complicaciones, son pacientes con revisión de cadera $n = 74$, 39 hombres, 35 mujeres, edad media 72,9, estancia media 18,28 GRD 558 Procedimiento quirúrgico mayor con complicación mayor, son 110, 37,25% son pacientes con artrosis y 53,92% pacientes con fractura de cadera. La edad media (78,26) y las estancias medias (23,26) son mayores Encontramos diferencias en la estancia media por hospitales, ajustando por GRD. Pero también en la distribución por tipo de pacientes entre los hospitales. El análisis por tipos de pacientes muestra que los pacientes de artrosis son más jóvenes (68,37) y tienen menores estancias (9,83) que el grupo de fractura El análisis de regresión lineal, incluye las variables edad, sexo, GRD/tipo de paciente y hospital como

explicativos de la variabilidad de la estancia ($p < 0,05$). Al realizar este análisis desagregado por tipo de paciente (artrosis/fractura), los modelos varían, quedando la variable sexo fuera del modelo en los dos grupos, la edad sólo en el grupo de fractura, y el hospital en ambos.

Conclusiones: Los pacientes intervenidos de AC se dividen dos grupos clínicos diferenciados, aquellos con artrosis y los de fractura de cadera Los GRD en este tipo de pacientes se muestran como un sistema que no diferencia entre grupos clínicos mostrando una importante variabilidad interna en estancias medias, al menos en el GRD 818. No permiten un suficiente ajuste para el análisis de indicadores en estos pacientes.

50. CONTABILIDAD ANALÍTICA: SU APLICACIÓN EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA

F. Castaño Lasaosa, E. Rubio Aranda, R. Magallón, E. Trillo, J.I. Castaño Lasaosa

Hospital de Alcañiz; Universidad de Zaragoza; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: El crecimiento del gasto sanitario requiere homogeneizar las políticas sanitarias. La falta de relación entre gasto sanitario y resultado en salud es preocupante y refleja problemas de estructura, financiación y gestión del sistema sanitario. Analizar esta problemática es complejo por: la falta de comparabilidad de datos, homologación en las definiciones, ausencia de formatos normalizados y dificultad para medir producto. La posibilidad de utilizar sistemas estandarizados de coste por proceso, puede contribuir a normalizar patrones de referencia para mejorar y comparar la gestión económica de los servicios sanitarios. Objetivo: Analizar el efecto que sobre la medición del coste de los servicios, origina la carencia de un sistema analítico normalizado de imputación de costes.

Métodos: Analizar el sistema de medida del producto y de estructura de análisis de costes basado en coste por servicio en un hospital comarcal. La variable resultado es el coste por producto, tanto en servicios intermedios como finales. Se valoran otros métodos de distribución de costes hospitalarios y su repercusión en el consumo de recursos asignados a procesos. También se evalúa la variabilidad introducida en el coste por Grupos Relacionados con Diagnóstico (GRD), tanto por pesos relativos como por estancia media. Se recoge la equivalencia en UBAs (Unidad Básica de Asistencia), de la actividad producida por los diferentes Servicios del Hospital. Se comparan nuestros datos con otros hospitales.

Resultados: Total anual de 44.218 estancias y 6.625 altas. Mayor número de estancias hospitalarias, Medicina Interna con 13.579 y Hematología el que menos con 720. Estancia media mayor (Cirugía General) de 10,6 días y menor ORL, con 3,1 días. 27.065 primeras consultas y 57.980 sucesivas. Categorías Diagnósticas Mayores más frecuentes: digestivo, embarazo, parto-puerperio y sistema respiratorio. El índice case-mix del Hospital es 0,945. Número total de UBAs, 82.516: hospitalización, consultas primeras, sucesivas y urgencias. Los Servicios Funcionales con mayores UBAs son Medicina Interna, Cirugía y Traumatología y los menores: Oncología, Nefrología y Neurología. Los 25 GRDs más frecuentes suponen 3.118 episodios (47,1%) y 15.782 estancias (35,7%). El 73,8% de la actividad medida en UPAs es en hospitalización y el 19,8% en consultas. Coste total hospitalario: 27 millones de euros.

Conclusiones: Se presenta un modelo de análisis de coste por proceso que permite disminuir la arbitrariedad en la elección de criterios de reparto, y de eficiencia relacionando el coste con lo producido. La elaboración de estándares por comparación sólo es posible entre hospitales comparables y que utilicen una metodología común.

PÓSTERES III

Viernes, 30 de octubre de 2009. 12:30 a 13:30 h

Sala: Exposiciones

Metodología

Moderadora: Imma Cortés Franch

486. AJUSTE POR COVARIABLES DE LAS CURVAS ROC

M. López Ratón, C.M. Cadarso Suárez

Universidad de Santiago de Compostela.

Antecedentes/Objetivos: La capacidad de un biomarcador diagnóstico continuo para distinguir entre sanos y enfermos a menudo se mide mediante la curva ROC. Un individuo se clasifica como enfermo (positivo) si el valor del marcador para ese sujeto es mayor que un punto de corte elegido. Asociada con cada valor de corte está la probabilidad de un verdadero positivo (sensibilidad) y la de un verdadero negativo (especificidad). La curva ROC se define como la gráfica de Sensibilidad en función de 1 - Especificidad para todos los posibles puntos de corte y se estima a partir de muestras del marcador para las poblaciones de enfermos y sanos. Esta capacidad de discriminación puede verse influenciada por covariables, tales como la edad, el estado de salud o el sexo. El objetivo fue evaluar esta influencia sobre la curva ROC y sobre índices cuantitativos que resumen la eficacia del marcador como el área bajo la curva ROC (AUC) o el índice de Youden, asumiendo normalidad de los valores del marcador (Faraggi. *The Statistician* 2003;52:179-92).

Métodos: Se consideró el conjunto de datos para el marcador de la diabetes discutido por Smith y Thompson (1996) que consistió en las mediciones de la glucosa en sangre mediante un pinchazo en el dedo de 286 sujetos. Para asumir normalidad se aplicó a los valores del marcador una transformación Box-Cox con potencia $-1/2$. Se describió un método muy simple para ajustar la curva ROC basado en modelos de regresión lineales asumiendo que el marcador en la población sana puede describirse como función de la covariable edad. A partir de las estimaciones mínimo-cuadráticas de los parámetros se ajustaron las curvas ROC para las edades 20, 50 y 80 años que reflejan el mínimo, el máximo y la media de las edades en los datos. Se estimaron también el AUC y el YI en función de la edad, con sus IC (95%) para mostrar la variabilidad de las estimaciones.

Resultados: Ignorando el efecto de la edad, pero asumiendo normalidad para los valores transformados del marcador, la curva ROC estimada está por encima de la línea diagonal, indicando una alta potencia de discriminación del marcador, también reflejado en los elevados valores del AUC y del YI. El p correspondiente a testear la hipótesis de la importancia de la edad en la población sana mostró un claro efecto de la edad. Las curvas ROC ajustadas indicaron que para la edad de 20 años, la potencia de discriminación del marcador es más elevada que sin tener en cuenta la edad, mientras que para la de 80 años es sustancialmente menor.

Conclusiones: La discriminación entre sanos y enfermos mediante el marcador estudiado de la diabetes, es mucho mejor para sujetos jóvenes. Los marcadores diagnósticos que se utilizan para calcular las curvas ROC a menudo están sujetos a los efectos de covariables y si no se tienen en cuenta se pueden obtener conclusiones erróneas.

469. MODELOS ESTADÍSTICOS PARA ESTIMAR LA CARGA DE ENFERMEDAD EN GRIPE

T. López Cuadrado, S. de Mateo, S. Jiménez-Jorge, A. Larrauri

Centro Nacional de Epidemiología; ISCIII; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La gripe se considera responsable de una carga importante de hospitalizaciones y muertes, especialmente en personas de edad avanzada y con alto riesgo. La estimación de los excesos de esta carga asociada a gripe puede ser compleja ya que la circulación del virus de la gripe (VG) suele solaparse con la de otros virus respiratorios, como el virus respiratorio sincitial (VRS). Aparte de los métodos de diferencia de tasas, existen otras técnicas estadísticas más complejas y precisas que permiten además incluir co-variables. El objetivo de este trabajo es comparar dos métodos estadísticos, el modelo lineal generalizado (GLM) y el modelo de Serfling, en la detección de mortalidad atribuible a gripe en España durante 2000-2005.

Métodos: Se estudió la mortalidad atribuible a gripe en España en el periodo 2000-2005. La información de la circulación de VG se obtuvo del Sistema de Vigilancia de la Gripe y la de VRS del Sistema de Información Microbiológica. Los datos de mortalidad para gripe y neumonía (MGN, J10-J18) y para todas las causas procedieron del INE. Modelo 1: modelo (GLM) aditivo, asumiendo que los errores se distribuyen mediante una distribución de Poisson. En el modelo se incluyó como variable respuesta el número semanal de muertes y como covariables el número de aislamientos semanales de VG y VRS, la población y dos variables que reflejan las fluctuaciones anuales. El exceso de muertes atribuibles a gripe fue calculado a partir de la diferencia entre el exceso predicho por el modelo y el predicho cuando se asumió que los aislamientos de VG eran 0. Modelo 2: modelo de regresión Serfling, en el que se quitó previamente la tendencia a la serie y se aplicó un modelo de regresión temporal excluyendo los valores desde diciembre a abril, para cuantificar la mortalidad esperada en ausencia de actividad gripal. Las tasas de exceso de mortalidad semanal fueron calculadas como las tasas de mortalidad observadas menos las esperadas para todas las semanas epidémicas de gripe. El exceso de mortalidad temporal fue calculado como la suma de los excesos de la mortalidad semanal.

Resultados: La mortalidad asociada a la gripe varió según la temporada gripal. Durante el periodo de estudio se estimó una tasa anual para gripe y neumonía de 1,01 (IC95%: 0,03-5,8) y 2,41 (IC95%: 1-5,8) por 100.000 habitantes para el modelo 1 y 2 respectivamente. Las temporadas con más altas tasas en ambos modelos fueron la 2001/2002 y 2004/2005.

Conclusiones: Las estimaciones de la mortalidad asociada a gripe usando los dos métodos han mostrado diferencias en su magnitud, aunque se observó una estrecha correlación positiva entre ambas estimaciones. La mayor especificidad del método GLM que usa datos virológicos da como resultado estimaciones de exceso de carga de enfermedad atribuible a gripe más baja.

14. ELABORACIÓN DE UN MARCO CONCEPTUAL PARA APLICAR LA SIMULACIÓN DE EVENTOS DISCRETOS PARA ESTIMAR LOS RECURSOS NECESARIOS PARA REALIZAR UN PROGRAMA POBLACIONAL DE CRIBADO DEL CÁNCER

M. Comas, R. Román, J. Mar, M. Casamitjana, X. Castells

Hospital del Mar-IMIM, Barcelona; Hospital Alto Deba, Mondragón.

Antecedentes/Objetivos: Algunos tipos de cáncer cumplen los criterios necesarios para que se recomiende su cribado a nivel poblacional. Sin embargo, implementar este tipo de política sanitaria requiere un nivel elevado de utilización de recursos que implica un elevado

coste para el sistema nacional de salud. En un contexto de escasez de recursos, es necesario disponer de evidencias sobre el impacto a largo plazo de iniciar un programa poblacional de cribado del cáncer. El objetivo fue establecer un marco conceptual para estimar los recursos necesarios para iniciar un programa poblacional de cribado de cáncer y estimar su impacto a largo plazo en función del beneficio y la utilización de recursos.

Métodos: Se definió un modelo conceptual siguiendo la metodología de la simulación de eventos discretos. El modelo conceptual incluyó, por un lado, los procesos que se siguen dentro de un programa de cribado y, por otro lado, la historia natural de la enfermedad. Los procesos de un programa de cribado incluyeron: invitación de la población diana, participación y test de cribado, test(s) confirmatorio(s) después de un positivo de cribado, diagnóstico de cáncer y tratamiento del cáncer. La historia natural de la enfermedad incluyó los siguientes estados: libre de cáncer, cáncer pre-clínico (no sintomático), cáncer clínico (o sintomático) y cáncer curado, incluyendo también las recidivas y la muerte. La historia natural de la enfermedad se deberá modelar como tiempo hasta un cambio de estado, y estos estados de salud se tratarán como atributos de los sujetos simulados. De este modo, el estado de salud se tendrá en cuenta a través de todo el proceso de cribado para escoger qué sensibilidades y especificidades de las pruebas de cribado y confirmatorias se tienen que aplicar a cada individuo. También se utilizará el estado de salud para detectar los cánceres de intervalo.

Resultados: Utilizar un modelo de simulación para reproducir un programa poblacional de cribado del cáncer permitirá estimar la cantidad de recursos necesarios para implementar el programa en una población concreta.

Conclusiones: El modelo resultante será aplicable a cánceres para los que se recomienda el cribado poblacional, como el cáncer colorrectal, pero también para explorar cambios en la estrategia de cribado, como ampliar el rango de edad para el cribado del cáncer de mama.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (FIS PI07/90357).

49. INTERACCIÓN ESPACIO-TEMPORAL DE SUICIDIOS EN LA COMARCA DE ANTEQUERA

N. Benítez-Parejo, J.M. Antón San-Martín, E. Perea-Milla, L.M. Pérez-Costilla, Y. de Diego-Otero, R. Comino-Ballesteros, J. Alcalde, A. Jiménez-Puente, F. Rivas-Ruiz

Hospital Costa del Sol; CIBERESP; Hospital Regional Universitario Carlos Haya; Hospital de Antequera; Fundación IMABIS.

Antecedentes/Objetivos: Nuestro objetivo fue investigar la existencia de conglomerados de suicidio en zonas geográficas pequeñas y aisladas dependientes del tiempo, para sustentar la hipótesis del suicidio como evento disparador en la comarca de Antequera.

Métodos: Estudio transversal descriptivo. Se recogieron todos los suicidios de la comarca de Antequera (Málaga) entre 2004-2008. Se calcularon las coordenadas espaciales de los domicilios de los sujetos (Google Earth). Se definió como evento disparador la interacción espacio-temporal de clusters de entre 0-2,5 Km. y 0-1 o 0-2 semanas de lapso temporal. Se comparó con clusters espacio-temporales a escalas superiores (hasta 15 Km. de diámetro y un mes de lapso temporal). El análisis se realizó mediante las K-funciones de Ryley basado en simulaciones de Monte Carlo. Se construyó el estadístico de contraste a partir de los residuos obtenidos en la simulación ($p < 0,05$).

Resultados: Durante el periodo de estudio hubo 96 suicidios de los cuales 19 fueron excluidos (ausencia del domicilio, o fuera de la comarca) con edad media de 59,7 años y 75,6% de varones. Se encontró significación estadística de evento disparador ($P_{.1sem} = 0,0498$, $P_{.2sem} = 0,042$). Al duplicar el diámetro de clusters se perdió la signifi-

ficación al cabo de dos semanas ($P_{.1sem} = 0,05$, $P_{.2sem} = 0,09$). Para conglomerados de tres o más semanas desaparece la interacción ($P_{.2,5Km} = 0,062$, $P_{.5Km} = 0,114$), tampoco se encontró dependencia temporal en clusters con diámetros superiores a 5 Km en intervalos de dos semanas o menos ($P_{.10Km} = 0,126$, $P_{.15Km} = 0,297$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que la propagación de suicidios en comarcas con núcleos de población pequeños y aislados se produce dentro del propio núcleo poblacional sin expandirse a las zonas colindantes y en periodos de a lo sumo dos semanas a partir del evento disparador. En el caso de municipios más grandes como puede ser Antequera, la propagación es dentro del propio barrio.

82. PROCESO DE INTEGRACIÓN Y PERFIL PROFESIONAL Y LABORAL DE LA RED CENTINELA DE ENFERMERÍA DE CASTILLA Y LEÓN

M. Gil Costa, J.E. Lozano Alonso, E.M. Vián González, L. Mateos Baruque

Observatorio de Salud Pública; Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León; Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia.

Antecedentes/Objetivos: Una red centinela es un sistema de información orientado a la vigilancia en Salud Pública e investigación epidemiológica, basado en la colaboración voluntaria de profesionales sanitarios de Atención Primaria, para estudiar la frecuencia de enfermedades y determinantes de salud. Una red centinela sanitaria debe estar compuesta por médicos y pediatras de Atención Primaria, y para muchos de sus objetivos, por el personal de enfermería. La Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (RCSCyL) tiene su origen en la Red de Médicos Centinelas que comenzó en 1989 con 127 médicos de familia añadiéndose en 1991 una muestra de pediatras de Atención Primaria.

Métodos: Entre junio y julio de 2007 al amparo de la Orden SAN/1593/2006, de 13 de octubre, comenzó la integración de los profesionales de enfermería en la RCSCyL, con el siguiente procedimiento: información de la Red, oferta de participación y cumplimentación de una encuesta individualizada sobre actividades y tareas que realizan en su trabajo.

Resultados: Se ofreció participar a los 177 profesionales que cubrían la población de un médico centinela en activo. Aceptó su inclusión en la red el 73%. Complimentaron la encuesta el 82%. La edad media para el conjunto de la red es de 46 años y 8 de cada 10 profesionales son mujeres. El 87% de los encuestados lleva más de 5 años trabajando en Atención Primaria, siendo el medio rural el lugar de trabajo en el 72%. El 49% comparte el cupo de población con un único médico, el 31% con dos médicos y el 20% con tres o más. La población asignada y el horario de consulta coinciden en el 42% con el médico centinela. El 48% dispone siempre de acceso a la historia clínica en el trabajo diario y un 35% casi nunca puede acceder. En un 82% es una historia clínica única con información integrada que maneja tanto el personal médico como enfermería. El 20% de los enfermeros no ha trabajado nunca con herramientas informáticas y el 80% utilizan la historia clínica electrónica y el editor de textos con frecuencia. Menos del 30% declara haber participado en investigación, presentado publicaciones o realizado cursos de investigación. Todos los encuestados manifiestan necesitar algún tipo de formación en el marco de las redes centinela. El 76% demanda formación en informática e investigación y el 61% en estadística.

Conclusiones: Los datos obtenidos indican que no hay diferencias en las respuestas de los profesionales que trabajan en medio rural o urbano. La investigación debe formar parte del trabajo diario de los profesionales sanitarios, pero se necesitan líneas de formación encaminadas a resolver las necesidades formuladas por los encuestados.

229. CALIDAD DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

A. Ortiz, M.L. Gómez Mata, M. Sillero, M. Delgado

Universidad de Jaén; Delegación Provincial de Salud de Jaén; Distrito Sanitario Jaén.

Antecedentes/Objetivos: La revisión sistemática se considera por muchos como la prueba más sólida o 'evidencia' para el estudio de la relación entre una exposición y un efecto. No obstante, varios trabajos documentan que no se cumplen todos los principios que se deben exigir a este tipo de estudios. Nuestro objetivo es valorar la calidad de los metaanálisis en el campo de las enfermedades cardiovasculares.

Métodos: Se han recopilado revisiones sistemáticas con metaanálisis en el campo de las enfermedades cardiovasculares en el periodo 1990-2004. Las bases de datos han sido PubMed y la Cochrane Library. Los criterios de inclusión, aparte de los mencionados, fueron que al menos constara de tres estudios primarios, que se estudiara una asociación y que se pudiera reproducir el metaanálisis. Los protocolos de calidad que se han aplicado han sido el OQAQ (Overview Quality Assessment Questionnaire) y el QUOROM (Quality of Reporting of Metaanalysis). Los evaluadores han sido dos independientes y no enmascarados. En caso de discrepancia entre sus resultados, la respuesta final se alcanzó por consenso o discusión con un tercer evaluador. En el análisis estadístico se halló una puntuación total de calidad. Se evaluó la tendencia en el tiempo de la calidad y las relaciones que mantiene la calidad con características del metaanálisis mediante análisis de la varianza y regresión lineal múltiple.

Resultados: Se han recopilado un total de 551 revisiones sistemáticas, el 63% de países anglosajones, el 36% procedentes de revistas de cardiología y el 15% de la Cochrane Library. El cumplimiento de los criterios OQAQ fue máximo, 97,8% para el 9 (conclusiones apoyadas por los autores) y mínimo, 31% para el 4 (evitar el sesgo en la selección de los estudios). Según OQAQ el 51% tuvieron defectos mínimos. Con arreglo a QUOROM, lo máximo fue resumir los hallazgos claves en la discusión (99,6%) y lo mínimo dar el flujo de los estudios primarios (8%). La puntuación QUOROM mejoró con el tiempo, de 9,6 en 1990-3 a 11,8 tras 2000. Los determinantes independientes de la calidad QUOROM fueron la fecha de publicación, el n.º de autores (peor en las revisiones con 1-2 autores), mayor en la Cochrane Library y en las revistas de mayor factor de impacto, mayor en las revisiones con financiación pública, que especificaban el software usado, en los que la búsqueda de estudios primarios es completa y con evaluación enmascarada de la calidad. El número total de pacientes y tener metodólogos (epidemiólogos o bioestadísticos) en el equipo tuvieron una significación estadística límite.

Conclusiones: Aún hay muchos aspectos de calidad que no se cumplen. Hay aspectos de calidad no incluidos en los protocolos OQAQ y QUOROM que se relacionan con ella.

230. DETERMINANTES DE LA VALORACIÓN DEL SESGO DE PUBLICACIÓN EN METAANÁLISIS EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

A. Ortiz, M. Mariscal, M. Sillero, M.L. Gómez, M. Delgado

Universidad de Jaén; Delegación Provincial de Salud de Jaén; Distrito Sanitario Jaén.

Antecedentes/Objetivos: El sesgo de publicación es una de las amenazas en teoría más graves para la validez de los resultados de una revisión sistemática. Tanto en las escalas QUOROM como MOOSE se recoge que debiera valorarse. A pesar de ello se constata que la mayoría de las revisiones sistemáticas no incluyen ningún procedimiento de valoración. Nuestro objetivo es valorar la frecuencia de

valoración del sesgo de publicación e indagar sobre los posibles determinantes de su estudio.

Métodos: Se han recopilado revisiones sistemáticas con metaanálisis en el campo de las enfermedades cardiovasculares en el periodo 1990-2004. Las bases de datos han sido PubMed y la Cochrane Library. Los criterios de inclusión, aparte de los mencionados, fueron que al menos constara de tres estudios primarios, que se estudiara una asociación y que se pudiera reproducir el metaanálisis. Los protocolos de calidad que se han aplicado han sido el OQAQ (Overview Quality Assessment Questionnaire) y el QUOROM (Quality of Reporting of Metaanalysis). Los evaluadores han sido dos independientes y no enmascarados. En caso de discrepancia entre sus resultados, la respuesta final se alcanzó por consenso o discusión con un tercer evaluador. Los determinantes del estudio de sesgo de publicación se analizaron mediante el RR y su intervalo de confianza del 95%. Los predictores independientes se valoraron mediante regresión logística.

Resultados: Se han recopilado un total de 551 revisiones sistemáticas, el 15% de la Cochrane Library. El sesgo de publicación se valoró en el 27,7% de los trabajos, mejoró con el tiempo, tras 2002 se encuentra en el 35%. Prácticamente en el 50% de los trabajos se utiliza exclusivamente el funnel plot y en un 10% se aplica más de un método para su detección. En los que lo valoran, en el 30% sugiere la presencia del sesgo. Entre los predictores independientes de la valoración del sesgo de publicación se encuentran la fecha de publicación (mayor cuanto más reciente), el tipo de revista (en la Cochrane Library menos y en las de epidemiología más), el número de estudios (de forma lineal directa), y con ciertas características metodológicas: búsqueda completa de estudios, cuando se indica el modelo estadístico de combinación, y cuando hay más de un recolector de datos.

Conclusiones: El sesgo de publicación dista de valorarse en la mayoría de las revisiones sistemáticas y cuando se valora se hace con procedimientos subjetivos, como lo es la interpretación visual de gráficos. Diversas características metodológicas se asocian con su valoración.

431. HETEROGENEIDAD EN LOS METAANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIOS PUBLICADOS EN SALUD MENTAL

L. Olmo-Remesal, E. Martín-Sánchez, J.L. R. Martín

Área de Investigación Clínica; Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM); Área de Investigación Aplicada; Hospital Nacional de Parapléjicos.

Antecedentes/Objetivos: Los metaanálisis de ensayos clínicos aleatorios, basados en la combinación de tamaños de efecto individuales en un tamaño del efecto medio, son los estudios que aportan mayor evidencia. Si el tamaño del efecto final encontrado muestra heterogeneidad inter-estudios, indica que hay variables confusoras o moderadoras que actúan modificando el efecto global encontrado, lo que dificulta la correcta extrapolación de los resultados a la práctica clínica. Objetivo: evaluar el estudio de la heterogeneidad en metaanálisis publicados en salud mental.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura con búsqueda electrónica y manual en las 3 revistas de mayor factor de impacto en salud mental que publican metaanálisis: Arch Gen Psychiatry (FI = 16.0), Am J Psychiatry (9.1), Br J Psychiatry (5.4). Localización de revisiones sistemáticas con meta-análisis de intervenciones preventivas o terapéuticas publicadas en los últimos 11 años y extracción de datos. Evaluación del estudio de la heterogeneidad realizado y resultados reportados, heterogeneidad encontrada, cuantificación y estudio de la causa de la misma. Relación con los resultados de eficacia, efectividad y/o seguridad reportados.

Resultados: Se localizaron 533 revisiones sistemáticas. 25 fueron incluidas, con 50 metaanálisis realizados para la intervención y medida de resultado principales. De estos 50, 4 (8%) no midieron heterogeneidad, concluyendo con resultados estadísticamente significativos a favor de la intervención evaluada. Del resto que realizaron test de heterogeneidad, 15 (30%) reportaron resultados heterogéneos, de los cuales, 5 (33,34%) estudiaron la causa de la heterogeneidad presentando finalmente resultados homogéneos, mientras que el resto, 10 (66,67%), no la estudiaron, dando resultados estadísticamente significativos con conclusiones en dirección favorable a la intervención en estudio en 6 casos, y no estadísticamente significativos en los otros 4. En 3 meta-análisis, indicaron haber medido heterogeneidad, pero no presentan datos de la misma, concluyendo en resultados no estadísticamente significativos en 2 de los casos, y con dirección favorable a la intervención en estudio en el otro.

Conclusiones: Un importante porcentaje de meta-análisis obtienen conclusiones basadas en estudios heterogéneos entre sí, por lo que la interpretación de sus resultados en la práctica clínica podría no seguir la misma dirección que los resultados globales publicados. Los meta-análisis con resultados heterogéneos deben determinar qué variables modifican los resultados y cómo éstos pueden afectar en la práctica clínica.

294. VALIDACIÓN DE QUADOMICS, UNA GUÍA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS BASADOS EN TECNOLOGÍAS “-ÓMICAS”

L.A. Parker, N. Gómez, B. Lumbreras, M. Porta, I. Hernández-Aguado

CIBER Epidemiología y Salud Pública; Departamento de Salud Pública, Universidad Miguel Hernández; Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Las nuevas tecnologías “-ómicas”, como la proteómica o la genómica, han generado expectativas para el desarrollo de nuevas pruebas diagnósticas no invasivas. No obstante, su incorporación a la práctica clínica se ve limitada en parte por deficiencias en la metodología de la investigación. Previamente hemos desarrollado QUADOMICS, una guía para evaluar la calidad de los estudios diagnósticos basados en tecnologías “-ómicas” (Lumbreras et al, Clin Biochem. 2008). Es una modificación de la guía para investigación diagnóstica (QUADAS), e incorpora nuevos ítems específicos para “-ómicas”. El objetivo fue evaluar la reproducibilidad de QUADOMICS mediante su aplicación por triplicado a una muestra de estudios y analizar las deficiencias metodológicas presentes en los artículos evaluados.

Métodos: Para identificar los artículos originales, se efectuó una búsqueda sistemática en Medline mediante términos MeSH como “Sensitivity and Specificity”, “Diagnosis” y “Genomics”. Se incluyeron artículos originales publicados de 2007 a 2009 cuyo objetivo fue evaluar una nueva tecnología “-ómica” de uso diagnóstico y que calcularan un índice de exactitud diagnóstica. De manera independiente, tres investigadores aplicaron QUADOMICS a cada artículo. Las discrepancias fueron resueltas por consenso entre los tres investigadores. Se calculó el porcentaje de acuerdo entre cada investigador y el consenso, así como el valor de la Kappa de Cohen (κ).

Resultados: Se identificaron 21 estudios originales. Los tres investigadores coincidieron con el consenso establecido en un 80,2%, 83,3% y 88,9% de las observaciones (κ de 0,70, 0,74 y 0,83, respectivamente). Considerando cada criterio individualmente, el acuerdo fue menor del 65% en cuatro criterios, por lo que la definición de dichos estándares fue clarificada. La media de cumplimiento de los artículos evaluados fue $7,9 \pm 2,8$ de los 18 criterios considerados en QUADOMICS. En 16 (76,2%) de los artículos evaluados no se consi-

deraban los factores clínicos o fisiológicos del paciente que se somete a la prueba.

Conclusiones: Los 18 criterios incluidos en QUADOMICS son válidos y reproducibles, pero algunos criterios han sido modificados para facilitar su aplicación. En general, la calidad metodológica de los estudios evaluados fue baja.

139. CAUSAS DE DENEGACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA FINANCIACIÓN EXTERNA EN UNA FUNDACIÓN BIOSANITARIA 2006-2008

S. Pérez-Vicente, M. Expósito Ruiz, A.R. González Ramírez, M.M. Rodríguez del Águila, P. Garrido Fernández

FIBAO; Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Antecedentes/Objetivos: Desde Europa se ha apostado fuerte por la ciencia lanzando el VII Programa Marco que presenta un presupuesto de 53.500 millones de €. De este presupuesto 6.150 millones son para investigación en salud. Son cada vez más los centros con personal científico cualificado para la investigación biomédica, con inversiones en I+D, y otros indicadores definidos en el denominado Manual de Frascati. De forma progresiva se ve un mayor interés por presentar proyectos de investigación y eso obliga a presentar proyectos de mayor calidad. Se pretende conocer las causas más frecuentes de denegación de proyectos presentados a convocatorias de ámbito nacional y autonómico.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo de todos los proyectos solicitados a través de la Fundación para la Investigación Biosanitaria Andalucía Oriental (FIBAO) durante el periodo 2006-2008. De ellos se recogen las causas de denegación argumentadas por las propias instituciones convocantes: Importancia del tema/objetivos/metodología/presupuesto/experiencia del equipo investigador. Los proyectos denegados y sus causas fueron obtenidos a partir de la base de datos de la Oficina de Transferencia de Resultados para la Investigación de la FIBAO. Se han eliminado los proyectos destinados a financiar infraestructuras o ayudas de formación. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas y medianas.

Resultados: El número total de proyectos presentados a convocatorias públicas durante el periodo 2006-2008 fue de 781. El porcentaje de denegados en este periodo ha sido del 74,0%, oscilando entre un 69,0% en 2006 y un 81,6% en 2008. Los centros donde menos proyectos se han rechazado son en las Universidades, presentado sólo un 62,5% de denegados en comparación con el 74,4% de los Hospitales y el 73,7% de los Distritos Sanitarios. A nivel nacional el número de proyectos denegados es mayor que en convocatorias autonómicas 81,4% frente a 69,9%, respectivamente. Las causas más frecuentes de denegación son el plan de difusión de los resultados (81,7%), la justificación del estudio (81,0%) y la descripción de las variables y el plan de trabajo (78,9%). A nivel autonómica las causas más frecuentes son la relevancia del tema y aspectos de la metodología mientras que a nivel nacional son el plan de difusión de los resultados y la justificación del tema. El 50% de los proyectos denegados presentan al menos 4 causas para su denegación.

Conclusiones: Las principales causas de denegación, justificación y plan de difusión, requieren una mayor importancia a la hora de ser planteadas y descritas pues es donde se da una clara descripción de la necesidad que tiene la pregunta de investigación por ser resuelta.

Financiación: S. Pérez y M. Expósito disfrutaron de contratos de técnicos de apoyo a la investigación del ISCIII.

PÓSTERES III

Viernes, 30 de octubre de 2009. 12:30 a 13:30 h

Sala: Exposiciones

Salud en el anciano

Moderadora: Carmen Vives Cases

81. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL Y DE LA ESCALA DE SOLEDAD EN ADULTOS CON 60 AÑOS O MÁS NO INSTITUCIONALIZADOS

C. Rodríguez-Blázquez, M.J. Forjaz, A. Ayala, B. Frades-Payo, P. Martínez-Martín, G. Fernández-Mayoralas, F. Rojo-Pérez, en nombre del Grupo Español de Investigación en Calidad de Vida y Envejecimiento

Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII); Escuela Nacional de Sanidad (ISCIII); Instituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC).

Antecedentes/Objetivos: El Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC (DUFSS) (Broadhead et al, 1988), evalúa el apoyo social percibido en las dimensiones confidencial y afectiva. Por su parte, la Escala de Soledad (ES) (De Jong Gierveld y Kamphuis, 1985) evalúa aislamiento social. El objetivo de este estudio es analizar las propiedades psicométricas de ambos instrumentos en adultos con 60 años o más no institucionalizados.

Métodos: Encuesta nacional sobre calidad de vida en 1106 personas con 60 años o más no institucionalizadas (CadeViMa-España). Se recogieron datos socio-demográficos y se utilizaron las siguientes escalas: Personal Well-Being Index (PWI), Hospital Anxiety and Depression Scale, subescala Depresión (HADS-D), Escala de Independencia Funcional (EIF), Índice de Capacidad Funcional de Barthel, y Escala de Comorbilidad. Se analizó la aceptabilidad, consistencia interna, validez interna, convergente y discriminativa, y precisión de DUFSS y ES.

Resultados: La muestra estaba compuesta por un 56,3% de mujeres, y la edad media era de $72,1 \pm 7,8$ años. La puntuación media fue de $21,13 \pm 8,97$ (rango: 11-55) en el DUFSS y de $1,92 \pm 1,83$ (rango: 0-6) en la ES. En ambas escalas, el número de respuestas computables fue superior al 95%. Las puntuaciones de DUFSS y ES mostraron efecto suelo. El alfa de Cronbach fue de 0,95 para DUFSS y de 0,77 para ES, mientras que la correlación ítem-total corregida fue de 0,65-0,84 para DUFSS y de 0,31-0,65 para ES. El análisis factorial identificó un solo factor en el DUFSS y dos factores en la ES (varianza explicada: 66% y 67,7%, respectivamente). Ambos instrumentos mostraron un coeficiente de correlación de 0,58 entre sí. La correlación con la HADS-D fue de 0,38 (DUFSS) y de 0,46 (ES), mientras que la correlación con el PWI fue de -0,39 (DUFSS) y de -0,43 (ES). Las puntuaciones de ambos instrumentos fueron peores en las personas de más edad, con mayor dependencia funcional (EIF), un grado de discapacidad más elevado (Barthel) y mayor número de enfermedades (comorbilidad) (Kruskal-Wallis, $p < 0,01$). El error estándar de la medida fue de 2,19 ($1/2 DE = 4,5$) para DUFSS y de 0,88 ($1/2 DE = 0,92$) para la ES.

Conclusiones: Los resultados de este estudio muestran que tanto el cuestionario DUFSS como la ES son instrumentos aceptables, consistentes, válidos y precisos para medir el nivel de apoyo social y de soledad en población mayor no institucionalizada en España.

Financiación: Ministerio de Educación (PN I+D+i, ref. SEJ2006-15122-C02-01 y SEJ2006-15122-C02-02).

434. FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO FUNCIONAL EN PERSONAS DE 75 O MÁS AÑOS NO DEPENDIENTES

A. Arnau, J. Espauella, M. Serrarols, J. Canudas, M. Ferrer

Althia Xarxa Assitencial de Manresa; Hospital de la Santa Creu de Vic; ABS Vic Sud-CAP El Remei; Institut Municipal d'Investigació Mèdica.

Antecedentes/Objetivos: El estado funcional es uno de los mejores indicadores del estado de salud y la calidad de vida, siendo predictor de morbi-mortalidad y de utilización de recursos sanitarios y sociales en el anciano. Estimar la prevalencia de limitación funcional y de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AVD-I) y Básicas (AVD-B), así como identificar los factores asociados al estado funcional en una población de ancianos de 75 o más años sin dependencia grave.

Métodos: Estudio transversal de base poblacional. Muestra aleatoria ($n = 315$) de personas del Centro de Atención Primaria El Remei (Vic, Osona) sin dependencia grave (Barthel > 20) ni demencia. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, cognitivas y síndromes geriátricos. Se evaluó el estado funcional mediante el test de ejecución de la extremidad inferior de Guralnik, el Índice de AVD-I de Lawton y el índice de AVD-B de Barthel. Se construyó un modelo de regresión lineal múltiple para cada variable funcional.

Resultados: La edad media fue de 81,9 años (DE 4,9) con un 60,6% de mujeres. Un 30,5% (IC95%: 25,4-35,9) de los ancianos presentaba limitación funcional de la extremidad inferior, un 45,4% (IC95%: 39,8-51,1) presentaba dependencia para alguna de las cinco AVD-I evaluadas con el Índice de Lawton y un 14,6% (IC95%: 10,9-19,0) para alguna AVD-B del Índice de Barthel. La prevalencia de limitación funcional de la extremidad inferior y de dependencia para las AVD-B fue superior en las mujeres que en los hombres. La prevalencia de limitación funcional y de dependencia para las AVD-I y las AVD-B fue superior en el grupo de 85 y más años en relación con el de 75 a 84 años. En el análisis multivariante, los factores asociados de forma estadísticamente significativa al estado funcional de la extremidad inferior (test de ejecución de Guralnik) fueron el estado civil, el índice de masa corporal, el número de fármacos, la agudeza visual y la auditiva ($R^2 = 0,208$). Las variables asociadas al Índice de Lawton fueron la edad, el estado cognitivo, la agudeza visual, la agudeza auditiva y el estado funcional de la extremidad inferior ($R^2 = 0,434$). Las variables asociadas al Índice de Barthel fueron la edad, el sexo, la percepción subjetiva del estado de salud y el estado funcional de la extremidad inferior ($R^2 = 0,389$).

Conclusiones: Se observa una elevada prevalencia de dependencia para las AVD-I en las personas de 75 o más años sin dependencia grave. Los factores asociados al estado funcional diferían según si utilizábamos un instrumento que evaluase limitación funcional inicial como el test de ejecución de Guralnik o más avanzada como el Índice de Barthel.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (PI042370) y de los Fondos Europeos de Desarrollo Regional.

214. VARIABILIDAD DE LOS REINGRESOS POR ÁREA SANITARIA EN PERSONAS ≥ 75 AÑOS EN GALICIA EN EL AÑO 2006

M. López Ratón, T. Queiro Verdes, M.X. Rodríguez Álvarez, C.M. Cadarso Suárez, T. Cerdá Mota

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; Avalia-T; Universidad de Santiago de Compostela.

Antecedentes/Objetivos: En pacientes de edad avanzada, a las elevadas tasas de altas hospitalarias, les sigue un alto número de reingresos. Existe incertidumbre sobre el valor de los reingresos como indicador de calidad asistencial, ya que los pacientes de cada hospital

tienen una probabilidad determinada de reingresar que depende de sus características o del proceso asistencial que reciben. El objetivo fue analizar la variabilidad de las tasas de reingresos hospitalarios, según el área sanitaria, en la población ≥ 75 años en Galicia.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo en los hospitales de 14 áreas sanitarias del Servicio Galego de Saúde. Fuente de información: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria de la Consellería de Sanidade de Galicia (CMBD). Se seleccionaron los pacientes ≥ 75 años dados de alta vivos en el año 2006, sin ingresos en el año previo, y se identificaron los que presentaron un nuevo ingreso en los 6 meses siguientes al primer episodio. Se calcularon tasas estandarizadas por edad y sexo y las razones de incidencia estandarizada (RIEs) de reingresos en cada área sanitaria. La edad se agrupó en tres tramos (75-79, 80-84 y ≥ 85 años), la pirámide de población de referencia en el método directo fue la española (Censo 2001) y en el indirecto la tasa global de reingresos de Galicia. Se obtuvieron estadísticos de variabilidad: razón de variación (RV), coeficientes de variación no ponderado (CV) y ponderado (CVw), componente sistemático de variación (SCV), estadístico de asociación ji-cuadrado y número y% de áreas con RIE inferior o superior en más de un 50% a la media del Servicio Galego de Saúde (Librero et al. VPM Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud 2005;1(1):43-8).

Resultados: Se registraron 31.518 pacientes (45,7% hombres y 54,3% mujeres) ≥ 75 años con un 1.º episodio en 2006 y 7.891 reingresos (3.959 hombres y 3.932 mujeres). La tasa estandarizada por edad y sexo de reingresos en Galicia fue de 266 por 10 000, oscilando entre 182 y 600 en las distintas áreas sanitarias. Las tasas de reingresos fueron más elevadas en hombres que en mujeres. Tres áreas sanitarias (21,4%) tuvieron una RIE de reingresos $\geq 1,5$ y ninguna una RIE $\leq 0,5$. El área sanitaria con la tasa más elevada registró 2,3 veces más reingresos que la media y se obtuvo un CVw del 30%.

Conclusiones: La mayoría de las áreas sanitarias de Galicia presentaron una tasa similar de reingresos en pacientes ≥ 75 años. Aunque solo hubo tres áreas con tasas de reingresos superiores a las esperadas, sería necesario investigar los factores que influyen en esta variabilidad.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) dentro del Plan Nacional de I+D.+I.: PI06/90613.

461. BROTE EPIDÉMICO DE GASTROENTERITIS POR SOSPECHA DE NOROVIRUS EN UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD

D. Almagro Nuevas, M.J. Velasco Rodríguez, C. Del Moral Campaña, M.D. Fernández Rodríguez, E. Cano Granados

Distrito Metropolitano de Granada; Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada; Residencia de Mayores Fonseca.

Antecedentes/Objetivos: El 17 de diciembre de 2008 la médico de una residencia de la tercera edad de Granada notificó la existencia de 15 casos con clínica de diarrea y vómitos y fecha de inicio del primer caso el día 9. Se sospechó un brote de gastroenteritis aguda (GEA) por transmisión de persona a persona y de posible origen vírico. El objetivo es describir la investigación clínica, epidemiológica y microbiológica y analizar las causas y factores predisponentes de la transmisión de un brote de GEA dado en una residencia de la tercera edad en diciembre de 2008.

Métodos: Estudio descriptivo y de cohorte. Se definió como enfermo a cualquier persona residente o trabajadora del centro, que presentó vómitos y/o diarrea y/u otro síntoma de GEA entre los días 13 y 31 de diciembre 2008 y descartando aquellos casos que tuviesen cualquier patología de base que justificara la sintomatología. Como no enfermo se consideró a todo residente o trabajador del centro que no presentó clínica de GEA. Emplazamiento: Residencia de ancianos. Población: De 148 residentes enfermaron 54, de 90 trabajadores 9.

Mediante encuesta epidemiológica se recogieron las variables independientes: características personales (edad, género) tiempo (día de inicio de síntomas y turno) y lugar (tipo de habitación, planta). El periodo de incubación se calculó entre la fecha de inicio de síntomas de enfermos que compartían habitación. Se remitieron 5 muestras de heces para estudio de coprocultivos. Se utilizó los criterios de Kaplan para atribuir la etiología del brote (coprocultivo negativo a enterobacterias, vómitos > 50%, duración de la enfermedad entre 12-60 horas y periodo de incubación entre 24-48 horas). Se realizó tasas de ataque y el cálculo de RR (IC 95%).

Resultados: La tasa de ataque entre los residentes fue de 36,5% y de las trabajadoras 10%. Los síntomas más importantes fueron diarrea (78,4%) y vómitos (60,8%). La tasa de ataque en habitaciones simples fue 31,6% y compartidas 36,7% sin ser esta relación significativa estadísticamente (RR = 0,71, IC95% 0,28-2,23). No se encontró diferencias significativas entre edad, género y plantas. La curva epidémica reflejó un comienzo lento y final suave. El periodo de incubación mediano fue de 24 horas. La duración de la enfermedad fue entre 24-48 horas. Los coprocultivos fueron negativos a bacterias enteropatógenas y rotavirus y adenovirus.

Conclusiones: Se confirma una gastroenteritis con posible mecanismo de transmisión de persona a persona y con una alta probabilidad de que fuese por norovirus al cumplir los criterios de Kaplan. No se encontraron factores de riesgo predisponentes a la enfermedad.

182. EL EFECTO DE LA POSICIÓN SOCIOECONÓMICA A LO LARGO DE LA VIDA SOBRE EL CAMBIO EN LA CALIDAD DE VIDA A LO LARGO DE DOS AÑOS EN ANCIANOS ESPAÑOLES

A. Otero Rodríguez, L.M. León Muñoz, P. Guallar Castellón, F. Rodríguez Artalejo, E. Regidor

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

Antecedentes/Objetivos: Examinar la asociación entre la posición socioeconómica (PSE) a lo largo de la vida y los cambios en los aspectos físicos y mentales de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a lo largo de dos años en ancianos españoles.

Métodos: Cohorte prospectiva de 2.117 personas representativa de la población española de ≥ 60 años. En 2001 se midieron tres indicadores de la PSE en distintas etapas de la vida: ocupación del padre, nivel de estudios alcanzado, y ocupación del cabeza de familia. Se utilizaron dos modelos de la PSE a lo largo de la vida. Primero, el número de desventajas sociales (DS) acumuladas, definidas por la posición más baja en alguno de los tres indicadores. Segundo, la trayectoria de la PSE, combinando la ocupación del padre y la del cabeza de familia: clase social estable y alta (referencia), clase social estable y baja, mejora de la clase social, y reducción de la clase social. El cambio en la CVRS se calculó como la diferencia entre 2001 y 2003 en las puntuaciones de los sumarios físico (SF) y mental (SM) del cuestionario SF-36. Se crearon tres categorías de cambio en la CVRS: deterioro (≤ -5 puntos), no cambio (-5 a +5 puntos, que sirvió de referencia) y mejora ($\geq +5$ puntos). La asociación de interés se resumió con odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza (IC) 95% obtenidos por regresión logística, con ajuste por los principales factores de confusión.

Resultados: Respecto a los sujetos sin DS, los que acumularon tres DS presentaron con más frecuencia deterioro del SF (OR 1,48, IC 95%: 1,02-2,14) y del SM (OR 2,05, IC 95% 1,42-2,97), y también mejora del SM (OR 1,74, IC 95% 1,14-2,65). En cuanto a las trayectorias socioeconómicas, mejorar la clase social se asoció a mayor riesgo de deterioro del SF (OR 1,43, IC 95% 1,01-2,03) y del SM (OR 1,58, IC 95% 1,12-2,23), y también a mayor probabilidad de mejora del SF (OR 1,90, IC 95% 1,21-2,98) y del SM (OR 1,67, IC 95% 1,12-2,48). Además, conti-

nuar en una baja clase social se asoció a mayor riesgo de deterioro del SF (OR 1,63, IC 95% 1,23-2,16) y del SM (OR 1,44, IC 95% 1,09-1,90).

Conclusiones: Los dos modelos de PSE utilizados condujeron a resultados similares. La acumulación de DS y las trayectorias socioeconómicas a lo largo de la vida predicen cambios opuestos en la CVRS. Un mismo nivel de DS o una determinada trayectoria social se asociaron tanto al deterioro como a la mejora de la CVRS. Futuras investigaciones deben identificar los mecanismos de estas asociaciones.

Financiación: Este proyecto se ha financiado en parte con la ayuda FIS 06/0366.

251. LA DURACIÓN HABITUAL DEL SUEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LOS ANCIANOS: UNA COHORTE DE BASE POBLACIONAL EN ESPAÑA

R. Faubel, E. López-García, P. Guallar-Castillón, T. Balboa-Castillo, J.L. Gutiérrez-Fisac, J.R. Banegas, F. Rodríguez-Artalejo

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública; Facultad de Medicina; Universidad Autónoma de Madrid; CIBER en Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Los estudios que han analizado la asociación entre la duración del sueño y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tenían diseño transversal, pequeño tamaño muestral, incluían sólo jóvenes y adultos de edad media, o no ajustaron por los principales factores de confusión. Este estudio examinó, de forma transversal y longitudinal, la relación entre la duración habitual del sueño y la CVRS en los ancianos españoles.

Métodos: Es un estudio prospectivo desde 2001 hasta 2003, realizado en 3834 personas representativas de la población española de 60 y más años. La duración auto-reportada de sueño se registró en 2001, y la CVRS se midió con el cuestionario SF-36 en 2001 y 2003. Los análisis ajustaron por los principales factores de confusión.

Resultados: En comparación con las mujeres que dormían 7 horas, las que tenían duraciones extremas de sueño (≤ 5 o ≥ 10 horas) obtuvieron peores resultados en las escalas de SF-36 en 2001, tanto en aspectos físicos como mentales. Respecto a los hombres, dormir ≤ 5 horas se asoció con peores resultados en la escala del rol físico en 2001. La magnitud de la mayoría de estas asociaciones fue comparable con la reducción en calidad de vida asociada a ser 10 años mayor. La duración de sueño en 2001 no se asoció con cambios en la CVRS de 2001 a 2003.

Conclusiones: Las duraciones de sueño extremas son un marcador de peor CVRS en los ancianos.

Financiación: Este trabajo se ha financiado en parte con la ayuda FIS 06/366.

334. EVOLUCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN DIABÉTICA. PAÍS VASCO, 1997-2007

I. Larrañaga, B. Elizalde, J.M. Begiristain, J. Artieda

Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa.

Antecedentes/Objetivos: La población vasca alcanza una longevidad desconocida en su historia demográfica, con alta prevalencia de problemas crónicos, como la Diabetes Mellitus (DM), en la población mayor. Con frecuencia se cuestiona si las ganancias en esperanza de vida van acompañadas de un aumento de población con buena calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), y se pregunta sobre los factores que la determinan. Analizar desde 1997 a 2002 la evolución del estado de salud y de la CVRS en la población diabética del País Vasco (CAPV) y los factores asociados a la misma.

Métodos: De los datos de las Encuestas de Salud del País Vasco (ESCAV) de los años 1997, 2002 y 2007 se estimó la prevalencia de DM

(ajustada por edad), y se compararon la población con y sin DM según características sociodemográficas, salud percibida, patologías asociadas, obesidad, apoyo afectivo y emocional (cuestionario Duke), y CVRS (cuestionario SF-36). Mediante modelos de regresión logística se analizaron para cada dimensión del SF36 las variables predictoras de mala calidad de vida (inferior a la mediana) en población diabética.

Resultados: La prevalencia de DM aumentó un 22% en 10 años y el incremento fue mayor en la población de nivel socioeconómico más bajo (NSE I-III: 29%) que en los de alto (NSE IV-V: 8%). La discapacidad, la falta de apoyo afectivo y emocional y la percepción de mala salud fueron más frecuentes en la población diabética que en la no diabética. En el periodo estudiado, la prevalencia de las patologías asociadas a la DM aumentó significativamente. La valoración de la CVRS fue significativamente peor en la población con DM que en la no diabética, y las puntuaciones medias mostraron una tendencia al empeoramiento en los años evaluados. Los tamaños de efecto (diferencias en CVRS estandarizadas por edad, sexo y NSE en población con y sin enfermedad) fueron elevadas en las dimensiones físicas y moderadas en las dimensiones psico-emocionales del SF36. En la población diabética, las mujeres puntuaron peor que los hombres, pero en 6 de las 8 dimensiones del SF36 el deterioro en los varones fue mayor que en las mujeres en el periodo estudiado. Según el modelo de regresión, las principales variables asociadas a la CVRS en población diabética fueron la edad, el sexo, las patologías asociadas a la DM y el apoyo emocional y afectivo. El efecto del NSE fue significativo en 2 de las 8 dimensiones del SF36.

Conclusiones: prevenir las complicaciones de la DM y promover redes de apoyo social, especialmente entre las mujeres, en mayores de 65 años y entre los de peor nivel socioeconómico, pueden mejorar la CVRS de la población diabética.

244. LA MEDICIÓN DEL BIENESTAR SUBJETIVO EN POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESPAÑOLA: ANÁLISIS RASCH DEL "PERSONAL WELLBEING INDEX"

A. Ayala, M.J. Forjaz, P. Martínez-Martín, C. Delgado, C. Rodríguez-Blázquez, F. Rojo-Pérez, G. Fernández-Mayoralas, en nombre del Grupo Español de Investigación en Calidad de Vida y Envejecimiento

Escuela Nacional de Sanidad; Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC).

Antecedentes/Objetivos: El Personal Wellbeing Index (PWI) es un instrumento de Calidad de Vida (CdV) que mide el bienestar subjetivo. Contiene 8 ítems de satisfacción con: nivel de vida, salud, logros alcanzados en la vida, relaciones personales, seguridad en sí mismo, pertenencia a una comunidad, seguridad futura, y vida espiritual y creencias religiosas. Se pretende validar la escala en población adulta mayor en España, mediante un modelo concreto de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), el Análisis Rasch.

Métodos: La fuente de información fue una encuesta de CdV (CadeViMa-España), con una muestra representativa a escala nacional con 1.106 adultos mayores de 60 o más años y no institucionalizados. Para este análisis, se seleccionaron, mediante muestreo aleatorio, 300 personas, 8,15 y un 55% de mujeres. Las propiedades \pm con una edad media de 73,22 analizadas mediante el modelo de Rasch fueron el ajuste global al modelo, la ordenación apropiada de las categorías, la unidimensionalidad, las diferencias de los ítems según género y la consistencia interna. Se utilizó el RUMM2020 para analizar los datos.

Resultados: Como el estudio inicial no se ajustó al modelo Rasch, se recodificaron las opciones de respuesta, inicialmente de 0 a 10, obteniendo 7 niveles para todos los ítems. También se eliminaron 23

personas y 3 ítems (1-Nivel de Vida, 2-Salud, 8-Espiritualidad/Religión) con residuos estandarizados altos ($> \pm 2,5$). El análisis Rasch final obtuvo unos estadísticos de ajuste de los residuos de $0,209 \pm 0,990$ ($M \pm DT$) para los ítems, y de $-0,719 \pm 1,447$ para las personas. Se observó un buen ajuste al modelo con una diferencia no significativa ($\chi^2(20) = 16,116$, $p = 0,71$). Se confirma la unidimensionalidad de la escala, sin sesgo por género. La distribución de las puntuaciones dentro de la escala logit fue de $1,043 \pm 2,092$. El modelo presentó buena consistencia interna ($PSI = 0,94$).

Conclusiones: Los ítems 1, 2 y 8 no presentan un buen ajuste al modelo Rasch, aunque estos resultados se deban confirmar en posteriores estudios. Nuestros datos sugieren que la versión española con 5 ítems del PWI y 7 opciones de respuesta, es fiable, unidimensional, sin sesgo de género y con buena validez interna de constructo. Además, proporciona resultados en una verdadera escala lineal de intervalo, lo que permite la utilización de estadísticos no paramétricos en estudios de bienestar subjetivo.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, Ref.: SEPY 1119/07. MEC (PN I+D+i, ref. SEJ2006-15122-C02-01 y SEJ2006-15122-C02-02).

401. VARIABILIDAD INTERCENTROS EN INDICACIÓN DE ARTROPLASTIA DE RODILLA

A. Latorre Ramos, R. Cobos Campos, F.E. Aizupuru Barandiarán, I. Guenaga, X. Alfonso, I. Sansinanea, A. Cifuentes, A. Garmilla, A. Escobar

Unidad de Investigación de Álava.

Antecedentes/Objetivos: La artroplastia de rodilla (ATR) es un procedimiento quirúrgico efectivo que mejora la calidad de vida de los pacientes, incrementa su capacidad funcional y reduce el dolor. El principal motivo de indicación es la artrosis, que en España afecta alrededor del 10% de la población. El objetivo del estudio es comparar la situación clínica de los pacientes que van a ser intervenidos de ATR en diferentes y su evolución postoperatoria a los 3, 6, y 12 meses.

Métodos: Se incluyeron 1.213 pacientes de 15 hospitales españoles de 2005 a 2006. Se comparó la situación preoperatoria según comorbilidad, situación clínica y salud autopercebida a través del cuestionario WOMAC. Se presentan los valores medios, máximos y mínimos entre los hospitales participantes. La evolución postoperatoria se examinó en función de la severidad de la situación clínica inicial, según los terciles de distribución de la escala WOMAC. Se consideró clínicamente relevante un cambio del 40% en cualquiera de sus subescalas.

Resultados: Situación basal: La media en el número de patologías fue 1,5 con un rango entre los hospitales de 0,7 y 2,5 ($p < 0,001$). Los valores medios de la escala WOMAC fueron: dolor: 11,4 [12,8-10,3], rigidez: 4,7 [5,4-3,7] y capacidad funcional: 43,3 [48,7-36,2]. Signos: Subjetivos: variables que presentaron mayor variación entre hospitales en cuanto a % de pacientes: deambulación (< 100 m, de pie < 15 min) [0-97,4%], dificultad para levantarse de la silla [16,4-100%] y necesidad de ayuda para caminar [8,3-100%]. Objetivos: variables con mayor variación: inestabilidad ($\geq 5^\circ$) [0-100%], fuerza muscular (contractura) [0-85,2%] y flexión pasiva ($< 100^\circ$): [19,5-100%]. 2-Situación postoperatoria: Dolor: mejoría superior al 40% a los 3 meses en los 3 terciles. Rigidez y capacidad funcional: todos los pacientes mejoraron a los 3 meses salvo aquéllos con mejor situación basal, que no alcanzaron la mejoría del 40% en ningún momento. Signos a los 12 meses: Subjetivos: las variables que presentaron mayor variación entre hospitales fueron: escaleras (pasamanos) [6,3-95%], dificultad para levantarse de la silla [0-51%] y cojera (moderada/severa) [0-50%]. Objetivos: variables con mayor variación: fuerza muscular [0-81%] e impotencia extensión activa ($\leq 5^\circ$) [81,5-100%].

Conclusiones: Los pacientes con una peor situación basal obtuvieron una mejoría mayor y más rápida en las tres dimensiones del WOMAC. Existe gran variabilidad entre hospitales a la hora de indicar ATR en un entorno donde la accesibilidad a la asistencia sanitaria es similar, por lo que es necesario unificar criterios de priorización de pacientes en lista de espera.

Financiación: FIS (040938) y Departamento de Sanidad-Gobierno Vasco.

410. VARIABILIDAD INTERCENTROS EN INDICACIÓN DE ARTROPLASTIA DE CADERA

R. Cobos Campos, A. Latorre Ramos, F.E. Aizupuru Barandiarán, I. Guenaga, X. Alfonso, I. Sansinanea, A. Cifuentes, A. Garmilla, A. Escobar

Unidad de Investigación de Álava.

Antecedentes/Objetivos: La artroplastia de cadera (ATC) es un procedimiento quirúrgico que mejora la calidad de vida de los pacientes, aumenta su capacidad funcional y reduce el dolor. El principal motivo de la indicación es artrosis, proceso de alta prevalencia y en aumento. El objetivo del estudio es comparar la situación clínica de los pacientes seleccionados para ATC en diferentes hospitales de España, y su evolución postoperatoria a los 3, 6, y 12 meses.

Métodos: Se incluyeron 773 pacientes de 15 hospitales de 2005 a 2006. Se comparó la situación preoperatoria según comorbilidad, situación clínica y salud autopercebida (cuestionario WOMAC). Se presentan los valores medios, máximos y mínimos en los hospitales participantes. La evolución postoperatoria se examinó en función de la severidad de la situación clínica inicial, según los terciles de distribución de la escala WOMAC. Se consideró clínicamente relevante un cambio del 40% en cualquiera de sus subescalas.

Resultados: 1-Situación basal: La media en el número de patologías fue 1,2 con rango entre hospitales de 0,6 y 1,8 ($p < 0,001$). Los valores medios de la escala WOMAC fueron: dolor: 11,3 [10,1-13,4], rigidez: 4,7 [4,5-5,2] y capacidad funcional: 42,4 [42,1-56,1]. Signos: subjetivos: variables con mayor variación entre hospitales en cuanto a% de pacientes: cojera (modera/severa) [24-100%], necesidad de ayuda para caminar [9,4-80%], deambulación (< 100 m, de pie < 15 min) [0-63,2%]. Objetivos: Trendelenburg y dismetría [0-100%] y rotación externa ($\leq 10^\circ$) [19,3-92,7%]. 2-Situación postoperatoria: Dolor: se alcanzó mejoría mayor al 40% a los 3 meses en los 3 terciles. Rigidez: se alcanzó mejoría mayor al 40% a los 3 meses en los 3 terciles, y para los pacientes del segundo tercil esta mejoría fue del 100%. Capacidad funcional: todos los pacientes alcanzaron una mejoría mayor al 40% a los 3 meses en los 3 terciles. Signos a los 12 meses: Subjetivos: variables con mayor variación entre hospitales: escaleras (pasamanos) y cojera (moderada/severa) [0-100%] y necesidad de ayuda para caminar [0-71,4%]. Objetivos: en todas las variables hubo diferencias del 100% entre hospitales salvo en extensión ($\leq 10^\circ$) [11,1-100%].

Conclusiones: Los pacientes con peor situación basal obtuvieron una mejoría mayor y más rápida en las tres dimensiones del WOMAC. Existe gran variabilidad entre hospitales a la hora de indicar ATC en un entorno donde la accesibilidad a la asistencia sanitaria es similar, por lo que es necesario unificar criterios de priorización de pacientes en lista de espera.

Financiación: FIS (040938) y Departamento de Sanidad-Gobierno Vasco.

PÓSTERES III

Viernes, 30 de octubre de 2009. 12:30 a 13:30 h

Sala: Exposiciones

Salud y género. Salud reproductiva

Moderadora: Pilar Serrano Gallardo

16. FRECUENTACIÓN SANITARIA EN MUJERES QUE VIVEN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

M.L. Carro, M. Eguiagaray, V. García, M. González, E. Muslera, C. Natal, E. Torres

SESPA; Universidad de Oviedo.

Antecedentes/Objetivos: La identificación y el estudio de diferentes modelos de utilización de los servicios sanitarios por parte de las mujeres que sufren violencia, antes y después de su proceso de recuperación, puede aportar una información muy valiosa sobre las necesidades y expectativas con las que las mujeres acuden a estos servicios. El objetivo es describir la frecuentación en Atención Primaria de Salud (APS) de un grupo de mujeres identificadas como víctimas de violencia en cualquier servicio sanitario.

Métodos: La población a estudio fueron los casos o episodios de violencia de género identificados en mujeres mayores de 14 años, en APS, Salud Mental y Urgencias de Atención Primaria y Especializada, a partir del año 2005. En Atención Primaria se consideraron los diagnósticos Z12 y Z25 de la CIAP, en Salud Mental los diagnósticos de Y5 e Y7 de la CIE-10 y en urgencias aquellos con un parte al juzgado. Una vez identificados los casos, mediante un procedimiento de anonimato consistente en sustituir los campos alfanuméricos de los datos personales por sus códigos hash, se cruzaron los diferentes registros por el número de tarjeta sanitaria, y se estudiaron el número de visitas a APS para un periodo de 24 meses en torno al primer episodio identificado de violencia para las mujeres que además del episodio estudiado tenían al menos otro contacto con el sistema sanitario.

Resultados: Se identificaron 2.656 mujeres con episodios de violencia registrados en los diferentes sistemas de información, de ellas sólo 924 mujeres cumplen criterios de inclusión. En los dos años de seguimiento los percentiles 25,50 y 75 de frecuentación fueron respectivamente 9, 20 y 40 visitas. El 3,4 de las mujeres estudiadas no asistió nunca a APS en el periodo de estudio, registrándose el episodio índice en otros servicios. Una mujer realizó 148 visitas en el periodo. La media de frecuentación fue de 14 visitas al año. Analizada la distribución mensual, el 55% tenían menos de una visita al mes y el 0,5% 5 o más visitas.

Conclusiones: En media la frecuentación de los servicios sanitarios por parte de mujeres que han sido identificadas en los mismos como víctimas de violencia es mayor que la de la población general (en 1996 la media para distintas áreas geográficas oscilaba entre 5,2 y 9,8 visitas al año), sin embargo este comportamiento no es homogéneo siendo el rango de frecuentación muy amplio. No disponemos de información sobre cuántas de estas visitas son generadas por el sistema sanitario, debido a intervenciones en relación con el problema de violencia identificado y cuantas a demanda de las mujeres. Es necesario analizar los motivos de estas visitas para disponer de mejor información.

Financiación: FICYT-PC07-11 y Ministerio de Educación y Ciencia-MTM2006-12755.

56. IDENTIFICACIÓN DE EPISODIOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

E. Torres, E. Muslera, C. Natal, V. García, M. Eguiagaray, M.L. Carro, M. González

SESPA; Universidad de Oviedo.

Antecedentes/Objetivos: En la utilización de los servicios sanitarios intervienen variables como las preferencias de las personas, la accesibilidad, la clase social y otras. En algunas de ellas los propios servicios de salud, como proveedores, pueden influir decididamente y en otras no. Conocer las preferencias de las mujeres que viven situaciones de violencia, respecto a la utilización de servicios sanitarios puede aportar información muy valiosa sobre las necesidades y expectativas de las mismas. El objetivo es describir como y donde se identifican los episodios de violencia contra las mujeres en los servicios sanitarios y discutir las oportunidades de los mismos para realizar esta función.

Métodos: La población a estudio fueron los casos o episodios de violencia de género identificados en mujeres mayores de 14 años, en APS, Salud Mental y Urgencias de Atención Primaria y Especializada, a partir del año 2005. En APS se consideraron los diagnósticos Z12 y Z25 de la CIAP, en Salud Mental los diagnósticos de Y5 e Y7 de la CIE-10 y en urgencias aquellos con un parte al juzgado. Una vez identificados los casos, mediante un procedimiento de anonimato consistente en sustituir los campos alfanuméricos de los datos personales por sus códigos hash, se cruzaron los diferentes registros por el número de tarjeta sanitaria, y se estudió el registro de este problema en las diferentes fuentes, según el lugar de identificación.

Resultados: Se obtuvo información de 2.656 mujeres con episodios de violencia registrados en los diferentes sistemas de información. En el 53,6% de ellas el episodio se registra en atención primaria de salud, en el 16,1% en salud mental y en el 40,4% se cumplimenta un parte-informe al juzgado. El 96% de los casos corresponde a mujeres con historia clínica localizada en APS y el 53,6% se han atendido alguna vez en los servicios de salud mental. Sólo el 9,6% tiene episodios registrados en dos o más servicios distintos y casi todos ellos son episodios registrados en APS con parte al juzgado.

Conclusiones: La preocupación por la atención a las mujeres que sufren violencia en servicios tanto sanitarios, sociales y comunitarios ha variado con el tiempo, hasta que no generalizó la concepción de la violencia como un problema de salud no se planteó su registro en los sistemas de información sanitarios, y la incorporación de los criterios para el registro en los diferentes SI ha sido paulatina y heterogénea.

Financiación: FICYT-PC07-11 y Ministerio de Educación y Ciencia-MTM2006-12755.

146. INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA DEPENDENCIA S42

E. Rubio Aranda, M. Comín, T. Martínez, R. Magallón, E. Franco

Universidad de Zaragoza; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: El envejecimiento poblacional crea nuevos e innumerables desafíos a nuestra sociedad, uno de los más importantes, la dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD) que conlleva. Hombres y mujeres presenta patrones diferenciados de dependencia. Las mujeres tienen una prevalencia más alta y además para ellas, la dependencia se inicia antes que para los hombres. Como su esperanza de vida es mayor, significa que pasan más años en ese estado, sin embargo un análisis más detallado muestra que no es la condición femenina la que impone esta prevalencia, sino más bien la confluencia de un conjunto de características de riesgo, que pueden variar en función de cada cultura. Por esto nuestro objetivo es identificar aquellos determinantes sociodemográficos

gráficos y de salud que condicionan la aparición de dependencia y analizar su diferencia por género.

Métodos: Estudio transversal. Población objeto: 53.632 personas. Tamaño muestral: 380, por muestreo bietápico (nivel de confianza: 95%, potencia 90%). Variables: sociodemográficas y de salud. Cuestionario OARS validado y adaptado, mediante entrevista personal. Análisis estadístico: chi-cuadrado y regresión logística para definir qué variables determinan la dependencia según el género, valorando OR, con IC95%. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: 45% son hombres y 55% mujeres con edad media de 74,4 (74,7-76,5) y 75,6 (73,4-75,9) respectivamente. El 10,5% de los hombres y el 8,9% de las mujeres presentan dependencia grave para las AVD no existiendo diferencias significativas para la edad en ambos grupos. Las mujeres cuentan con menor nivel de estudios (60 vs 48,2%), viven solas (64 vs 36%), perciben su salud como mala (61,7 vs 50,9%), tienen peor salud mental (63,6 vs 47,1%) y presentan mayor n.º de procesos crónicos (3,6 vs 2,8) ($p < 0,05$). Respecto a la patología, un 28,1%, casi un 18% y un 14% más de mujeres padecen enfermedades del aparato locomotor ($p < 0,0001$), SNC y sentidos ($p < 0,001$) y aparato digestivo ($p < 0,05$), respectivamente. Las variables que más influyen en la dependencia para las AVD en las mujeres son: mala salud autopercebida (OR = 3,5 IC = 1,6-7,6), salud mental alterada (OR = 82,2 IC = 0,9-4,9), padecer enfermedades del SNC/mentales (OR = 82,1 IC = 1,0-4,4) y vivir con los hijos (OR = 2,5 IC = 1,1-5,8) y en el caso de los hombres: mala salud autopercebida (OR = 2,9 IC = 1,1-7,6), salud mental alterada (OR = 2,6 IC = 1,1-6,6), padecer enfermedad cardiovascular (OR = 3,2 IC = 1,2-8,7) y vivir con hijos (OR = 1,4 IC = 0,5-3,8).

Conclusiones: Son las enfermedades padecidas el principal identificador, por género, de la dependencia, siendo las del SNC/Mentales las que determinan aumento de riesgo en las mujeres y las cardiovasculares en los hombres.

Financiación: DGA, proyecto Envejecimiento y Dependencia.

58. ADELANTO DE LA EDAD DE LA MENARQUÍA EN MUJERES ESPAÑOLAS NACIDAS ENTRE 1925 Y 1962

A. Cabanes, N. Ascunze, E. Vidal, M. Ederra, A. Barcos, N. Erdozain, V. Lope, M. Pollán

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP, Instituto de Salud Carlos III; Instituto de Salud Pública, Sección de Detección Precoz.

Antecedentes/Objetivos: Durante el siglo pasado, la edad de la menarquia se ha adelantando un promedio de 1-5 meses cada 5 años en diferentes regiones. Los factores causales han sido poco estudiados, pero se cree que este fenómeno es una consecuencia de las mejoras de las condiciones sanitarias y ambientales. Estudios transversales señalan que ha ocurrido un proceso similar en las mujeres españolas, pero no hay datos obtenidos a partir de estudios de base poblacional. El estudio que presentamos tiene como objetivo examinar la tendencia de la edad de la menarquía en mujeres españolas que nacieron entre 1925 y 1962.

Métodos: El estudio se llevó a cabo en 110.545 mujeres que participaron en el programa de cribado de cáncer de mama de la comunidad de Navarra que se inició en septiembre de 1990, dirigido a mujeres de edades comprendidas entre 45 y 69 años. Para el estudio de la tendencia se utilizó un modelo de regresión lineal en el que se tomó el año de nacimiento como variable independiente, la edad de la menarquía como variable de respuesta, y el lugar y tamaño de la ciudad de nacimiento como covariables. Las posibles diferencias de las tendencias en mujeres procedentes de zonas rurales y urbanas se analizaron mediante el correspondiente término de interacción.

Resultados: Entre las mujeres nacidas en Navarra, la edad de la menarquía descendió 1,64 meses cada 5 años en aquellas nacidas en

ciudades de menos de 10.000 habitantes, mientras que la reducción fue de 1,48 meses / 5 años mujeres nacidas en ciudades mayores de 10.000 habitantes ($p < 0,001$). Teniendo en cuenta todas las mujeres que participaron en el programa, en las mujeres nacidas en la comunidad de Navarra, la edad de la menarquía se adelantó una media de 1,71 meses cada 5 años. En las mujeres nacidas en Andalucía, Asturias, Castilla-León, Galicia y La Rioja, el cambio fue mayor que en Navarra, mientras que en País Vasco y Catalunya fue significativamente inferior. En el resto de las comunidades se observaron cambios similares a Navarra.

Conclusiones: Este es el primer estudio de la tendencia de la edad de la menarquía en España de base poblacional. Nuestros resultados indican que la edad de la menarquía se adelantó de forma significativa en mujeres nacidas entre 1925 y 1962. El descenso es mayor en mujeres que nacieron en un ambiente rural y varía en función de la comunidad autónoma de nacimiento. Dado el papel relevante que juega la edad de la menarquía en el desarrollo sexual y psicológico, en la maduración ósea, y su implicación en el desarrollo de los cánceres de mama y ovario, es preciso seguir investigando el abanico de posibles causas que influyen en este adelanto.

160. DONACIÓN DE ÓVULOS: CARACTERÍSTICAS DE LAS DONANTES Y TASAS DE ÉXITO SEGÚN GRUPO DE EDAD DE LA RECEPTORA. CATALUÑA, 2001-2006

R. Bossier, M. Gasulla, M.M. Torné, A. Freitas, R. Gispert

Servei d'Informació i Estudis, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: El número de donaciones de óvulos se ha incrementado en Cataluña en los últimos años, según los datos recogidos en Registro de Reproducción Humana Asistida (RHA) de Cataluña (FIVCAT.net). El objetivo de este trabajo es presentar las características de las donantes de óvulos y las tasas de éxito de los ciclos de ovodonación, según el grupo de edad de la mujer receptora, para el período 2001-2006* (*datos provisionales).

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos de las donantes y se calculan las tasas de éxito (embarazo por cada 100 transferencias embrionarias). Se lleva a cabo una prueba de Chi-Cuadrado, para las variables embarazo y grupo de edad. Se describen los resultados para todo el período, después de validar y modificar los ciclos de ovodonación incorrectamente identificados.

Resultados: El número de donantes de óvulos ha pasado de 477 (año 2002) a 1.490 (2005). El número medio de ciclos de recuperación ovocitaria de las donantes ha aumentado: en 2002 fue de 1,11 y en 2005 de 1,25. Se mantiene el perfil sociodemográfico: mujeres jóvenes (20-29 años), con ligero incremento para el intervalo 2004-2005 del grupo de donantes más mayores (30 a 35 años), residentes en España, mayoritariamente solteras (en incremento a lo largo del período) y sin pareja. La mayor parte son asalariadas o estudiantes. Hay un importante crecimiento del número de donantes nacidas en el extranjero, pasando del 6,7% de 2002 al 31,9% de 2005. Para todo el período, la tasa de embarazo clínico por 100 transferencias embrionarias más elevada se da en el grupo de edad de 30-34 años (45,9) y la más baja en las mayores de 44 (42,0). El estadístico χ^2 nos indica que las variables embarazo y edad de la receptora no son independientes. Se presentarán también los datos definitivos del 2006 y se desglosarán las tasas por años y grupos de edad.

Conclusiones: El proceso de validación y corrección de los ciclos de ovodonación nos permite caracterizar mejor el perfil de las donantes. El estudio del incremento del número total de donaciones y el de donantes extranjeras, debería tener en cuenta las diferencias entre la legislación española en reproducción asistida y la de otros países europeos. La edad de la mujer receptora influye en las tasas de éxito de los ciclos de ovodonación.

268. PREVALENCIA DE *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* EN UN GRUPO DE MUJERES DE A CORUÑA

M.R. Martínez-Risco, M. Fernández-Albalat, J. García, M. Einöder

Departamento Territorial da Coruña, Consellería de Sanidade; Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Complejo Hospitalario Universitario A. Coruña.

Antecedentes/Objetivos: *Chlamydia trachomatis* (CT) constituye una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo y su incidencia está aumentando. Suele ser asintomática y puede tener efectos graves en la salud de las mujeres. El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de CT en un grupo de mujeres que acudieron a un centro de orientación familiar y varios centros de salud del área metropolitana de A Coruña durante el primer trimestre de 2008 y compararla con la obtenida en un estudio de usuarias del centro de planificación familiar realizado en A Coruña en 1993 (Mariñas et al).

Métodos: Se estudiaron 623 mujeres que acudieron por consulta ordinaria o consejo de anticoncepción a un centro de orientación familiar (52%) y 11 de salud (48%), durante el primer trimestre de 2008. Se recogieron muestras de exudado cervical que se remitieron al S. de M. Preventiva y S. Pública del CHU A Coruña. Se usó la técnica PACE 2 de detección de CT. También cumplimentaron una ficha que recogía las mismas variables del estudio de Mariñas et al: edad, método anticonceptivo, estado civil, profesión y residencia. Las tres últimas se descartaron por no proporcionar información relevante. Para determinar la prevalencia de infección por CT y compararla con la obtenida en 1993 se realizó un estudio descriptivo. Se usó la prueba z de comparación de proporciones para contrastar la diferencia de prevalencias en ambos periodos y χ^2 para detectar diferencias de las características de la población.

Resultados: Respecto a los grupos de edad ($\chi^2 = 30,33$, $p < 0,001$), se observó un aumento de la proporción de mujeres de 15 a 21 años (de 12,49% a 19,58%) y una disminución de las mayores de 35 (31,77% a 24,72%). En cuanto al método anticonceptivo ($\chi^2 = 146,84$, $p < 0,001$), aumentó el uso de métodos orales (31,29% a 43,26%), de barrera (20,14% a 30,32%) y otros (6,95% a 11,88%) y disminuyó el uso de DIU (41,61% a 14,54%). Se obtuvo una prevalencia de CT del 2,1% frente al 1% de 1993, diferencia no estadísticamente significativa ($z = 2$, $-0,2-2,4$). El aumento de prevalencia se observó en todos los grupos de edad y en las usuarias de DIU (0,6% a 2,44%) y de métodos de barrera (0,62% a 2,92%).

Conclusiones: Se detectó un aumento de la prevalencia desde 1993 hasta 2008. También se observó una mayor proporción de mujeres de 15 a 21 años que podría explicar el aumento de la prevalencia, dado que en la bibliografía revisada, el grupo de edad de 16 a 24 años se presenta como el de mayor riesgo. Todo esto lleva a considerar la necesidad de diseñar un estudio más exhaustivo en Galicia que permita conocer el número de casos existentes.

302. TENDENCIAS Y COINTEGRACIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL Y DE INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO. CATALUNYA 1987-2007

M. Gasulla, R. Bosser, M.M. Torné, G. Ribas, A. Freitas, R. Gispert

Servei d'Informació i Estudis, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Las tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) de residentes en Catalunya que constan en el Registro de IVE de Catalunya mantienen, para el intervalo 1987-2007, una variación creciente. Durante el mismo período, las tasas de muerte perinatal calculadas según los datos del Registro de Mortalidad de

Catalunya presentan una variación en sentido contrario. El objetivo de este artículo es establecer las tendencias de estas series y estudiar la relación lineal inversa que se observa entre ambas.

Métodos: Se calculan las tasas de IVE (número IVE por cada 1000 mujeres de 15-44 años) y de muerte perinatal (muertes perinatales por cada 1000 nacimientos). Para estimar las tendencias se han usado gráficos descriptivos de las series y ajuste por mínimos cuadrados ordinarios. La hipótesis de cointegración se ha validado con una regresión lineal ordinaria y con el cálculo de las funciones de autocorrelación (ACF) y autocorrelación parcial (PACF), el estadístico de Durbin-Watson y la prueba aumentada de Dickey-Fuller de las series originales y la de residuos.

Resultados: La tasa de IVE ha experimentado un aumento de 0,13 a 14,16 en el período 1987-2007 (de 175 casos a 21871) correspondiente a una variación lineal de 0,6/año ($R^2 = 90,5\%$). La tendencia ajustada es un polinomio de orden 5 ($R^2 = 97,25\%$). La mortalidad perinatal experimenta una reducción de la tasa de 10,0 a 4,1 (de 582 casos a 341), correspondiente a una variación lineal de $-0,2$ /año ($R^2 = 80\%$). El patrón de tendencia es logarítmico ($R^2 = 93\%$). Ninguna de las dos series es estacionaria y ambas se pueden clasificar como procesos ARIMA (0,1,0). La regresión lineal de la mortalidad perinatal en función de las IVE es muy significativa (p de ANOVA = 0,00 y $R^2 = 80\%$), señalando que por cada punto de aumento en la tasa de IVE se produce una reducción de 0,35 puntos en la tasa de mortalidad perinatal. Los residuos de esta regresión son estacionarios y, por tanto, no se trata de una regresión espuria o por tendencia.

Conclusiones: El aumento de la tasa de IVE es muy rápido y de un orden inverso al de la variación de la tasa de mortalidad perinatal. Se observa una relación lineal entre las dos series que indica que un incremento a largo plazo de las IVE viene acompañado de una reducción de la mortalidad perinatal. Es necesario profundizar en el estudio de la evolución temporal de estos indicadores y sus mutuas influencias, incorporando al análisis posibles variables confusoras que puedan enmascarar la relación observada.

338. PÍLDORA POSTCOITAL: EVOLUCIÓN Y TENDENCIA DEL PERFIL DE LAS MUJERES SOLICITANTES EN EL DISTRITO SANITARIO DE JAÉN: 2005-2008

M. Mariscal Ortiz, M.L. Gómez Mata, M.D. Morales Luque, E. Sánchez Arenas, T. Ureña Fernández, E. Martos López, M. Collado Jiménez, M.A. Bueno de la Rosa

Distrito Sanitario de Jaén; Universidad de Jaén; Distrito Sanitario Jaén-Sur.

Antecedentes/Objetivos: En el año 1999 comienza el cambio hacia la utilización de levonorgestrel como fármaco de elección en la emergencia anticonceptiva postcoital. En el año 2001, La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía aprobó la prescripción y la administración de la anticoncepción postcoital en los servicios de urgencias, de forma totalmente gratuita. El objetivo es el estudio de la evolución y tendencia del perfil de las mujeres solicitantes de este método durante los años 2005-2008.

Métodos: Estudio descriptivo de las mujeres atendidas en los servicios de urgencias del Distrito Sanitario de Jaén que solicitaron la píldora postcoital durante los años 2005-2008. A todas las solicitantes se les realizó una encuesta previa a la prescripción donde se recoge información a cerca de la edad, uso anterior de anticoncepción hormonal, métodos habituales de anticoncepción, motivo de la solicitud, actuaciones a seguir y motivos de no prescripción. La ingestión se llevó a cabo en presencia del médico prescriptor.

Resultados: Durante el periodo de estudio se atendieron un total de 4.643 mujeres, lo que supone un 16% del total de mujeres com-

prendidas entre los 15 y 35 años y un 11% de las mujeres en edad fértil de nuestro Distrito. El 58,8% se incluyeron entre los 17 y 24 años. Las solicitantes comprendidas entre 14 y 16 años supusieron un 6% del total con una tendencia a la disminución desde el año 2006 al 2008 (un 7% frente a 5%). El 42% declaran haber utilizado anteriormente la anticoncepción postcoital. Se observa un incremento progresivo del uso previo, desde el 39% en el 2005 hasta el 46% en el 2008. El 85% utilizaban como método anticonceptivo habitual el preservativo seguido del 8% que no utilizaron ninguno. El 72% de las solicitudes estuvieron motivadas por la rotura del preservativo y el 10% declararon no usar métodos anticonceptivos, ambas circunstancias no evidenciaron grandes variaciones a lo largo del periodo de estudio. El tratamiento se prescribió y se administró gratuitamente en el 99% de los casos sin otros problemas dignos de mención.

Conclusiones: El perfil de la mujer que solicita la píldora postcoital se sitúa entre los 17 y 24 años, se observa una tendencia a la disminución en menores de 16 años. Casi la mitad de las mujeres ya habían utilizado este método con anterioridad y el motivo fundamental de consulta fue el mal uso del preservativo, por lo tanto, sería conveniente incrementar la información sobre los métodos anticonceptivos, su uso adecuado y las utilidades concretas de la píldora como método de urgencias en estos grupos de edad.