

COMUNICACIONES ORALES (10 MINUTOS) IV

Jueves, 28 de octubre de 2010. 17:30 a 19:00 h

Auditorio 3B

Vigilancia de la gripe

Moderadora: Antònia Galmés

329. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA DE SALUD PÚBLICA DESDE EL CENTRO COORDINADOR DE LA PANDEMIA. MADRID

M.A. López, S.F. Rodríguez, N. Aerny, C. García-Riolobos, I. Méndez, E. Rodríguez, F. Domínguez, J. Astray

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Las actividades de respuesta a la pandemia de gripe en la Comunidad de Madrid (CM) estaban incluidas en el Plan regional elaborado en 2006 y adaptado en mayo de 2009. En él se establecían las claves de la respuesta en salud pública y se definió un

Centro de Coordinación de la Pandemia (CCP), como estructura que asegurase la aplicación de las medidas de contención y la coordinación entre los niveles de atención sanitaria. Ahora es necesario valorar la validez, oportunidad y utilidad de las acciones realizadas desde la perspectiva de los actores implicados. El objetivo es evaluar las acciones desarrolladas por el CCP para incorporar las lecciones aprendidas en los planes de actuación frente a las alertas de salud pública.

Métodos: La metodología es la utilizada en políticas públicas y recogida por el ECDC; es una evaluación sumativa, ex-post, interna, orientada a la intervención del CCP: definición del objeto, identificación de actores y de sus necesidades de información, diseño y trabajo de campo (entrevistas a informantes clave de salud pública y SUMMA 112, cuestionario autoadministrado a directivos y profesionales asistenciales y de salud pública, estudio documental). Se clasifican las funciones del CCP en coordinación y liderazgo, información y comunicación, vigilancia epidemiológica y gestión de muestras y de material. El proceso finaliza con un informe de resultados, conclusiones y recomendaciones.

Resultados: Los resultados preliminares revelan que el 80% de los encuestados está satisfecho con la adecuación de la información a sus necesidades, si bien el 48% no identificó con rapidez los cambios en los protocolos. Un 88% consideró satisfactorias la coordinación y adecuación de la organización para la continuidad de los servicios. Los datos cualitativos indican que, a pesar de que la respuesta de salud pública ha sido valorada positivamente, la vigilancia ha supuesto un gran esfuerzo y los técnicos, cuya disponibilidad destaca, desean sentirse más implicados en la toma de decisiones. El conocimiento previo del Plan influyó en el desarrollo de la actuación. La gestión de laboratorios y muestras fue compleja y ocupó mucho tiempo, se realizó en atención primaria y especializada, siendo útil para la vigilancia y el manejo clínico.

Conclusiones: A pesar de la satisfacción generalizada respecto a la respuesta de salud pública, se necesita mejorar la transmisión de la información operativa, los protocolos, desarrollar un sistema específico de información para los laboratorios, y favorecer una mayor implicación de los profesionales.

429. FACTORES ASOCIADOS CON LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE A LA GRIPE A EN POBLACIÓN GENERAL

M. Nebot, F. Agüero, A. Pérez, X. García, M.J. López

Agencia de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: En la primavera de 2009 surgió una enorme alarma social ante la aparición de un nuevo virus de la gripe tipo A (H1N1) que se propagó rápidamente por todo el mundo. El objetivo del estudio es describir las medidas preventivas adoptadas por la población así como los factores asociados a las mismas.

Métodos: Entre diciembre de 2009 y enero de 2010 se realizó una encuesta telefónica a una muestra aleatoria de teléfonos fijos estratificada por comunidad autónoma y tamaño de municipio, con cuotas de edad y sexo. Se estableció contacto con 8913 domicilios, de los cuales se pudo obtener una respuesta válida en 1627 casos, lo que significa una tasa global de respuesta del 18,3%. En los casos que aceptaron contestar se realizó una encuesta de 15 minutos de duración sobre conocimientos, actitudes y comportamientos en relación a la prevención de la gripe A.

Resultados: Respondieron al cuestionario 1.627 personas, de las cuales un 50% eran mujeres. El 30,9% tenía entre 18 y 35 años, el 35,6% entre 35 y 55 y el 33,5% más de 55. Un 44% era trabajador manual, y el 54% vivía en municipios de más de 50.000 habitantes. Entre las medidas preventivas recomendadas por las autoridades sanitarias, declararon lavarse las manos con más frecuencia un 61,6%, y taparse la boca y la nariz con un pañuelo al toser o estornudar el 41,5%. El 23,9% de la

población evitó ir a centros sanitarios, o a lugares muy concurridos, o canceló algún viaje para evitar contagiarse de gripe A. Un 23% no adoptó ninguna de las medidas recomendadas. Únicamente un 10,2% de la población se vacunó de la gripe A. En el análisis multivariado los factores asociados con la adopción de las principales medidas preventivas recomendadas (lavado de manos y cubrirse la nariz al toser o estornudar) fueron ser mujer (OR 1,44; IC95% 1,14-1,82); tener menos de 35 años (OR 1,41; IC95% 1,05-1,89), tener un nivel de estudios elevado (OR 1,74; IC95% 1,27-2,38), vivir en municipio de más de 50.000 (OR 1,30; IC95% 1,04-1,64), sentirse preocupado ante la probabilidad de enfermar (OR 1,53; IC95% 1,22-1,93), y creer en la eficacia de las medidas recomendadas (OR 1,82; IC95% 1,39-2,38).

Conclusiones: Las principales medidas recomendadas para la prevención de la gripe A fueron seguidas por alrededor de la mitad de la población, mientras que una cuarta parte no adoptaron ninguna medida preventiva y sólo el 10% se vacunó contra la gripe A. La adopción de medidas preventivas fue mayor entre las mujeres, las personas más jóvenes, las que vivían en ámbito urbano, así como las que tenían mayor preocupación ante la posibilidad de contagiarse, y las que creían en la utilidad de las medidas recomendadas.

Financiación: ISCIII, GR 09/0036.

605. INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE GRIPE PANDÉMICA (H1N1) 2009 ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALIZADOS EN POBLACIÓN INMIGRANTE Y AUTÓCTONA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M.D. Esteban, M.F. Domínguez, N. Aerny, R. Gènova, L.M. Blanco, J. Astray, M.A. Gutiérrez, F. Martín, A. Pérez

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Este estudio pretende comparar, entre la población inmigrante y autóctona de la Comunidad de Madrid, la incidencia y las características de los casos de gripe pandémica (H1N1) 2009 atendidos en Atención Primaria (AP) y hospitalizados.

Métodos: A partir de las historias clínicas electrónicas de AP se obtuvieron los episodios de gripe registrados entre el 1/05/2009 y el 22/05/2010. Se utilizó la población con Tarjeta Individualizada Sanitaria para el cálculo de tasas. De los casos notificados a Salud Pública se consideraron aquellos graves con ingreso hospitalario y confirmación microbiológica. Se analizaron características sociodemográficas de interés (edad, sexo y país de origen) y presencia de patología crónica asociada a mayor riesgo de complicaciones. Ajustando por edad, se calculan en inmigrantes y autóctonos tasas de gripe atendida en AP y de ingreso por gripe confirmada grave. Se comparan las características de sexo y patología asociada mediante la prueba de ji-cuadrado y por regresión logística.

Resultados: En AP se registraron 30.661 casos en población inmigrante con una tasa ajustada por edad de 2.426,4 (IC95%: 2.392,42-460,3) por 100.000, y en autóctonos 131.338 casos y tasa ajustada por edad de 2.782,9 (IC95%: 2.767,4-2.798,4). La edad media fue mayor en inmigrantes (29,1 frente a 26,8 años, $p < 0,001$). En los inmigrantes el 59,6% de los casos eran mujeres (52,5% en autóctonos, $p < 0,001$). Presentaban patología crónica un 9,2% de los inmigrantes, frente a un 18,8% de los autóctonos ($p < 0,001$), siendo el asma la más frecuente. La OR de tener patología crónica fue 0,43 (IC95%: 0,42-0,45) en inmigrantes frente a autóctonos, ajustando por sexo y edad. Se registraron 1.102 casos graves de gripe, de los cuales el 20,7% eran inmigrantes (57,0% mujeres, en autóctonos: 48,2%). La tasa ajustada por edad fue de 18,2 (IC95%: 14,8-21,6) por 100.000 frente a 15,5 (IC95%: 14,4-16,6) en autóctonos. La edad media fue de $34,0 \pm 22,3$ años, sin diferencias por origen. El 50,4% de los inmigrantes presentaba patología crónica (68,1% en autóctonos, $p < 0,001$) y el 24,0% ingresó en UVI frente al 21,2% de

los españoles ($p < 0,001$). La OR de tener patología crónica fue 0,43 (IC95%: 0,31-0,58) en inmigrantes ajustando por sexo y edad.

Conclusiones: Las tasas de gripe atendidas en AP fueron en general inferiores en población inmigrante frente a la autóctona, presentando esta más patología crónica. La tasa de casos graves fue más elevada en población inmigrante, y en mayor proporción requirieron ingreso en UVI, por lo que sería conveniente investigar otros factores asociados.

609. ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS PREVENTIVOS DURANTE Y DESPUÉS DE LA EPIDEMIA DE GRIPE A

F. Agüero, M. Nebot, A. Pérez, X. García, M.J. López

Agencia de Salud Pública de Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: En Abril de 2009 se detectaron los primeros casos de un nuevo virus gripal A (H1N1) que se diseminó en pocas semanas a varios países alrededor del mundo y generó una enorme alarma social. El objetivo de este estudio es describir los comportamientos, conocimientos y percepciones frente a la gripe A en la población general española.

Métodos: Entre diciembre de 2009 y febrero 2010 se realizó en dos oleadas una encuesta telefónica a una muestra aleatoria de teléfonos fijos estratificada por comunidad autónoma y tamaño de municipio, con cuotas por edad y sexo. Se utilizó la metodología CATI con un cuestionario estructurado de 15 minutos de duración. Se incluyeron preguntas sobre comportamientos preventivos, conocimientos y percepciones acerca de la gripe A. Se presentan las proporciones ajustadas por edad y sexo de las principales variables de interés en las dos oleadas (diciembre de 2009 y febrero de 2010).

Resultados: En total se contactó con 8.913 domicilios, de los cuales 1.627 completaron la entrevista (tasa de respuesta: 18,3%). El 50,6% eran mujeres. El 30,9% tenían entre 18 y 35 años, el 35,6% entre 35 y 55 y el 33,5% más de 55 años. Un 44% eran trabajadores manuales, un 37,2% tenían nivel de estudios bajo y el 52,7% vivían en municipios con más de 50.000 habitantes. Las medidas preventivas que se adoptaron con mayor frecuencia fueron cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo al estornudar (61,1% en la primera oleada y 55,9%, en la segunda ($p = 0,009$) y la higiene de manos (41,6% vs 36,5%, respectivamente, $p = 0,07$). La proporción de personas que tomaron al menos una medida preventiva disminuyó entre ambas oleadas (79,4% vs 74,6%, $p \leq 0,02$). La probabilidad percibida de contraer la gripe A disminuyó (11,7% vs 3,4%, respectivamente, $p \leq 0,001$) mientras que la percepción de la eficacia (34,8% vs 43,4% $p \leq 0,001$) y seguridad de la vacuna aumentaron (32,2% vs 40,4% $p = 0,001$).

Conclusiones: Las medidas preventivas más frecuentemente adoptadas fueron las recomendadas por el Ministerio de Sanidad (higiene de manos más frecuente y cubrirse nariz y boca al estornudar). Después del pico epidémico se produjo una relajación de estas medidas. Cabe resaltar que la mayoría de la población tenía una baja percepción de la eficacia y la seguridad de la vacuna contra la gripe A aunque se observó un aumento en ambos parámetros entre las dos oleadas.

Financiación: ISCIII, GR 09/0036.

633. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A GRAVEDAD EN LOS CASOS HOSPITALIZADOS POR GRIPE (H1N1) 2009 EN ESPAÑA

P. Santa Olalla, M. Cortés, I. Pachón, J. Andrés, M.J. Sierra

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), DGSPySE, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Antecedentes/Objetivos: En junio 2009, se puso en marcha en España una nueva estrategia de vigilancia para la detección de los casos graves asociados a la infección por virus pandémico (H1N1) 2009. En esta

comunicación se describen las características clínicas y epidemiológicas y los factores de riesgo asociados a una peor evolución (ingreso en UCI o muerte) en los casos hospitalizados entre abril de 2009 y marzo 2010.

Métodos: En el marco de la estrategia nacional de vigilancia de casos graves aprobada por la Comisión de Salud Pública en junio 2009, se recogió información detallada de forma individualizada de los casos hospitalizados por enfermedad grave por gripe pandémica (H1N1) 2009 confirmada por laboratorio. La información fue recogida por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y remitida al CCAES (MSPS) para su revisión y análisis. Se consideró caso grave a aquellas personas con un cuadro clínico compatible con gripe y que requirieron ingreso hospitalario por la gravedad del cuadro (neumonía, fallo multiorgánico, shock séptico), a aquellos casos que desarrollaron este cuadro durante su ingreso hospitalario por otro motivo o a los casos de neumonía grave ingresados en UCI en ausencia de una causa conocida.

Resultados: En el período de estudio se notificaron al CCAES, 4.380 casos graves de gripe pandémica (H1N1) 2009, de los que 1.230 requirieron ingreso en una unidad de cuidados intensivos y 342 fallecieron. La mediana de edad era de 37 (rango, 0 meses-96 años). El 20,6% de los pacientes era menor de 15 años y el 11,2% era mayor de 64. Un 26% de los pacientes para los que se disponía de información (3.980) no tenía patología de base. El 10,4% de los casos no recibieron terapia antiviral. En el análisis multivariante de los primeros 3025 pacientes, el inicio de la terapia antiviral 48h después del inicio de síntomas (OR 2,39; IC95% 1,79-3,2), la obesidad mórbida (OR 2,01; IC95% 1,38-2,94), la enfermedad cardiovascular (OR 1,79; IC95% 1,2-2,67) y la EPOC (OR 1,51; IC95% 1,03-2,2) estaban significativamente asociados a una peor evolución en adultos.

Conclusiones: Este estudio confirma los factores de riesgo conocidos para gravedad por gripe entre los pacientes ingresados por gripe pandémica H1N1, y pone de manifiesto como nuevo factor de riesgo la obesidad mórbida, así como el beneficio del inicio precoz de una terapia antiviral. Estos resultados deberían tenerse en cuenta en la planificación sanitaria para las próximas temporadas de gripe.

663. ANÁLISIS GEOGRÁFICO DE LA INCIDENCIA NOTIFICADA DE GRIPE EN LAS REDES CENTINELA INTEGRADAS EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA DE GRIPE EN ESPAÑA (SVGE)

V. Flores Segovia, D. Gómez-Barroso, M.A. Martínez-Beneito, P. Botella Rocamora, M. Miralles Espí, A. López-Maside, S. Jiménez Jorge, F. Simón, C. Científico del Proyecto Gr09/0020 Gripe A, en representación del Sistema de Vigilancia de la Gripe

Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Salud Carlos III, Madrid; CIBERESP; Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia; Universidad CEU-Cardenal Herrera, Valencia; Dirección General de Salud Pública, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Los modelos espacio-temporales pueden analizar la evolución de incidencia de gripe en un territorio. Los objetivos de este estudio son: desarrollar una metodología que considere la dependencia espacio-temporal de los datos de las 17 redes centinela de vigilancia de gripe (pertenecientes a 17 CCAA) integradas en el Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE), realizar estimaciones de la incidencia de gripe para representar los datos geográficamente solvando el problema de la heterogeneidad de la notificación, e implementar de forma rutinaria en el SVGE estas técnicas para realizar mapas autonómicos y nacionales.

Métodos: Los datos se obtienen de los casos notificados por los médicos centinela del SVGE para la temporada 2008/2009 y período pandémico A(H1N1) 2009 (semana 21 de 2009 a la semana 01 de 2010). El análisis de datos se realiza mediante un modelo mixto de regresión de Poisson Bayesiano, que incluye un término de heterogeneidad para cada médico centinela y otro término temporal, que controla la sema-

na del período vigilado. Además, para cada observación se incluyen dos efectos aleatorios, heterogeneidad de los datos y estructura espacio-temporal, mediante un proceso de suavización Kernel sobre nodos equidistantes, extrapolando al resto del territorio. Dado el carácter espacio-temporal del modelo, el mapa obtenido acumulará información de las semanas previas, proporcionando estimaciones temporalmente consistentes.

Resultados: Se presentan los resultados en mapas semanales de incidencia notificada de gripe de las temporadas 2008/2009 y el período pandémico A(H1N1). Los picos de máxima actividad gripal se visualizan entre las semanas 51/2008 y 04/2009. El pico de máxima actividad gripal en el período pandémico A(H1N1)2009 se registró entre las semanas 43/2009 y 47/2009, dependiendo de la red centinela.

Conclusiones: La metodología utilizada considera la dependencia espacial y temporal de los datos de los sistemas centinela de vigilancia de gripe y permite obtener estimaciones fiables de la variación geográfica de la enfermedad a nivel nacional y por Comunidad Autónoma. El análisis y difusión de la información de vigilancia de gripe se mejora considerablemente mediante la incorporación de las representaciones geográficas en la página web del SVGE. La información geográfica obtenida se integrará en el SVGE en la próxima temporada 2010/2011, como una herramienta adicional de vigilancia de gripe.

Financiación: Este proyecto ha sido aprobado dentro del Programa de Investigación de Gripe A(H1N1)2009 del ISCIII (GR09/0020 Gripe A).

Jueves, 28 de octubre de 2010. 17:30 a 19:00 h

Sala 1

Tabaco

Moderador: José M. Martínez Sánchez

6. FUMADORES CON DEPENDENCIA ALTA: CÓMO IDENTIFICARLOS EN ESTUDIOS POBLACIONALES

M. Pérez-Ríos, M.I. Santiago-Pérez, A. Malvar

Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Planificación, Conselleria de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: Para la valoración de la dependencia nicotínica es indiscutible la importancia del test de Fagerström (FTND). Además de esta escala disponemos de otra más corta derivada del mismo test, el Heavy Smoke Index (HSI). El objetivo de este trabajo es comprobar la validez de un ítem presente tanto en el FTND como en el HSI: tiempo que transcurre hasta que fuma el primer cigarrillo (TTFC) para identificar a los fumadores con dependencia alta.

Métodos: En 2005 se realizó en Galicia una encuesta poblacional con el objetivo de conocer diferentes aspectos relacionados con el consumo de tabaco. Los 6.492 encuestados fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple, y entrevistados mayoritariamente por teléfono (90%). En este caso se utilizó la información aportada por 1.655 fumadores diarios (941 hombres y 714 mujeres) a los que se les aplicó el FTND. Este test consta de 6 preguntas y a partir del valor obtenido se clasifica como fumador con dependencia alta a aquel con puntuaciones iguales o mayores a 6. El test HSI consta de 2 preguntas y a partir de su respuesta se clasifica a los fumadores con dependencia alta a aquellos con puntuaciones mayores o iguales a 4. El ítem TTFC presenta 4 opciones de respuesta cuya puntuación oscila entre 0 y 3 y clasifica como individuos con dependencia alta a aquellos que obtienen puntuaciones mayores o iguales a 2. El FTND se considera como la prueba de referencia y se valora la validez interna del HSI y del ítem TTFC en términos de sensibilidad (Se), especificidad (Sp) y área bajo la curva (AUC).

Resultados: La Se obtenida mejora de manera importante al utilizar el ítem TTFC en comparación con la obtenida aplicando el HSI, tanto en el análisis conjunto (97,8% (94,6-99,4) vs 76,2% (69,4-82,2) como en función del sexo. El HSI presenta mayor Sp (96,2% (95,1-97,1)) que el TTFC (73,1% (70,7-75,3)), manteniéndose valores similares cuando se tiene en cuenta el sexo. El AUC obtenida es similar cuando se aplica el HSI (0,86 (0,83-0,89)) y el TTFC (0,85 (0,84-0,87)), excepto en las mujeres [HSI: 0,80 (0,73-0,86), TTFC: 0,87 (0,84-0,89)].

Conclusiones: Para la identificación de individuos fumadores con alta dependencia nicotínica el uso de una sola pregunta del FTND, TTFC, presenta mejor Se y peor Sp que el HSI. Los diagnósticos correctos son similares aplicando cualquiera de los test y superan el 85%. Debido a que el objetivo último de cualquier test de dependencia es la identificación de los dependientes para tratarlos convenientemente, el uso del TTFC es, a priori, más apropiado.

149. EXPOSICIÓN AL BENCENO COMO CARCINÓGENO DEL HUMO AMBIENTAL DE TABACO EN LOCALES DE HOSTELERÍA

M.J. López, M. Nebot, L. Vinyoles, G. Muñoz, F. Centrich, F. Sánchez-Martínez, A. Schiaffino, J.A. Pascual, E. Fernández

Agencia de Salud Pública de Barcelona; Ayuntamiento de Terrassa; Instituto Municipal de Investigación Médica; Instituto Catalán de Oncología.

Antecedentes/Objetivos: Los trabajadores de la hostelería son los únicos trabajadores desprotegidos por la actual Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Los niveles de exposición de dichos trabajadores a compuestos carcinógenos no han sido estudiados hasta el momento en nuestro país. El objetivo de este estudio es medir la exposición al benceno, junto con la nicotina ambiental como marcador específico del humo ambiental de tabaco, en una muestra de locales de hostelería.

Métodos: Estudio transversal llevado a cabo entre noviembre de 2009 y abril de 2010. La muestra del estudio la constituyeron 50 locales de hostelería de la ciudad de Barcelona, seleccionados aleatoriamente según su normativa de tabaquismo (permitido /prohibido fumar). Se midió el benceno ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) y la nicotina en fase vapor ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) mediante monitores pasivos que estuvieron expuestos durante una semana. Todas las muestras se analizaron mediante cromatografía de gases/espectrometría de masas. Se describen los datos de 37 locales, presentando las medianas y rangos intercuartílicos (RI) de los locales según su normativa de tabaquismo. Asimismo, se ha calculado el coeficiente de correlación de Spearman entre las concentraciones de nicotina y de benceno.

Resultados: En aquellos locales en los que se permite fumar ($n = 21$), la concentración mediana de benceno fue de $6,16 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI 4,40-8,03), y la concentración de nicotina de $12,96 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI 6,81-19,98). En aquellos locales en los que se prohíbe fumar ($n = 16$) la concentración mediana de benceno fue de $2,83 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI 2,56-3,09) y la de nicotina de $0,08$ (0,02-0,20) $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Las diferencias en las concentraciones de benceno y nicotina entre ambos tipos de locales fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$). En el 62% de los locales en los que se permite fumar, los niveles de benceno superaron el límite recomendado por la Unión Europea para ambientes exteriores ($5 \mu\text{g}/\text{m}^3$), mientras que sólo uno de los locales con prohibición de fumar superó este límite. Existe una correlación positiva y significativa entre la concentración de benceno y la de nicotina ($p < 0,05$).

Conclusiones: Cuatro años después de la implantación de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, los trabajadores de la hostelería de locales en los que se permite fumar están expuestos a niveles de benceno que suponen un importante riesgo para su salud. Es necesaria una modificación de la actual ley que prohíba fumar en todos los locales de hostelería.

Financiación: FIS PI071292.

184. FACTORES INDIVIDUALES Y CONTEXTUALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO EN CENTROS ESCOLARES DE LA COMUNIDAD DE MADRID: UN ANÁLISIS MULTINIVEL

I. Galán, L. Díez, M. Durbán, N. Mata, A. Gandarillas, J.L. Cantero

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad de Madrid; Departamento de Estadística, Universidad Carlos III, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de tabaco en centros educativos es un factor de riesgo para el inicio de este hábito en edades tempranas, además de una fuente de exposición ambiental a humo de tabaco. El objetivo fue estimar en población fumadora los factores asociados al consumo de tabaco en centros escolares.

Métodos: Encuesta realizada en 2004-2005 a una muestra representativa de alumnos de 4.º de enseñanza secundaria de la región de Madrid. Se seleccionaron mediante un muestreo estratificado de conglomerados 79 centros y 3.622 alumnos. El cuestionario fue autoadministrado en aula y a la vez el equipo directivo contestó un cuestionario sobre políticas de control del tabaquismo del centro escolar. El cuestionario de alumnos recogía variables demográficas, consumo de tabaco, alcohol y drogas, actividad física e imagen corporal. Los análisis se restringieron a fumadores (1.166 individuos) siendo la variable dependiente: haber fumado o no (autodeclarado) en el centro escolar en los últimos 30 días. Las variables contextuales fueron: cumplimiento de la normativa sobre tabaco, referencia a la normativa en el reglamento, realización de actividades educativas, titularidad y posición socioeconómica de la sección censal correspondiente al centro. Se elaboraron modelos logísticos multinivel para estimar los efectos combinados de los factores personales y del centro escolar.

Resultados: Tener mayor edad (17 o más frente a 15 años OR = 1,53; $p = 0,063$), consumo de drogas (1 droga OR = 2,4, 2 o más OR = 3,0; $p < 0,001$) y consumir mayor número de cigarrillos ($p < 0,001$), se asocian al consumo de tabaco en el centro educativo. Los alumnos que no tienen permiso de los padres para fumar consumen tabaco en el centro con menor frecuencia (OR = 0,65; $p = 0,043$). Respecto a las variables contextuales, los jóvenes que estudian en centros privados no religiosos tienen un OR de 0,34 ($p = 0,010$) comparado con los que acuden a centros públicos, disminuyendo a 0,21 ($p < 0,001$) en los que acuden a centros privados religiosos. Los alumnos de centros que no cumplen la normativa de tabaco presentan un OR de 2,81 ($p = 0,085$). La adición de las variables contextuales de centro escolar al modelo con variables individuales, reduce un 41,1% la variabilidad entre centros, de forma estadísticamente significativa.

Conclusiones: Los alumnos de más edad, con mayor consumo de tabaco, de drogas y con permiso de los padres para fumar tienen mayor probabilidad de fumar en los centros educativos. Asimismo, la asociación observada con la titularidad del centro y el cumplimiento de la legislación, refuerza la importancia de desarrollar políticas de control del tabaquismo en el ámbito escolar.

Financiación: Financiado parcialmente FIS: PI07/0740.

249. EL TABAQUISMO SE ASOCIA CON MÁS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

G. Paluzie, J. Canet, J. Sanchis, L.L. Gallart, S. Sabaté, C. Gomar

Corporació de Salut del Maresme i la Selva; Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Hospital del Mar; Fundació Puigvert; Hospital Clínic de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La exposición al tabaco se ha asociado con la aparición de complicaciones respiratorias postoperatorias (CRP). Pero la mayoría de estudios se han realizado en muestras seleccionadas de varones o especialidades quirúrgicas y pocos han valorado prospectivamente

la asociación del tabaco con las CRP. Este trabajo pretende demostrar que la exposición previa al tabaco se asocia a una mayor aparición de CRP en pacientes sometidos a cualquier tipo de intervención quirúrgica.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en 59 hospitales (comarcales, de referencia y terciarios), con un año de reclutamiento de una cohorte seleccionada de forma aleatoria de pacientes hospitalizados > 18 años de ambos sexos, intervenidos de todo tipo de cirugía mayor, urgente o programada, bajo anestesia general o regional. Se excluyeron los trasplantes, la cirugía obstétrica y pacientes con intubación previa a la intervención. Antes de la intervención se recogió la exposición acumulada al tabaco de cada participante en forma de paquetes/año mediante un cuestionario específico. Se realizó un seguimiento durante la estancia hospitalaria postoperatoria para el registro de la variable resultado principal CRP definida por la presencia de al menos: infección respiratoria, insuficiencia respiratoria, broncoespasmo, atelectasia, derrame pleural, neumotórax o neumonitis por aspiración. Se verificó telefónicamente el estado vital de los participantes a los 90 días. Se corroboraron las fechas de defunción en el Índice Nacional de Defunciones.

Resultados: Participaron 2.464 pacientes sobre 2.782 elegibles (88,6% de tasa de respuesta). 123 pacientes (5,0%) presentaron alguna CRP. Los pacientes con exposición > 40 paquetes/año presentaron un 13,1% (IC95% 9,3% a 17,0%) de CRP con una tasa de letalidad de la CRP a los 90 días del 39% (IC95% 23% a 54%), mientras que de 0 a 40 paquetes/año presentó un 3,91% (IC95% 3,1% a 4,7%) de CRP y letalidad de la CRP del 18% (IC95% 10% a 26%). En un modelo de regresión de Poisson modificada, ajustando por la edad, escala de agresividad quirúrgica, topografía de la incisión, duración de la cirugía y el tipo de intervención (urgente, programada), el Riesgo Relativo de la exposición > 40 paquetes/año para presentar CRP fue de 1,87 (IC95% 1,3-2,6).

Conclusiones: La exposición acumulada al tabaco en forma de más de 40 paquetes/año se asocia de manera independiente a una mayor presentación de complicaciones postoperatorias respiratorias, observadas prospectivamente en una amplia muestra aleatoria de pacientes quirúrgicos de todas las especialidades.

Financiación: Fundació La Marató de TV3. Ayuda Número: 041616 (2003).

686. NIVELES DE COTININA EN ORINA Y EXPOSICIÓN PASIVA A TABACO EN NIÑOS DE LA COHORTE INMA-GRANADA A LA EDAD DE 4 AÑOS

M.F. Fernández, C. Freire, A.M. Castilla, M. Fernández-Rodríguez, J.M. Molina-Molina, J.M. Sáenz, J.P. Arrebola, N. Olea

Hospital Universitario San Cecilio; Universidad de Granada; Laboratorio Normativo de Salud Pública; Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Durante los primeros años de vida, los niños poseen una mayor tasa de respiración en comparación con los adultos; además sus mecanismos de desintoxicación no están completamente desarrollados y sus órganos están en formación. Esto explicaría su especial vulnerabilidad a la exposición a contaminantes por inhalación como por ejemplo los asociados con el humo de tabaco ambiental (ETS). Nuestro objetivo es investigar el nivel de exposición a ETS y su relación con la información sobre tabaquismo declarada por los progenitores.

Métodos: De la cohorte INMA-Granada, se incluyeron en el estudio un total de 166 sujetos, de 4 años de edad, participantes en el seguimiento clínico a esa edad. Se recogieron muestras de orina de los niños e información (sociodemográfica y hábito tabáquico) de los padres, mediante cuestionario. Como biomarcador de exposición se determinaron los niveles de cotinina mediante radioinmunoensayo, expresados por mol de creatinina, determinada mediante el método enzimático de Jaffe.

Resultados: El 32% de los niños analizados presentaron concentraciones de cotinina por debajo del límite de detección (3 ng/ml). La concen-

tración máxima hallada fue de 60,63 ng/ml. A los cuatro años de edad la mediana de cotinina en niños no expuestos a ETS frente a los expuestos fue de 3,9 y 20,3 $\mu\text{mol/mol}$ creatinina, respectivamente ($p < 0,001$). Los valores de cotinina son por tanto muy superiores en aquellos niños de padres fumadores. La concordancia entre los niveles de exposición a ETS cuantificados y la información recogida en el cuestionario fue baja.

Conclusiones: El uso del biomarcador empleado permite determinar la exposición real a ETS a la que los niños están sometidos frente a la información recogida en cuestionarios epidemiológicos validados. En Granada, la vía principal de exposición en niños al ETS es su casa, fundamentalmente porque alguno de sus padres es fumador. El alto porcentaje de niños expuestos a ETS obtenido en nuestra serie, comparada con las descritas en otros estudios europeos, demanda intervenciones sanitarias y educativas para reducirla, tanto comunitarias como particulares.

718. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE PROTECCIÓN AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN LAS NORMATIVAS DE DIVERSOS PAÍSES DE LA REGIÓN EUROPEA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

C. Martínez, J.M. Martínez-Sánchez, A. Peruga, G. Forbes, E. Carabasa, E. Fernández

Institut Català d'Oncologia; Unidad de Investigación y Control del Tabaco; IDIBELL; Tobacco Free Initiative, WHO.

Antecedentes/Objetivos: El artículo 8º del Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT) insta a los países a adoptar normativas que protejan de forma segura y eficaz. El objetivo de este trabajo es revisar y evaluar el nivel de protección al humo ambiental del tabaco (HAT) de las normativas legales de acuerdo al artículo 8º del CMCT en varios países de la región europea de la OMS.

Métodos: Estudio descriptivo de las normativas de control de consumo de tabaco en relación a los criterios propuestos por la "Guía de políticas de recomendación sobre la protección al HAT de la OMS" en el 2007. Los indicadores de protección fueron: protección total, 100% sin excepciones; permite fumar en áreas designadas cerradas y/o separadas; permite fumar en zonas ventiladas; y permite fumar si se cumplen ciertas condiciones con/sin la prescripción de zonas designadas y/o ventiladas. Se han evaluado estos criterios en seis sectores: hospitales y centros de atención primaria, centros de enseñanza, centros gubernamentales, lugares de trabajo en oficinas, restaurantes y transportes públicos. Se presentan porcentajes y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) de los indicadores de protección en los distintos sectores a estudio.

Resultados: De los 53 países de la región europea de la OMS se han analizado 33 textos normativos (62,6%). De los textos revisados ofrecen una protección total al HAT el 57,1% (IC95%: 40,7%-73,5%) de los hospitales y centros de atención primaria, el 77,1% (IC95%: 63,2%-91,1%) de los centros de enseñanza, el 45,7% (IC95%: 21,9%-62,2%) de los centros gubernamentales, el 25,7% (IC95%: 11,2%-40,2%) de los lugares de trabajo en oficinas, el 28,6% (IC95%: 13,6%-43,5%) de los restaurantes, y el 57,1% (IC95%: 40,7%-73,5%) de los transportes públicos. En estos sectores, cuando se permite fumar, entre el 75,0% y el 93,3% de las normativas detallan que tengan zonas designadas para fumadores; entre el 31,6% y el 52,0% especifican que tengan zonas ventiladas, y entre el 40,0% y el 68,4% precisan del cumplimiento de otras condiciones.

Conclusiones: Prevalece un alto número de normativas que ofrecen baja protección al HAT, en las que en su texto legal se especifica la permisividad de fumar mediante el establecimiento de áreas designadas cerradas y/o separadas, con o sin ventilación, en las que además se establecen otras condiciones específicas. Se requiere eliminar modelos de redacción de políticas que incluyan estas opciones para garantizar la protección total al HAT.

Financiación: Departament de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya.

Jueves, 28 de octubre de 2010. 17:30 a 19:00 h

Sala 2

Salud infantil, reproductiva y adolescente

Moderadora: Ana Fullana

357. CARACTERÍSTICAS DE LOS PREMATUROS EXTREMOS FALLECIDOS ENTRE 2005 Y 2008 EN LA COMUNITAT VALENCIANA

S. Bosch, A. López Maside, F. Morcillo

Dirección General de Salud Pública; Hospital La Fe, Neonatología, Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Los recién nacidos menores de 1500 gramos, muy bajo peso al nacer (MBPN), constituyen el grupo de mayor riesgo en la mortalidad infantil. En la Comunitat Valenciana (CV) representan un 0,8% de los nacidos vivos entre 2005 y 2008. Desde 2004 se dispone de información sociodemográfica, datos obstétricos, pediátricos y de morbimortalidad de las defunciones perinatales entre las 22 semanas de gestación hasta los 28 días de vida por la existencia del Registro de Mortalidad Perinatal de la CV (RMPCV). El objetivo es describir la situación de los neonatos MBPN fallecidos de 2005 a 2008.

Métodos: Los datos de los MBPN fallecidos fueron obtenidos a través del RMPCV durante los años 2005 a 2008. Para esos años se calcularon las tasas de mortalidad neonatal por nacidos vivos e intervalos de confianza al 95 %, utilizando como denominadores los nacidos vivos inscritos en el Registro de Metabolopatías de la CV del período, describiendo la evolución de: gestación múltiple, reproducción asistida, nacionalidad de la madre y causa de la muerte.

Resultados: La tasa de mortalidad neonatal MBPN varía entre un 169 por mil nacidos vivos (IC95%: 133-205) en el año 2005 y 199 (IC95%: 163-235) en 2007 sin diferencias significativas en los cuatro años analizados. Estos MBPN fallecidos representan de media el 60% de la mortalidad neonatal del período. El porcentaje medio de gestaciones múltiples es del 38%, alcanzándose el año 2006 el valor máximo (48%) y el mínimo en 2008 (25%). En un 18% de media las gestaciones de estos MBPN fallecidos proceden de técnicas de reproducción asistida, con la frecuencia más elevada en 2005 (25%) y la menor en 2008 (12%). La tendencia, tanto para la multiplicidad como para las técnicas de reproducción asistida es descendente en los dos últimos años estudiados. Siete de cada diez madres de estos neonatos fallecidos son españolas y un 30% son madres extranjeras. Proporción que se mantiene durante todo el período analizado. Los trastornos respiratorios y cardiovasculares del período perinatal son las causas básicas de muerte más frecuentes (44%), seguidas de las infecciones tardías (25%) y otros trastornos relacionados con el MBPN como los trastornos hemorrágicos. Las anomalías congénitas representan un 7% de la mortalidad en este grupo de neonatos.

Conclusiones: Entre las muertes neonatales los MBPN representa la mortalidad proporcional más elevada. Destaca en este colectivo la presencia de madres extranjeras y de gestaciones múltiples así como las técnicas de reproducción asistida. Son por tanto necesarias políticas sociosanitarias para reducir la incidencia de MBPN actuando sobre la disminución de la prematuridad, control de las técnicas de reproducción asistida para evitar la multiplicidad y control de los embarazos de riesgo.

369. DESIGUALDADES EN LA TASA DE ABORTO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA

G. Pérez, D. Ruiz-Muñoz, M. Gotsens, M. Rodríguez-Sanz

Agència Salut Pública de Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La tasa de aborto de España (7 por 1.000) es baja en comparación con la de los países desarrollados. Sin embargo, existen importantes diferencias territoriales (rango por Comunidades Autónomas 3,5-10,5). El Estado español se organiza política y administrativamente en 17 Comunidades Autónomas (CCAA) con competencias progresivas en salud, educación y mercado laboral. El objetivo de este estudio es describir de forma conjunta la influencia en el aborto de la posición socio-económica individual y las características sociales y económicas de las CCAA en España 2000-2005.

Métodos: Estudio transversal multinivel que tiene en cuenta la estructura jerárquica de las mujeres residentes en las CCAA. La población de estudio son las mujeres 20-49 años residentes en España en el período estudiado. Las fuentes de información son el Registro de IVE del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales y diversas fuentes de información del INE. La variable dependiente es la tasa de aborto por 1000 mujeres, las independientes individuales: el nivel de educación (primaria incompleta, primaria, secundaria y universidad) y la edad (20-24, 25-34 y 35-49), y las contextuales: % de gasto público en educación no universitaria sobre el PIB, % de hombres de clase social manual, % de población no procedente de la UE, % del coste de la vivienda de compra sobre los ingresos netos familiares, % de mujeres con trabajo no remunerado y el número medio de hijos por mujer. Se ajustaron modelos de regresión de Poisson multinivel para obtener los RR ajustados (RRa) de aborto y sus respectivos IC al 95%. Los resultados de estos modelos se expresan en términos de efectos fijos y efectos aleatorios.

Resultados: Las mujeres más jóvenes (RRa = 1,55 IC95% 1,47-1,63) son las que más abortos realizan. Se observa gradiente en la tasa de aborto por nivel de estudios: primaria incompleta (RRa = 2,25), primaria (RRa = 1,52) y secundaria (RRa = 1,14) en relación a las universitarias. El modelo individual explica el 54% de la variabilidad en la tasa de aborto entre CCAA. En el modelo final (variabilidad explicada del 99% respecto al modelo individual) las CCAA con un elevado número de hijos por mujer (RRa = 1,47), altos costes de la vivienda respecto de los ingresos netos familiares (RRa = 2,15) y con menor frecuencia de hombres en la clase social manual (RRa = 1,07) son las que tienen una mayor tasa de aborto.

Conclusiones: Existen desigualdades sociales y económicas individuales y por CCAA del aborto en España. Una gran parte de la variación en la tasa de aborto se debe a las características de las CCAA. Se requieren más estudios sobre las dificultades específicas que las mujeres jóvenes y las de clases sociales más desfavorecidas tienen para planificar sus embarazos.

Financiación: Subvencionado en parte por la AETS (PI07/90050).

508. FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ADOLESCENTES: UN ESTUDIO CUALITATIVO

C. Estrada, J.L. Cruz, C. Santamarina, P. Santoro, R. Aguirre

Servicio Promoción Salud Consejería Sanidad Comunidad de Madrid; CIMOP.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se observa un descenso de la práctica de actividad física vigorosa (AF) entre adolescentes de la CM, especialmente relevante en las chicas. El objetivo del estudio es conocer los factores motivacionales que están en la base de la práctica e inhibición del ejercicio físico, con especial hincapié en la desigualdad de género.

Métodos: La metodología empleada fue cualitativa o estructural, realizándose grupos de discusión, grupos triangulares y entrevistas en profundidad individuales con adolescentes de ambos sexos, padres y madres así como profesorado de educación física de secundaria.

Resultados: El aumento del sedentarismo en adolescentes se enmarca en el contexto de una sociedad sedentaria que les envía mensajes contradictorios sobre AF y en la carencia de modelos juveniles activos, casi ausentes entre las chicas. Género y clase social actúan de manera diferencial: obstaculizan la continuidad de la práctica deportiva de las chicas y el acceso a actividades e instalaciones deportivas a los menos favorecidos. A diferencia de las motivaciones de personas adultas, las de adolescentes son lúdicas. El papel de la familia es central. La construcción de la identidad de género es elemento esencial en la desigualdad observada. La ideología de género imperante reserva, ya desde la niñez, lo activo, la competición, lo corporal lúdico a varones, lo cual extrae de la propia identidad femenina la posibilidad del juego activo y de una AF lúdica. Pubertad implica separación –tanto simbólica como efectiva– entre sexos y final de actividades y juegos mixtos de la niñez. Para las chicas significa el abandono casi definitivo del juego. Deporte se asocia con “estar fuerte”, cosa de chicos. Las chicas tienen que “estar delgadas” y para ello centran su atención en la restricción alimentaria. Prefieren deportes de menor contacto físico, intensidad y competitividad. Hay ausencia de un modelo de feminidad joven que incluya la AF y el deporte como algo propio, divertido y placentero en sí mismo.

Conclusiones: Las líneas de intervención recomendadas son: promoción de actividades deportivas familiares durante la infancia, visibilización de figuras mediáticas, especialmente femeninas, relacionadas con el ejercicio (no necesariamente con el deporte), promoción de iniciativas lúdicas, participativas y más propias de la cultura juvenil, mejora de acceso a instalaciones, abriendo centros escolares fines de semana y ofertando la gratuidad de actividades a colectivos menos favorecidos. Desarrollo de estrategias de discriminación positiva dando más protagonismo a ligas femeninas y fomentando desde la niñez actividades y deportes preferidos por las chicas (voleibol, natación, baile). Educación en igualdad.

545. INGRESOS HOSPITALARIOS POR ASMA EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE TARRAGONA

E. Rovira Ricart, A. Cuadras Andreu

Observatori de Salut i Medi Ambient del Camp de Tarragona, Servei Regional al Camp de Tarragona, Agència de Protecció de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili.

Antecedentes/Objetivos: Los determinantes ambientales juegan un papel importante en la etiología del asma. El estudio de las variaciones geográficas en la prevalencia del asma durante la infancia permite generar hipótesis sobre los factores responsables de la distribución de esta enfermedad. Alrededor de la ciudad de Tarragona se encuentra uno de los polos químicos más importantes de Europa, varias vías de circulación, un puerto, un aeropuerto, dos incineradoras de residuos y dos centrales de ciclo combinado. El objetivo de este estudio es comparar la incidencia de hospitalizaciones por asma de la población infantil residente en los municipios de alrededor de la ciudad de Tarragona próximos al polo industrial con la del conjunto de la región sanitaria.

Métodos: Se obtienen las altas hospitalarias por asma bronquial (código 493 CIM-9) de los residentes en la región sanitaria de 0 a 14 años que han ingresado por urgencias en un hospital de la región sanitaria en el período 1999-2008 (fuente: CMBDAH, CatSalut). Se calcula el índice estandarizado de hospitalización de cada municipi-

pio (altas observadas/altas esperadas según las tasas de la región sanitaria) y el intervalo de confianza del 95% asumiendo la distribución de Poisson. Los ingresos hospitalarios de la ciudad de Tarragona se desagregan en ámbitos más pequeños (zonas básicas de salud). Como denominador para los municipios se utiliza la población del censo de 2001 y del padrón continuo y para las zonas básicas de salud la población del Registro Central de Asegurados (tarjetas sanitarias).

Resultados: Se observa un exceso significativo de incidencia de hospitalización por asma en algunos municipios situados a menos de 2 km de la industria. Las zonas básicas de salud de la ciudad de Tarragona con un exceso significativo de incidencia de hospitalización por asma se encuentran en el centro de la ciudad y también a distancias inferiores a 2 km de la industria.

Conclusiones: El estudio de las altas hospitalarias por asma es un método sencillo para analizar la variabilidad territorial en la prevalencia de esta patología. Este método no permite el ajuste con determinantes socioeconómicos y ambientales (prevalencia de fumadores, exposición pasiva al tabaco o a otros contaminantes procedentes del tráfico o de las descargas del puerto) y tiene limitaciones metodológicas (reingresos, variabilidad de la práctica clínica hospitalaria, calidad de los denominadores poblacionales o tipo de población de referencia). Para confirmar el exceso de morbilidad por esta patología en la población infantil de este territorio debería realizarse un estudio de prevalencia por encuesta.

597. SALUD MENTAL Y ACOSO ESCOLAR EN ESTUDIANTES DE BARCELONA

A. Pérez, X. García-Continente, M. Nebot

Agencia de Salud Pública de Barcelona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Una proporción importante de los problemas de salud mental se inicia al final de la infancia y principios de la adolescencia. Este estudio pretende conocer la relación entre salud mental y la implicación en situaciones de acoso escolar entre estudiantes de enseñanza secundaria en centros con elevada conflictividad.

Métodos: Estudio transversal de una muestra de estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) pertenecientes a dos centros educativos de Barcelona que habían experimentado varios conflictos escolares en los años anteriores. En 2009 se administró una encuesta a los alumnos de todos los niveles de ESO que incluía preguntas sobre características sociodemográficas, salud mental (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) y acoso escolar. Se realizó un análisis de regresión logística multivariado usando como variable dependiente la escala SDQ categorizada en normal y no normal (límite/anormal). Además se administró un cuestionario a los profesores sobre su percepción del clima escolar.

Resultados: Respondieron al cuestionario el 91,9% de los alumnos (N = 442; 50,7% chicos) y 22 profesores (95,7%). Los chicos presentaron una media de SDQ de 10,8 (DE = 4,4) y las chicas de 11,2 (DE = 4,9). El 85,1% de los chicos puntuó dentro de la normalidad para el SDQ (81% chicas), el 9% límite (11,1% chicas) y el 5,9% anormal (7,9% chicas). El análisis multivariado ajustado por edad y nivel socioeconómico mostró asociación significativa entre una puntuación SDQ fuera de la normalidad y estar implicado en acoso escolar. Entre los chicos, el Odds Ratio (OR) era de 3,1 (IC95%: 1-9,9) para las víctimas; 3,4 (IC95%: 1,3-9,1) para los agresores y 9,4 (IC95%: 1,7-50,8) para los que eran a la vez víctimas y agresores. Las OR para las chicas fueron 6,7 (IC95%: 2,5-17,7); 9,4 (IC95%: 2,4-36,2) y 9,4 (IC95%: 2,1-41,5), respectivamente. Más del 80% de los profesores opinaba que los alumnos conocían los comportamientos inadecuados y las consecuencias de romper una norma. Un

menor porcentaje afirmó que los alumnos sabían reflexionar sobre ellos (40,9%) o decidir por ellos mismos (18,2%). Un 27,3% creía que las relaciones en el centro se basaban en la agresión.

Conclusiones: La media de la puntuación de SDQ es superior que en otros estudios de ámbito nacional para ambos sexos (realizados en muestras representativas). El hecho de estar implicado en alguna situación de acoso escolar se asocia a un peor estado de salud mental. Esta asociación es superior en el caso de los chicos que son víctima y agresor a la vez y entre las chicas que son agresoras (sean víctimas o no). Aunque el estudio no permite conocer la dirección de la asociación, pone de manifiesto la necesidad de realizar intervenciones preventivas enfocadas a mejorar la salud emocional de los adolescentes y el clima escolar.

642. EVALUACIÓN DE PROCESO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL. NI OGROS NI PRINCESAS

J. García-Vázquez, A. Lena Ordóñez, O. Suárez Álvarez

Consejería de Salud de Asturias; Instituto Asturiano de la Mujer; Gerencia de Atención Primaria del Área I.

Antecedentes/Objetivos: En el curso 2008-09, se puso en marcha el programa Ni ogros ni princesas en 12 centros de secundaria de Asturias (España) para incorporar la educación afectivo-sexual en la Educación Secundaria Obligatoria. Este estudio recoge la evaluación del proceso de esta intervención durante su primer año de implantación, para conocer su validez, así como la satisfacción y utilidad percibida por alumnado y profesorado.

Métodos: La población de estudio fueron los 12 centros que comenzaron el programa, así como su alumnado y profesorado. Se recogió información sobre acciones realizadas, participación en las mismas, satisfacción y utilidad percibida mediante cuestionarios y grupos focales. La muestra seleccionada, para los cuestionarios, fueron los 12 centros que participaron en el programa; en el caso del alumnado, se determinó el tamaño muestral para un intervalo de confianza del 95%, un error máximo de precisión del 5% y una prevalencia estimada desconocida del 50%. Se realizó el muestreo para cada nivel de la ESO, que sumó 987 alumnos y alumnas. Finalmente, se seleccionó al 100% del profesorado de estos centros que se implicó en el programa. Para los grupos focales, se seleccionaron cuatro centros al azar y se realizaron tres grupos con alumnado y cuatro con profesorado.

Resultados: Se realizaron actividades informativas a comienzo del curso escolar en los 12 centros. Un total de 185 docentes se implicó en esta iniciativa y el 75% recibió formación. El número medio de sesiones impartidas por el profesorado en cada nivel de la ESO fue 6. Al 65% del alumnado le gustaron bastante/mucho estas sesiones y valoraron la utilidad de las mismas: más del 60% consideró que las sesiones servían bastante/mucho para aumentar conocimientos, reflexionar sobre estos temas, mejorar la igualdad de chicos y chicas, conocer otras opiniones y favorecer el respeto a la diversidad sexual. Los talleres externos llegaron a más del 60% del alumnado y también tuvieron una aceptación mayoritaria. Se envió el boletín de las familias en 7 centros y en los 12 se realizó una sesión para las familias, en las que participaron 207 personas.

Conclusiones: Ni ogros ni princesas fue una intervención novedosa, satisfactoria y percibida como útil para incorporar la educación afectivo-sexual en los centros de secundaria, con una alta participación, satisfacción y utilidad percibida por profesorado y alumnado de la ESO. La extensión de este programa, con el apoyo institucional correspondiente, resulta aconsejable, así como la realización de estudios que corroboren su efectividad en la adquisición de conocimientos, actitudes y conductas saludables.

COMUNICACIONES ORALES (3 MINUTOS) IV

Jueves, 28 de octubre de 2010. 17:30 a 19:00 h

Auditorio 1

Vigilancia, brotes, enfermedades infecciosas, VIH-sida y vacunas

Moderan: Javier Guillén y Eliseo Pastor

532. VIGILANCIA DE LAS PARÁLISIS FLÁCIDAS AGUDAS EN CATALUÑA. 1998-2009

N. Torner, A. Martínez, N. Rabella, T. Salas, J. Masa, T. Castellanos, G. Trallero, A. Plasencia

Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III; Servicio de Microbiología Hospital de Sant Pau; Centro Nacional de Epidemiología; Centro Nacional de Microbiología.

Antecedentes/Objetivos: La OMS incide en la vigilancia de las parálisis flácidas agudas (PFA), con la notificación de un mínimo de casos < 15a como indicador de calidad para detectar una posible infección por poliovirus. Una vigilancia sensible de las PFA es el pilar esencial para la erradicación de la poliomielitis. En Cataluña la vigilancia de las PFA se inició en 1998 como parte del Plan Nacional de Erradicación de la Poliomielitis en España. Este trabajo describe 12 años de vigilancia de PFA en < 15a en Cataluña.

Métodos: Se recogieron los datos procedentes de la notificación urgente de casos de PFA en < 15a, declaración mensual de cero casos por parte de la red de hospitales incluidos en la vigilancia y de revisión del CMBDAH (CIE-9:045; 045.1; 357.0; 336.9; 356.9). La investigación se llevó a cabo según protocolo (encuesta clínico-epidemiológica, recogida de dos muestras de heces antes de 14 días del inicio de la PFA, seguimiento a 60 días de inicio de la parálisis). El estudio virológico de las muestras se practicó en laboratorio de microbiología de Hospital Sant Pau y Centro Nacional de Microbiología. Se estudió la tendencia de notificación mediante coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: Durante el período entre 1998 y 2009 se registraron 139 casos (38,2% notificados, 10,8% recuperados de cero casos y 51% del CMBDAH). La tasa de incidencia anual de casos notificados sólo superó la tasa recomendada (1/100.000 < 15a) en 2003 (1,30) y 2005 (1,15), mientras que tomando todas las fuentes de información dicha tasa fue inferior a 1 en 2000, 2002 y 2009 (0,70; 0,80 y 0,80 respectivamente). En el 68% de los casos notificados se pudo recoger muestra de heces correctamente y solo en 2007 se superó el 80% requerido. El resto de los indicadores de calidad (investigación, seguimiento, plazo de envío al laboratorio y obtención de resultados) se hallaron > 80%. La distribución de diagnósticos clínicos fue síndrome de Guillain Barré (79%) seguido de mielitis (11%). En ninguna de las muestras analizadas se aisló poliovirus. La evolución de las tasas de incidencia totales mostraron una ligera tendencia a incrementar ($R^2 = 0,1$) mientras que las de los casos notificados se mantuvieron constantes ($R^2 = 0,03$).

Conclusiones: Se observa una infra-notificación de PFA que hace necesario mejorar la calidad del sistema para alcanzar los niveles mínimos exigidos. Dado el riesgo evidente por viajes entre países aún endémicos y la región europea, la vigilancia de las PFA en Cataluña debe mantenerse activa.

714. INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR ROTAVIRUS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2009

J.D. Calle Barreto, G. Pérez Torregrosa, J.M. Sahuquillo Arce, M. Selva San Adrián, A. López Maside, R. Carbó Malonda, M.A. Martín-Sierra Balibrea, F. González Morán

Dirección General de Salud Pública, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Determinar la incidencia de casos diagnosticados de infección por Rotavirus en la población general y en niños menores de 5 años así como describir su distribución geográfica y temporal a partir de los registros de pacientes que acuden tanto a centros de Atención Primaria como especializada (Hospitalaria) en la Comunidad Valenciana (CV) durante el año 2009.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo para determinar incidencia de la infección por rotavirus en la CV usando como fuente de datos la RedMIVA con registros del año 2009. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, lugar de residencia, fecha de realización de la prueba, hospital que realizó el diagnóstico, y tipo de atención sanitaria (primaria o especializada).

Resultados: Se analizaron 12.917 pruebas realizadas en muestras de heces para detección del antígeno de rotavirus, correspondientes a igual número de pacientes, durante el año 2009 en la CV. Los análisis correspondieron a 6.519 (52,1%) hombres y a 6.004 (47,9%) mujeres, resultando positivos 1.181 pacientes (9,1%), 613 hombres y 514 mujeres, sin diferencias significativas entre sexos. La incidencia de infección por rotavirus en la Comunidad Valenciana fue de 23,5 por 100.000 habitantes para el total de la población. El grupo de edad con mayor incidencia de la enfermedad fue el de menores de 1 año con una tasa de 995 por 100.000 habitantes/año. El grupo de 1 a 4 años tienen 4,09 veces más riesgo que los mayores de 15 años, y los menores de 1 año tienen 5,1 veces más riesgo que ese grupo de edad ($p < 0,001$). Los Departamentos de Salud de Elche (57,0), Alcoy (43,0), Torrevieja (39,9) y Alicante (37,0) tienen las tasas más altas de la Comunidad. En Atención Primaria fueron atendidos 698 pacientes (59,1%) y 483 (40,9%) en centros de Atención Especializada (Servicios de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización). El riesgo relativo en centros de Atención Primaria con relación a la atención especializada hospitalaria es de 2,59 (IC: 2,32-2,89). El porcentaje de rotavirus varió estacionalmente concentrando el 72% de los casos en las cuatrisesmanas 1,2 y 3, que corresponden a la temporada invernal, aumentando un 44% sobre la media anual.

Conclusiones: La población de niños menores de 5 años de edad, y en particular los menores de 1 año constituye el mayor grupo de riesgo para contraer la infección por rotavirus. Según nuestros datos la Atención Primaria es el centro de referencia para el diagnóstico de infección por rotavirus, lo que se podría relacionar con el escaso número de complicaciones clínicas.

31. INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE DIARREA INFECCIOSA DIAGNOSTICADOS EN CASTELLÓN EN 2009 Y COMPARACIÓN CON LOS AÑOS 2004 Y 2000. EDICS-2009

S. Sabater Vidal, M.M. Salvador Ribera, J.B. Bellido Blasco, M.D. Tirado Balaguer, I. Ballester Rodríguez, M.A. Romeu García, E. Silvestre Sivestre, L. Safont Adsuara, A. Arnedo Pena

Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Castellón; Servicio de Microbiología, Hospital General de Castellón; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Grupo EDICS (Estudio Diarrea Infecciosa de Castellón).

Antecedentes/Objetivos: Los casos esporádicos de diarrea infecciosa son más numerosos que los asociados a brotes, sobre todo en niños. Marcan la endemia visible de estos procesos. Entre los objetivos del Estudio de la Diarrea Infecciosa en Castellón (EDICS) está la estimación de la incidencia y características de estos casos diagnosticados en el

Departamento de salud 2 (280.000 h). Los resultados de los años 2000 y 2004 ya han sido publicados. Se presentan ahora los correspondientes al año 2009, con la misma metodología.

Métodos: Población: pacientes con coprocultivo positivo en 2009. Variables: edad, sexo, municipio, inmigración, fecha de análisis, atención en urgencias, hospitalización, estancia y etiología. Se han excluido los residentes fuera del Departamento, los que forman parte de brotes conocidos (identificados en la Sección de Epidemiología), los coprocultivos de seguimiento repetidos y los casos nosocomiales (inicio > 3 días del ingreso). Se ha calculado la incidencia de cada microorganismo, por edad y se comparan con las de los años anteriores. Se han analizado el resto de variable.

Resultados: De 747 coprocultivos fueron excluidos 159 por alguna de las razones mencionadas, de modo que son 588 casos los usados para el cálculo de incidencia. El 67% eran menores de 5 años y el 54% menores de 3 años. Los casos y tasas anuales de los episodios debidos a los microorganismos más frecuentes fueron: *Campylobacter* 210 casos (tasa de 0,74 por mil), *Salmonella*, 199 casos (0,70), rotavirus 76 (0,27), 74 *Aeromonas* (0,26) y adenovirus 47 (0,17). En menores de 5 años los resultados fueron: *Campylobacter* 154 casos (tasa por mil, 10,1), *Salmonella*, 105 casos (6,9), rotavirus 63 (4,1), 51 *Aeromonas* (3,3) y adenovirus 43 (2,8).

Conclusiones: Los casos esporádicos de estos procesos gastrointestinales no están incluidos en los sistemas de Vigilancia Epidemiológica de manera sistemática y producen un número considerable de casos en la población infantil. La distribución temporal, las hospitalizaciones y las tasas por edades en el grupo los niños más pequeños, presentaron patrones distintos para cada microorganismo. Se observa una discreta tendencia a disminuir en las tasas desde el año 2000, menos acusada para *Salmonella*, aunque cada agente tiene distintos ciclos estacionales que hay que tener en cuenta en la interpretación de estos resultados preliminares.

Financiación: CIBER-Epidemiología y Salud Pública Grupo 41.

551. INFECCIONES POR CAMPYLOBACTER SPP. ESPAÑA, 2000-2008

L. Velasco, L. Sobrino, M. García, C. Varela, P. Soler

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: La campilobacteriosis es una enfermedad bacteriana que se caracteriza por diarrea, dolor abdominal, fiebre, náusea y vómito. Aunque *Campylobacter jejuni* y *C. coli* son las especies asociadas con más frecuencia a los cuadros diarreicos, *C. lari* y *C. fetus* también los producen. El reservorio son especialmente las aves de corral y ganado vacuno por lo que las medidas de prevención se dirigen a controlar este agente en la cadena alimentaria. El objetivo del estudio fue describir la situación de esta infección en España: población afectada, tendencia en el tiempo y variación estacional.

Métodos: Se analizaron las infecciones por *Campylobacter* notificadas al Sistema de Información Microbiológica de 2000 a 2008. La definición de caso fue el aislamiento de *Campylobacter* de cualquier muestra clínica. Se analizaron las variables edad, sexo, fecha de aislamiento, muestra en la que se produce el aislamiento y especie. Se utilizó la prueba χ^2 para comparar variables categóricas. Se utilizaron EpiInfo y Excel.

Resultados: Se notificó un total de 52.203 infecciones por *Campylobacter* de 2000 a 2008 procedentes de 41 laboratorios de 10 comunidades autónomas. Para el estudio de tendencia temporal se seleccionaron las 43.861 infecciones de los 31 laboratorios que notificaron de manera constante durante el período. La mediana del número de infecciones anual fue 4.991 (rango: 4.570-5.069). El 83,2% de las infecciones fueron por *C. jejuni*, 2,8% por *C. coli*, 0,2% por *C. lari*, 0,0004% por *C. fetus* y 13,7% por *Campylobacter* spp. Las infecciones por *C. jejuni* mostraron una disminución (pendiente: -44; R: 0,48) mientras que las producidas

por *C. coli* mostraron un ligero aumento (pendiente: 10; R: 0,40) durante el período de estudio. La distribución por períodos de cuatro semanas del número de infecciones muestra un aumento durante los períodos 5, 6 y 7 acumulándose en esas 12 semanas el 26% de las notificaciones. Se dispone de información sobre edad y sexo en 44.877 casos. La razón de masculinidad fue 1,4. El 66% fueron menores de 5 años (14% menores de uno) y el 6,6% fueron mayores de 65. La distribución por grupo de edad fue diferente según la muestra. En menores de 5 años el 66% de los aislamientos fueron en heces frente al 20% que fueron en sangre ($p < 0,001$). En mayores de 65 años un 7% de aislamientos fueron en heces frente a un 35% en sangre ($p < 0,001$).

Conclusiones: El número de infecciones por *C. jejuni* ha disminuido de 2000 a 2008, pero el de *C. coli* muestra un ligero aumento. La campilobacteriosis fue más frecuente en hombres y en menores de 5 años de edad. Cuando el aislamiento fue en sangre la mayoría de las notificaciones correspondieron a adultos lo que podría reflejar la necesidad de presentación de un cuadro clínico más grave para que se lleve a cabo el diagnóstico microbiológico en adultos.

480. INFORMACIÓN RÁPIDA Y CONTINUADA EN BROTE CON 28 CASOS DE TUBERCULOSIS EN GUARDERÍA. SIEMPRE INSUFICIENTE

J.J. Fornovi Vives

Distrito Sanitario Almería.

Antecedentes/Objetivos: En junio de 2009 se detecta un brote de tuberculosis en Guardería de la ciudad de Almería con la aparición de dos casos en niños. Se procede a realizar los estudios para la localización del caso índice y de otros posibles afectados. Se produce una gran alarma social entre las familias y a través de los medios de comunicación que se pretende controlar con una información rápida y continuada.

Métodos: Aplicando el protocolo se realiza un estudio de contactos rápido y coordinado entre niveles asistenciales quedando implicados el Centro de Distrito, los Centros de Salud y los Servicios hospitalarios. Epidemiología del Distrito mantiene la relación informativa continuada con las familias. La Delegación provincial, a través de la Jefatura del Servicio de Salud, se relaciona de forma mantenida con los medios de comunicación social.

Resultados: Se estudiaron 277 personas: 138 relacionadas con la Guardería (28 enfermas: 27 en niños menores de 4 años y el caso índice en educadora asintomática); el resto estudiado correspondió a familiares. Reuniones informativas a demanda: 1ª: al día siguiente de detectarse el brote (la jornada se inicia con la noticia publicada en los medios de comunicación provincial); 2ª: cuando la inoculación de tuberculina; 3ª: tras los resultados del Mantoux para explicar el proceso que se va a seguir. Manteniendo la preocupación se dan tres números de teléfonos móviles para que puedan realizar consultas a cualquier hora que lo precisen. Se reciben numerosas llamadas. 4ª: nueva reunión al día siguiente (se siguen sintiendo poco informadas). Algunas familias proponen constituir una Asociación de afectados quedando al final en una Coordinadora que sigue pidiendo explicaciones hasta después de haber terminado el estudio (más reuniones). Para dar respuesta a los medios de comunicación que de forma diaria daban "su versión" de los hechos, la Delegación de Salud mantiene relación estrecha con Epidemiología del Distrito y el Hospital. Aún dando los resultados definitivos de investigación del brote la noticia que prevalecía en algún diario era "Ya son 28 los casos de..." como si todavía se esperaran más. Esta información constante y mantenida se sigue considerando siempre insuficiente hasta pasadas semanas tras ultimar la investigación del brote que, en reunión con el Delegado provincial y responsables de la investigación, la Coordinadora se disuelve.

Conclusiones: La intervención coordinada con prontos diagnósticos y tratamientos aminora el nivel de alarma social. Mantener bien informadas a las familias, aunque lo consideren siempre insuficiente, per-

mite entender que las intervenciones han sido las adecuadas. Una relación fluida y constante con los medios de comunicación social no impide que sigan transmitiendo mensajes distantes de lo que está aconteciendo.

596. BROTE DE SARAMPIÓN EN EL MUNICIPIO DE JUMILLA EN LA PRIMAVERA DE 2010

V. García-Ortúzar, A. García-Fulgueiras, J.J. Pérez, C. Márquez, M. Mosquera, M. Ballesta, J.A. Navarro, C. Navarro

Consejería de Sanidad de Murcia; CIBERESP; Laboratorio de Serología, Hospital Virgen de la Arrixaca; Laboratorio Nacional de Microbiología.

Antecedentes/Objetivos: Describir un brote de sarampión en Jumilla, municipio de 25.348 habitantes.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de sarampión registrados en Jumilla de febrero a mayo. Se cumplimentaron los protocolos de notificación individual y se confirmaron los casos por serología para sarampión (IgM), PCR en orina y/o exudado faríngeo y genotipado. Se comprobó el estado de vacunación en el Registro de Vacunas.

Resultados: El primer caso fue una persona búlgara romaní que tuvo contacto con un enfermo procedente de Bulgaria. Fue hospitalizada el 24 de febrero y a continuación enfermaron dos familiares. A los pocos días, se notificaron casos entre residentes de Jumilla, principalmente entre la comunidad gitana. En total se registraron 90 casos de sarampión, con una incidencia de 355 casos por 105 habitantes, 1.032 en < 20 años de edad y 1.616 en ≤ 1 año. El 36% de los casos eran españoles de etnia gitana (EEG), 50% españoles de etnia no gitana (EENG) y 14% de otro origen (OE). La media de edad fue de 15,8 años (rango: 0-44) y la mediana de 8,5 años en EEG y de 19 años en EENG. El 66,7% de los casos pertenecían a cohortes incluidas en el programa de vacunación (entre 15 meses y 29 años) de los cuales el 50% eran EEG, 38% eran EENG y 12% de OE. Entre los afectados < 15 meses predominaban los EENG (73%) al igual que en > 20 (79%). Se comprobó que 61% de los casos no estaban vacunados de triple vírica (TV), 18% habían sido vacunados durante el brote, en 18% se desconocía este dato y en 3% se detectó posible fallo vacunal. Se registraron 12 ingresos hospitalarios y no hubo fallecidos. Se confirmaron el 86% de los casos, 68% por laboratorio y 18% por vínculo epidemiológico y se identificó el mismo genotipo D4 aislado en Bulgaria. Se identificó el lugar de contagio en 73% de los casos (el hogar en 50%, el centro de salud en 11% y el barrio o colegio en 8%). Las medidas adoptadas incluyeron control de contactos, adelanto de la primera dosis de TV a los 6 meses de edad y recaptación de población < 40 años no vacunada (mediante carta individualizada en < 20 años) y actualización del calendario vacunal en personal de los centros sanitarios.

Conclusiones: Los afectados EENG se registraron mayoritariamente en < 15 meses de edad y > 20 años, mientras que en EEG se encontraron principalmente personas no vacunadas de cohortes que debieran haber estado correctamente vacunadas frente a sarampión. La detección de una bolsa de no vacunados ó con vacunación incompleta entre la comunidad gitana del municipio evidencia una inequidad en salud que exige aplicar estrategias específicas de vacunación en colectivos especialmente vulnerables.

192. BROTE DE SARAMPIÓN EN MALLORCA CON DIVERSIDAD DE FOCOS DE TRANSMISIÓN

A. Galmés, J. Giménez, A. Nicolau, C. Bosch, J.M. Vanrell, M. Portell

Servicio de Epidemiología, Direcció General de Salut Pública, Illes Balears.

Antecedentes/Objetivos: El 16/04/2010 un hospital de Mallorca notificó la sospecha de sarampión en una mujer de 30 años, cuidadora de guardería, con el antecedente de contacto con un caso de exantema en niña de 21 meses.

Métodos: Investigación del caso según lo establecido por el Plan de Eliminación del Sarampión, búsqueda activa e investigación de casos e identificación y seguimiento de contactos. Descripción del brote en términos de tiempo, lugar y persona. Medidas de control del brote.

Resultados: Se detectaron 6 casos; el primero inició síntomas (IS) el 3 de abril y el último el 23. El caso índice fue detectado el 16, al día siguiente de aparecer el exantema. El territorio epidémico investigado estaba formado por 4 núcleos: 1) Restaurante con zona de juegos infantiles, de gran capacidad y frecuentado por población centroeuropea residente en Mallorca. 2) Guardería: 40 niños distribuidos por año de nacimiento (7 en 2009, 13 en 2008, 20 en 2007) y 6 cuidadoras; ubicada en Calvià, municipio con mucha población de origen centroeuropeo y frecuente asistencia médica privada por profesionales de su mismo origen. 3) Instituto de Secundaria: 1.150 alumnos y 120 profesores; en Calvià. 4) Urgencias de Pediatría de una clínica privada de Palma. Casos: 1) Niña de 21 meses; IS 03/04; IgM positiva; no vacunada con triple vírica (TV). 2) Niña de 13 años; IS 05/04; diagnóstico clínico-epidemiológico; ingreso hospitalario; 1 dosis TV en 1997. 3) Mujer 30 años; IS 15/04; IgM y cultivo positivos; ingreso hospitalario; 1 dosis TV en 1980. 4) Niña de 21 meses; IS 10/04; diagnóstico clínico-epidemiológico; no TV. 5) Niño de 16 meses; IS 20/04; IgM y cultivo positivos; no TV. 6) Niño de 10 meses; IS 23/04; IgM positivo; no TV. Vínculos epidemiológicos entre casos: (1 y 2) Coprimarios; un solo contacto en período de incubación, en el restaurante. (3 y 4) Secundarios de 1 en guardería. (5 y 6) Secundarios de 1 en Urgencias. No hubo casos secundarios en el instituto. Genoma viral identificado: D4, relacionado con brote de Bulgaria. Intervención: 1) Sucesivas alertas a servicios asistenciales. 2) Revisión vacunación de cuidadoras y niños de la guardería, aula del caso en instituto y contactos domiciliarios. 3) Información e indicaciones específicas según estado vacunación y edad. 4) Información e indicaciones de vigilancia y control en clínica implicada en la transmisión.

Conclusiones: Se trata de un brote de sarampión que pone en evidencia diversos focos de transmisión y la importancia de los centros de educación infantil y los centros sanitarios como nodos de transmisión, así como la necesidad de administrar 2 dosis de TV. La heterogeneidad de los centros médicos implicados en la atención de los niños de la zona dificulta la vigilancia y la investigación de casos y contactos.

630. INCIDENCIA DE CASOS GRAVES HOSPITALIZADOS DE GRIPE PANDÉMICA (H1N1) 2009 EN CATALUÑA

P. Godoy, A. Rodés, J. Álvarez, N. Camps, I. Barrabeig, M.R. Sala, S. Minguell, P. García de Olalla, A. Domínguez

Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Servicio de Microbiología, Hospital Clínic de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La valoración de las pandemias a través de la incidencia de casos graves hospitalizados, la letalidad y mortalidad resulta determinante para ajustar las respuestas de salud pública a sus niveles de gravedad. El objetivo del estudio fue estimar la incidencia de casos graves hospitalizados por gripe pandémica (H1N1) 2009 en Cataluña.

Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo de la incidencia de casos graves hospitalizados en el período: mayo del 2009 hasta abril del 2010. Se constituyó un registro poblacional y se utilizó la definición de caso del CCAES y el ECDC y el diagnóstico se confirmó en todos los casos mediante técnicas de PCR y/o cultivo. Para cada uno de los casos se realizó una encuesta epidemiológica para recoger información sobre variables de filiación, fechas de hospitalización y alta, inicio de síntomas, clínica, factores de riesgo, tratamiento y evolución clínica. Se describió la prevalencia de factores de riesgo de los casos y se calculó la incidencia por 105 hab con su intervalo de confianza (IC) del 95%. La existencia de diferencias estadísticamente signifi-

ficativas entre los diferentes grupos de edad se determinó con el riesgo relativo (RR) y IC del 95%.

Resultados: Se detectaron 771 casos graves de gripe pandémica (H1N1) 2009. En la semana 46 del 2009, con 198 casos nuevos se alcanzó el máximo de ingresos (la misma semana del pico de síndromes gripales registrados por la red de médicos centinelas). Los factores de riesgo más prevalentes fueron embarazo (13%; 19/146), asma (12%; 87/723); enfermedad pulmonar obstructiva crónica (11,4%; 87/761); cardiopatías (10,4%; 80/760), diabetes (8,8%; 67/761), inmunodeficiencias (8,7%; 66/764), obesidad (IMC > 40) (8,3%; 59/712), disfunción cognitiva (7,8%; 55/704) y enfermedad hepática crónica (5,0%; 36/714). La incidencia para el conjunto de Cataluña fue de 10,2 por 105 hab (IC95% 9,5-10,9) y fue superior para el grupo de 0-4 años (20,1; RR = 3,2; IC95% 2,3-4,3); de 5-14 años (11,2; RR = 1,8; IC95% 1,3-2,4); de 15-44 años (9,0; RR = 1,4; IC95% 1,1-1,8); y en el de 45-64 años (2,0; RR = 1,8; IC95% 1,5-2,5) respecto a los mayores de 64 años (6,3).

Conclusiones: La incidencia de casos graves hospitalizados ha sido similar o inferior a la observada en países del hemisferio sur. Se confirma la alta prevalencia de embarazo, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y obesidad entre los casos graves. El riesgo inferior de hospitalización en los mayores de 64 años respecto al resto de grupos sugiere la protección relativa de este grupo de edad frente al este virus pandémico.

41. AISLAMIENTOS DE *S. PNEUMONIAE* EN LA ISLA DE GRAN CANARIA 2004-2010

A.J. García Rojas, P. García Castellano, P. Matute Cruz, D. Núñez Gallo, D. Trujillo Herrera, J. Solís Romero, F. Artilles Campelo, A. Bordes Benítez, A. Fenoll Comes

Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública; Servicio de Microbiología, Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín; Centro Nacional de Microbiología.

Antecedentes/Objetivos: Se plantea conocer las características descriptivas y la distribución temporal de los diferentes serotipos de *S. pneumoniae* aislados en menores de cinco años en la isla de Gran Canaria, durante el período temporal 2004-2009.

Métodos: Estudio prospectivo de los serotipos de *S. pneumoniae* aislados en menores de 5 años, y notificados por el Sistema de Información Microbiológica de la Isla de Gran Canaria durante los años 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009, correspondientes a enfermos que hubieran sido ingresados en un hospital de la isla con diagnóstico de laboratorio de *S. pneumoniae* en sangre, LCR, o en otros lugares usualmente estériles.

Resultados: Durante el año 2004 se verificaron 12 (14%) aislamientos, en 2005, 17(20%) en 2006, 19 (22%), 9 (10%) en 2007, 23 (26%) en 2008 y 7 (8%) en 2009. Del total de los 87 hallazgos verificados en el período temporal estudiado, se pudieron serotipar 77 (86,5%). Por otro lado, el 37% de los aislamientos se produjeron en pacientes menores de 1 año de vida, el 49% en pacientes entre 1 y 2 años, y el 14% entre los mayores de 2 y menores de 5 años. En el 2004, el 44% de los serotipos obtenidos eran prevenibles por la vacuna conjugada heptavalente, en 2005, el 53%. en 2006, el 31%, en 2007 el 11% el 25%, en 2008, y el 29% en el 2009. De los serotipos aislados en 2008, el 33% hubieran sido prevenidos por la vacuna Synflorix y el 92% por Prevenar13. A su vez, de los aislados en el 2009, el 57% hubieran sido prevenidos por Synflorix, y el 86% por Prevenar 13 Durante el período estudiado, el serotipo más aislado fue el 19A (28%).

Conclusiones: La aparición de los serotipos vacunales aislados puede estar condicionado por el uso de las vacunas conjugadas en un amplio porcentaje de la población menor de 5 años. Hay que aumentar el conocimiento sobre la enfermedad neumocócica invasiva, mediante una vigilancia continua, remarcando la necesidad de confirmar los diagnósticos y de disponer de aislamientos que permitan identificar

los serotipos causantes. Las nuevas vacunas conjugadas frente a la enfermedad invasiva por neumococo engloban, especialmente la Prevenir 13, la mayor parte de los serotipos aislados en la isla de Gran Canaria, en los dos últimos años estudiados.

454. HEPATITIS A: SITUACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN, AÑO 2009

E. López García, C. Ruiz Sopeña, M. Allúe Tango, S. Fernández Arribas, A. Pérez Rubio

Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: La hepatitis A continúa siendo la causa más frecuente de hepatitis viral aguda en todo el mundo. En los últimos años se ha observado un aumento del número de casos registrados en España. El objetivo del estudio es conocer las características epidemiológicas de los casos de hepatitis A declarados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León, 2009.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo de casos de hepatitis A notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2009 que cumplen la definición de caso. La información es recogida en una encuesta específica que incluye las variables: datos de filiación, datos clínicos, de laboratorio y epidemiológicos. Se utiliza como población de referencia la revisión anual del Padrón de 2009 (Fuente INE).

Resultados: En el período de estudio se declararon 59 casos de hepatitis A confirmados (tasa de 2,30 casos por 100.000 hab.). De ellos, el 71,2% eran hombres (tasa 3,30) y el 28,8% mujeres (tasa 1,32) con una edad media de 25,99 años (DE: 12,9; mediana de 26 años; rango: 4-74 años). El grupo de edad más frecuente encontrado fue el de 25 a 34 años, con un 33,9% del total de casos declarados. El 62,7% de los casos estaba entre 15 y 34 años. El 33,9% requirió ingreso hospitalario (60% hombres) con una edad media de 24,9 años (DE = 8,7). De los 59 casos, el 20,34% estaban asociados a brote, con una media de edad de 18,70 años (DE = 10,19) y el 88% hombres. En 2009 se notificaron dos brotes, uno comunitario que afectó a 15 casos (60% ingresados) y otro familiar (4 casos, 25% ingresados). Por provincias, Salamanca es la que más casos tiene registrados (33,9%, tasa de 5,64), seguida de Ávila con un 15,2% (tasa de 5,24), donde se notificaron los dos brotes. El 81,35% eran de nacionalidad española. Respecto a los factores de riesgo recogidos, el 33,9% refiere consumo de alimentos (marisco y verduras crudas) y el 6,78% consumo de agua de manantial. El 20,34% de los casos tuvo contacto con un caso sospechoso o confirmado de hepatitis A (en el 58,33% el contacto fue familiar y en el 25% sexual). El 8,47% refiere haber viajado a una zona de alta endemicidad. La tasa de incidencia del 2009 es más alta que la de los 3 últimos años (2006: 1,03; 2007: 0,63 y 2008: 1,60).

Conclusiones: El número de casos de hepatitis A ha aumentado en el año 2009 en Castilla y León con cifras inferiores a las nacionales. Se presentaron en hombres, adultos jóvenes con alta proporción de ingresos hospitalarios. Los factores de riesgo se han asociado a consumo de alimentos y contactos familiares.

141. DIFERENCIAS DE PERFIL EN LAS HEPATITIS A EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD

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

Centro de Salud Pública de Alzira, DGSP, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Los casos de Hepatitis A (HA) declarados en el Departamento de La Ribera en estos últimos años, presentan un perfil epidemiológico con relación a la inmigración y, en particular, en

niños de origen magrebí, que marca diferencias significativas con la población autóctona. Desde el año 2004 disponemos de un sistema pasivo de declaración y registro informático de enfermedades (AVE), completado en 2007 con la vigilancia activa desde los laboratorios de microbiología de la red asistencial pública (RedMIVA). El objetivo de este trabajo es describir las características diferenciales de las HA respecto al sexo y nacionalidad de origen entre españoles y extranjeros durante los últimos cinco años.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de HA declarados en el departamento de La Ribera desde 2005 hasta la semana 12 de 2010. Se analizarán las variables demográficas sexo, edad y nacionalidad; se realizan correlaciones bivariadas y prueba chi cuadrado para estimar diferencias. Los datos de población proceden del padrón continuo. El análisis se realiza con SPSS v.14. La fuente de datos son las encuestas epidemiológicas procedentes del sistema AVE y RedMIVA.

Resultados: Se han declarado un total de 79 casos: 2005 (10); 2006 (7); 2007 (13); 2008 (31); 2009 (14) y 2010 semana 12 (4). La demora media de declaración es de 7 días. Edad media 26 años (2-85). El 53% fueron hombres. La estancia media de ingreso fue de 5 días, sin diferencias por sexo, edad o nacionalidad. El 75% son españoles (60 casos), de origen marroquí (15 casos) que suponen el 19%. La edad media es significativamente menor en los casos de origen extranjero (10,2 años). La zona 4 aporta el 19% de los casos declarados. Ocho de ellos son de origen marroquí y están escolarizados. Ningún caso estaba vacunado previamente. Las tasas no aportan diferencias respecto a la Comunidad Valenciana. La distribución temporal agrupa casos tras los períodos de vacaciones. En el año 2008, los casos fueron en verano, 99% españoles y asociados al consumo de tellinas. Se han declarado un total de 12 brotes con una media de 2 casos; el ámbito ha sido familiar y la transmisión mixta.

Conclusiones: Las áreas de procedencia, endémicas para la HA, la frecuencia de viajes a sus países de origen, la escolarización normalizada de los menores en nuestro territorio junto con las recomendaciones sanitarias nacionales y los hallazgos epidemiológicos en el Departamento, plantean la necesidad de un cambio en los controles habituales del Programa de Seguimiento del Niño Sano dirigidos a la población inmigrante o a sus hijos, nacidos o no en España, así como un esfuerzo en el cumplimiento de las recomendaciones nacionales e internacionales relativas a la vacunación frente a HA.

85. BROTE DE HEPATITIS A POR CONSUMO DE TELLINAS IMPORTADAS DEL PERÚ. DEPARTAMENTOS 2 Y 3 DE CASTELLÓN

A. Arnedo, C. Herrero, E. Silvestre, L. Safont, F. Pardo, M.A. Romeu, J. Bellido, B. Vila, J.A. Fabregat

CSP Castellón; Laboratorio de Microbiología, Hospital General; Laboratorio de Microbiología, Hospital La Plana.

Antecedentes/Objetivos: En la primavera del 2008 se observó un incremento de la incidencia de hepatitis A en los departamentos de salud 2 y 3 de Castellón. El objetivo fue determinar su origen y adoptar medidas de control y prevención.

Métodos: Dos estudios de casos y controles, uno de ellos apareado, iniciados en mayo 2008. Los casos de hepatitis A eran personas que sufrían hepatitis A aguda confirmada con serología IgM positiva entre enero-julio 2008 y residían en los mencionados departamentos. En el estudio no apareado, los controles fueron convivientes de los casos, familiares próximos, o compañeros de trabajo. En el estudio apareado, los controles se aparearon por sexo y edad, a partir del cupo del médico que atendía el caso mediante el Sistema de Información Poblacional, salvo un caso que se obtuvo de la consulta privada de su médico. Se excluyeron los controles con historia o IgG positiva a la hepatitis A y estar vacunados contra la enfermedad. Se emplearon regresión logísti-

ca condicional y no condicional para estimar odds ratios (OR) y 95% intervalos de confianza (IC95%).

Resultados: Hasta julio se notificaron 21 casos de hepatitis A, edad media $27,9 \pm 9,1$ años, 10 varones y 10 mujeres. Se obtuvo información sobre factores de riesgo de 19 casos (91%). En el estudio no apareado participaron 79 controles (participación 95%). De los 19 casos, 16 (68%) habían consumido tellinas congeladas en un período de hasta 50 días antes del inicio de síntomas, y de los 79 controles, 37 (47%) consumieron esta tellina en el mismo período, con OR de 3,54 (IC95% 1,13-11,09) para menores de 50 años, ajustado por sexo y nacionalidad. En el estudio apareado con 19 controles (participación 95%), dichas tellinas se asociaron con la enfermedad, OR = 7,27 (IC95% 1,20-44,16) ajustado por el consumo de otros mariscos. No se detectaron otros factores de riesgo. Estos casos formaron parte del brote de hepatitis A que afectó a la Comunidad Valenciana en 2008 con 195 casos. En Septiembre de 2008, el Ministerio de Sanidad procedió a la retirada de las tellinas congeladas responsables del brote que procedían del Perú y se comercializaban en España por diversas marcas.

Conclusiones: El diseño de casos y controles resultó útil para determinar el origen del brote y orientar actuaciones preventivas.

177. PREVALENCIA DE ANTICUERPOS FRENTE A LA HEPATITIS C EN NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH EN UNA RED DE CENTROS ESPECÍFICOS DE DIAGNÓSTICO DE VIH (ESTUDIO EPI-VIH)

C. Garriga, F. Sánchez, M.L. Junquera, M.C. Landa, M.E. Lezaun, M.M. Cámara, J. Belda, F.J. Bru, Grupo EPI-VIH

Centro Nacional de Epidemiología; Oviedo; Navarra; La Rioja; Bilbao; Alicante; Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Describir la prevalencia de anticuerpos frente a Hepatitis C (AcVHC) en nuevos diagnósticos de VIH y analizar sus factores asociados.

Métodos: Estudio descriptivo en 20 centros de diagnóstico de VIH (11 Comunidades Autónomas). Se identificaron los nuevos diagnósticos de VIH entre 2003-2008. Se recogieron variables sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas en un cuestionario estándar. Se realizó un análisis descriptivo, bivariante y multivariado de regresión logística para evaluar los factores asociados con presencia de AcVHC. La medida de asociación usada fue la odds ratio y su intervalo de confianza al 95% (OR, IC95%).

Resultados: Se identificaron 2.617 nuevos diagnósticos de VIH, de los cuales a 1.951 (74,6%) se les había realizado la determinación de Ac-VHC. La prevalencia de Ac-VHC en nuevos diagnósticos de VIH fue de 9,8%. La prevalencia fue mayor en personas mayores de 44 años (15,8%), pacientes sin estudios o sólo con estudios primarios (21,6%), españoles (12,8%) y usuarios de drogas intravenosas (UDIs) en relación a heterosexuales y hombres homo/bisexuales (94,6% frente a 10,0% y 3,2% respectivamente). La probabilidad de tener AcVHC fue mayor en los pacientes de 35-44 años (OR: 2,5; IC95%: 1,1-6,1) y mayores de 45 (OR: 4,3; IC95%: 1,6-11,3) comparados con los menores de 25 años; en personas sin estudios/solo estudios primarios (OR: 2,8; IC95%: 1,6-4,7) comparados con los que tenían estudios secundarios/superiores; en españoles (OR:2,9; IC95%:1,7-4,9); y en aquellos con HbsAg positivo (OR: 3,5; IC95%: 1,4-8,8); se detectó una interacción entre el sexo y el mecanismo de transmisión para el VIH, de modo que el riesgo de coinfección VHC/VIH fue mayor en los hombres UDIs (OR: 363,6; IC95%: 91,4-1447,2), mujeres UDIs (OR: 199,1; IC95%: 33,0-1200,4) y menor en hombres homo/bisexuales (OR: 0,4; IC95%: 0,2-0,9) comparados con hombres heterosexuales.

Conclusiones: La presencia de AcVHC en los nuevos diagnósticos de VIH identificados en el estudio Epi-VIH en estos centros es elevada, no

sólo en UDIs sino también en otros pacientes. Siguiendo las recomendaciones, es importante descartar la presencia de AcVHC en todos los pacientes con VIH.

Financiación: Proyecto Financiado por FIPSE Exp: 36794/08.

692. APROXIMACIÓN CUALITATIVA AL VIH-SIDA A TRAVÉS DE LAS PARTERAS TRADICIONALES EN EL DEPARTAMENTO DE BAJA VERAPAZ (GUATEMALA)

R. Rodríguez, T. Blasco, L. Otero, G. González, F. Job

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio Aragonés de Salud; Centro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, Guatemala.

Antecedentes/Objetivos: América Latina tiene una prevalencia del VIH del 0,6%, con tasas más altas en Centroamérica y Caribe. Con la finalidad de conocer la situación en relación al VIH-SIDA en Centroamérica se pone en marcha el proyecto "Lucha contra el VIH/SIDA y otras enfermedades prevalentes dirigido a las poblaciones más desfavorecidas de Centroamérica y el Caribe". Guatemala se caracteriza por ser un país multiétnico; con la finalidad de desarrollar actividades preventivas adaptadas a este contexto se llevó a cabo un estudio en el Departamento de Baja Verapaz, compuesto por un porcentaje elevado de población rural y etnia maya. Objetivo: conocer las percepciones de las comadronas (parteras tradicionales) sobre las creencias, actitudes y prácticas en relación al VIH/SIDA de la población de Baja Verapaz.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo, a través de 4 grupos de discusión (GD) compuestos por comadronas, teniendo en cuenta las variables: sexo, edad, grupo étnico, ocupación, y lugar de residencia. Se elaboró un guión de temas. Los GD fueron grabados y transcritos. Para el análisis de los discursos se utilizó el programa informático OpenCode 3.4.

Resultados: Las comadronas perciben: 1) Escasos conocimientos y conocimientos erróneos sobre VIH/SIDA. 2) Baja percepción de riesgo de contagio de VIH. 3) Estigma y discriminación hacia las personas que tienen VIH/SIDA, debido al desconocimiento de cómo se transmite esta enfermedad. 4) Dificultades para la prevención del VIH/SIDA en relación a un escaso uso del preservativo, sobre todo en población adulta. 5) Falta de interés de los hombres adultos cuando reciben información en relación al VIH/SIDA.

Conclusiones: Las comadronas que trabajan en el Departamento de Baja Verapaz perciben un gran desconocimiento en relación al VIH/SIDA entre la población, así como factores asociados a este desconocimiento: baja percepción de riesgo, estigma y discriminación y no utilización de medidas preventivas.

Financiación: Investigación financiada por la Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo a través de la Asamblea de Cooperación por la Paz.

479. VARONES QUE ACUDEN AL CIPS DE ALICANTE: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

J. Belda Ibáñez, R. Martínez Quintero, E. Fernández García, T. Zafra Espinosa, E. Galán Rubio, S. Colomina Monzó, R. Servert Yeste

CIPS Alicante; Centro de Salud Pública Alicante; Plan del Sida CCVV.

Antecedentes/Objetivos: Conocer las características sociodemográficas y de riesgo para el VIH de los varones que acuden al CIPS en primera visita y su relación con el VIH y la sífilis.

Métodos: Estudio descriptivo con componentes analíticos de los varones que acudieron al CIPS de Alicante, en primera visita, a demandar la prueba de VIH y sífilis, entre los años 2005 y 2009, ambos inclusive. Las variables analizadas están incluidas en la historia realizada por el Centro donde se recogen, variables sociodemográficas: edad, nacionalidad, estado civil, titulación académica; variables de riesgo; uso de condón y resultado de la serología al VIH y sífilis. Los datos fueron analizados mediante el programa EPIINFO 2000.

Resultados: 3.175 varones acudieron al CIPS de Alicante en los años de estudio en primera visita. La media de edad ha sido de 31,6 (moda de 28 y mediana 30). El 4,5% tienen entre 16 y 30 años y el 40,4% entre 31 y 45. El 75,4% son solteros, el 13,8% casados y el 10,3% separados. Refirieron tener pareja habitual el 55,2%. El 68,3% son españoles, sudamericanos el 13,4%, africanos el 8,4% y de Europa del Este el 6%. El 34,3% tiene estudios secundarios, el 25,4% primarios y universitarios el 24,3%. La práctica de riesgo principal por la que acudieron a realizarse analíticas fue por relaciones sexuales con varones (HSH) el 28,6% y 71,4% heterosexuales; entre ellos destaca: 23,5% por relaciones sexuales múltiples en el último año, 7,1% usuarios de prostitución y 27% relaciones sin protección. Ha habido un incremento en el número de HSH en los años estudiados, un descenso en los UDVP y se ha mantenido estables en los heterosexuales. Respecto al uso de condón con parejas diferente a la habitual, refirieron usarlo para todas las relaciones vaginales el 32%, para coito anal insertivo el 22,6% y para coito anal receptivo el 24,8%. Fueron positivos para el VIH el 5,4% y para la sífilis el 3,1%. Entre los VIH+ destacamos que el 67,7% son HSH, el 19,6% heterosexuales y el 12,7% UDVP. Respecto a la sífilis, el 71,2% son HSH, el 27,3% heterosexuales y el 1,5% UDVP.

Conclusiones: El uso sistemático de preservativo en relaciones esporádicas es bajo para cualquier orientación y práctica sexual. No obstante, la alta prevalencia entre los HSH tanto de VIH como de sífilis, nos obliga a replantear las estrategias de prevención. Destacar el alto número de varones HSH que acuden al CIPS de Alicante buscando un servicio anónimo, confidencial y especializado en salud y educación sexual.

559. COBERTURA VACUNAL DE GRIPE Y EVOLUCIÓN DE LA MORBILIDAD DECLARADA Y LA MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EN CATALUÑA

M.P. Muñoz, N. Soldevila, A. Martínez, G. Carmona, J. Batalla, L.M. Acosta, A. Domínguez

Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Universidad Politécnica de Cataluña; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Dirección General de Salud Pública, Generalitat de Cataluña; Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La gripe es una enfermedad con carácter epidémico que ocasiona mortalidad por complicaciones principalmente pulmonares y cardiovasculares en la población de edad más avanzada. Los objetivos del estudio fueron investigar el comportamiento de la tasa de morbilidad de gripe y la tasa de mortalidad por todas las causas, cuantificar su reducción en relación a las coberturas vacunales en la población mayor de 65 años y calcular el exceso de mortalidad atribuible a las epidemias.

Métodos: Se estudiaron 13 temporadas de gripe en Cataluña, desde la semana epidemiológica 40 del año 1994 hasta la semana 20 del año 2007, incluyendo casos declarados de gripe y mortalidad por todas las causas. La estimación de la mortalidad por gripe se realizó mediante regresión de Poisson; para la estimación de la mortalidad por todas las causas se utilizó regresión binomial negativa. Para estimar el exceso de mortalidad atribuible a las epidemias se ajustó una

regresión de Poisson sin utilizar los casos de mortalidad en las semanas epidémicas. Para calcular el exceso de mortalidad se estimó la mortalidad esperada durante las semanas epidémicas con los parámetros del modelo previamente validado y se comparó con la mortalidad observada. Se calculó el intervalo de confianza al 95% por el método Bootstrap. La componente estacional de la mortalidad se modeló con la función periódica formada por la suma de senos y cosenos.

Resultados: La cobertura vacunal de la población de 65 años y más se asoció a una disminución de la morbilidad de gripe ($p < 0,001$), pero no a una disminución de la mortalidad por todas las causas ($p = 0,149$). En el caso de la morbilidad de gripe, un incremento de la cobertura vacunal del 5% supondría una disminución de la tasa de incidencia de la enfermedad del 3%. Se mostró una asociación positiva entre las variables morbilidad por gripe y mortalidad por todas las causas. El exceso de mortalidad atribuible a las epidemias de gripe se estimó en 34,4 muertes semanales (IC95%: 28,4-40,8).

Conclusiones: La mortalidad por todas las causas es un indicador útil para la vigilancia de la gripe, estimándose el exceso de mortalidad atribuible a las epidemias estacionales de gripe en 34 muertes semanales. La cobertura vacunal se relaciona con una disminución de la morbilidad de la gripe pero no con la mortalidad por todas las causas.

Financiación: Este estudio ha sido financiado parcialmente por CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), del Instituto de Salud Carlos III, FEDER y AGAUR (2009 SGR 42).

175. EFECTIVIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN POSTEXPOSICIÓN DE LA VACUNA EN UN BROTE COMUNITARIO DE SARAMPIÓN

I. Barrabeig, A. Rovira, C. Rius, N. Ullastre, N. Soldevila, J. Batalla, A. Domínguez

Unitat de Vigilància Epidemiològica Regió Costa Ponent, Departament de Salut; Agència Salut Pública Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Facultat Medicina, UB.

Antecedentes/Objetivos: Las medidas de control ante un caso de sarampión incluyen la vacunación de los contactos susceptibles si no han transcurrido más de 72 horas de la exposición. Los estudios que sustentan estas recomendaciones son antiguos. Objetivo: conocer la efectividad de la vacunación antisarampión como profilaxis postexposición en el ámbito escolar.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Población estudio: niños asistentes a centros escolares a los que hubiera acudido un caso confirmado de sarampión durante su período de transmisibilidad (PT). Período estudio: agosto 2006-julio 2007. Se estableció como caso confirmado al descrito en la definición de la OMS. Caso índice como el primer caso de sarampión en los centros. Caso secundario al que inició la enfermedad 7-18 días después del exantema del caso índice. Contacto al que había compartido la misma aula que el caso durante el PT. A los contactos susceptibles se les ofreció la administración de la vacuna triple vírica (TV). Se ha considerado tiempo de intervención al tiempo desde el primer día de exantema del caso índice hasta el día de la vacunación del contacto. Se calcularon las tasas de ataque secundaria (TAS), el RR y IC95% de la serie Taylor y la efectividad vacunal (EV) y IC95%.

Resultados: Se incluyeron 10 casos índice. La mediana de edad fue de 13,5 meses (8-36 m). La mediana del PT en el aula fue de 2 días (1-4 d). En total, 166 niños compartieron el aula, siendo la mediana de contactos/aula de 14,5 niños (9-39). Los contactos susceptibles fueron 75. El 60% fueron varones y la mediana de edad fue de 12,2 meses (6-42 m). El 33% (25) contrajeron el sarampión. La mediana de TAS fue de 9,4% (0-83,3%). Se vacunaron 56 niños de los susceptibles (75%). La mediana del tiempo de intervención fue de 5 días (1-14 d). La TAS de los no vacu-

nados fue 68,5% (13/19), comparada con 21,5% (12/56) de los vacunados (RR: 3,0; IC95% 1,7-5,4). La EV cuando fue administrada a las ≤ 72 horas del exantema fue del 91,4% (IC95% 41 %-98,7%) comparada con los que no recibieron ninguna ($p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas cuando se vacunó en días posteriores: EV de 58,2% (0-82,7%) entre 4-5 d; 47,8% (0-75,7%) entre 6-7 d; 81,7% (0-97,2%) entre 8-9 d.

Conclusiones: La vacuna TV administrada en las 72 horas postexposición puede ser efectiva como profilaxis en los contactos susceptibles. Solo se pudo aplicar la vacuna a 17 de los 75 niños en este tiempo de intervención. Dada la dificultad de intervenir en este corto período son necesarias otras intervenciones comunitarias, como la estrategia de asegurar la vacunación a los niños ≥ 12 meses.

Financiación: CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

21. FALLOS VACUNALES EN EL CONTEXTO DE UNA AGRUPACIÓN DE CASOS DE MENINGITIS C

R. Yang Lai, J.M. Mayoral Cortés, I. Mateos Wichmann, A. Varo Baena, A. Rodríguez Torrentera, J. Guillén Enríquez, V. Gallardo García

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La vacuna frente al meningococo C se introdujo en el calendario de vacunación de Andalucía en el año 2000 (2, 4 y 6 meses de edad). Al detectarse una pérdida gradual de la inmunidad al año de vacunación, se cambió en el 2006 la pauta de vacunación (2, 4 y 15 meses). Desde el año 2000 hasta febrero de 2010 en España, hay notificados 109 fallos vacunales (FV) en afectados de enfermedad meningocócica por serogrupo C (EMC), todos vacunados antes de 2006 con la pauta indicada para su edad. 14 de estos FV (9,2%) fallecieron. Andalucía, en el mismo período, notificó 23 FV de los 365 EMC declarados (6,3%), todos vacunados antes de 2006. El 3,7% (4) falleció. Habitualmente los FV se presentan de manera esporádica. El objetivo de este trabajo es describir las características de una agrupación de FV ocurridos en el contexto de un cluster de casos de EMC.

Métodos: Estudio descriptivo de los fallos en la vacunación de la meningitis C conjugada en un cluster temporo-espacial durante el período 2009-2010, a partir de los casos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Las variables recogidas fueron: número de identificación, año epidemiológico, semana epidemiológica, provincia, sexo, edad, tipo de enfermedad meningocócica, subtipo, factores de riesgo, inmunización, número de dosis, evolución.

Resultados: El cluster de EMC ocurrió entre las semanas 49 del 2009 y 18 del 2010, en una localidad de unos 300.000 habitantes de Andalucía. Se notificaron 8 casos, con un rango de edad entre 6 y 64 años, mediana 25, media 29,6. Los FV ocurrieron en 3 niños entre 6 y 8 años, con vacunación correcta documentada con 3 dosis. No se identificaron factores de riesgo en estos casos. El pronóstico fue favorable sin secuelas, salvo una defunción en una niña de 7 años. Los subtipos comunes encontrados fueron Vr1:5-1 y Vr2:10-8. Al ampliar la búsqueda en esta localidad durante el año 2009-2010, se constatan 2 FV más en niñas de 6 y 7 años. En este período, el 60% de los casos serogrupados de enfermedad meningocócica en esta provincia fueron serogrupo C, al contrario que en el resto de Andalucía. A nivel andaluz, durante este período, sólo existieron 2 FV más, en diferentes provincias, y en niñas de 5 y 7 años. Las cepas circulantes fueron las mismas.

Conclusiones: La tasa de fallos vacunales durante el cluster fue del 37,5%, todos niños entre 6 y 8 años. Todos los casos se vacunaron antes del 2006, lo cual corrobora la indicación en el cambio del calendario vacunal frente a la EMC. Es necesario revisar las recomendaciones para utilizar una dosis de recuerdo en niños vacunados antes de 2006 que hayan sido contactos de un caso.

Jueves, 28 de octubre de 2010. 17:30 a 19:00 h

Auditorio 3A

Mortalidad, lesiones, encuestas de salud y nutrición

Moderan: Miguel Ruiz y Jesús Vioque

132. MORTALIDAD EN JÓVENES DURANTE LA PANDEMIA DE GRIPE A/H1N1

R. Yang Lai, E. Pérez Morilla, M. Skodová, J.M. Mayoral Cortés, V. Gallardo García, L. Puell Gómez, E. Durán Pla, J.C. Fernández Merino, J.C. Carmona Lagares

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La tasa de incidencia por gripe A en España y Andalucía alcanzó su pico máximo en la semana 46/2009, siendo de 371,68 y 380,55 por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad general en la población andaluza se mantuvo dentro de los valores esperados, en torno a la mediana de los últimos cinco años, con adelanto de la onda epidémica en 8 semanas. Los jóvenes de 15-44 años representaron el 53% (657 casos) de los hospitalizados por gripe A. El objetivo de este trabajo es describir el comportamiento de la tasa de mortalidad específica en jóvenes de 15-44 años en Sevilla durante la pandemia de gripe A y compararla con la mediana de tasas de mortalidad del período 2003-2008.

Métodos: Análisis de tendencias temporales de tasas de mortalidad. Fuentes: Defunciones del Registro Civil del Partido Judicial de Sevilla y Padrón Municipal de Sevilla. Períodos: gripe A, de semanas 40/2009 a 20/2010; gripe estacional, de 2003 a 2008. Variables: número de defunciones, población general y específica de 15-44 años de los municipios del Partido Judicial de Sevilla.

Resultados: La tasa de mortalidad de la población general de Sevilla fue menor que la mediana de 2003-2008 durante la temporada 2009/2010, sin superar los límites máximos de las temporadas 2003-2008. Analizando la tasa de mortalidad en jóvenes se situó por encima de la mediana de 2005-2008 de manera mantenida entre las semanas 43-49/2009 coincidiendo con el pico máximo de la incidencia de gripe A en la semana 46/2009 (2,92 por 100.000 habitantes). En la semana 47/2009, la razón de tasas de mortalidad de los jóvenes durante la pandemia respecto a la mediana de los años anteriores fue de 2,18 [IC95% (1,78-2,67)], sin llegar a superar el límite superior de las tasas entre 2003-2008 [razón de tasas 2,31-IC95% (1,91-2,79)].

Conclusiones: Durante la pandemia de gripe A en Andalucía, la tasa global de mortalidad de los jóvenes en Sevilla fue menor que la mediana en los 5 años anteriores. En el período correspondiente al pico máximo de incidencia de gripe A, la tasa de mortalidad en jóvenes duplicó los valores de la mediana en el mismo período.

375. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LAS DEFUNCIONES NO ASIGNADAS A SECCIÓN CENSAL EN LAS CIUDADES DE CASTELLÓN, VALENCIA Y ALICANTE. PERÍODO 1996-2007. PROYECTO MEDEA

I. Melchor, J.A. Quesada, A. Nolasco, J. Moncho, P. Pereyra-Zamora, N. Tamayo, P. Martínez, C. García-Sencherms, M. Salinas

Registro de Mortalidad de la Comunidad Valenciana, Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias (SEP-ES), Conselleria de Sanitat, Comunitat Valenciana; Unidad de Investigación de Análisis de Mortalidad y Estadísticas Sanitarias, UA.

Antecedentes/Objetivos: En la mayoría de estudios con asignación geográfica de muertes a secciones censales existe un pequeño porcen-

taje de defunciones no asignadas. Este fenómeno puede distorsionar los riesgos de muerte a nivel de sección censal presentando siempre un efecto de subestimación de la mortalidad. El objetivo es presentar las características diferenciales (causas, edad y sexo) de estas defunciones respecto a las asignadas.

Métodos: Se han estudiado las defunciones de personas residentes en Castellón, Valencia y Alicante para el período 1996-2007, procedentes del Registro de Mortalidad de la Comunidad Valenciana. A partir de los domicilios registrados en los Boletines Estadísticos de Defunción y utilizando el programa AGMU, se asigna cada defunción a una sección censal, pero siempre existe un% de no asignación. Esta no asignación puede ser debida a error ó ausencia de información en el domicilio. Se han clasificado las defunciones en asignadas y no asignadas. Se han calculado estadísticos descriptivos para las variables a estudio y se ha utilizado la t-Student y el U de Mann-Whitney y Krukall-Wallis.

Resultados: Se analizaron 14.765 defunciones en Castellón, 27.836 en Alicante y 86.038 en Valencia. En las 3 ciudades el% de no asignación es del 3%, siendo este mayor en hombres que en mujeres. La media de edad en las defunciones no asignadas en hombres varío entre 65-66 años y el de asignadas 71, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en las 3 ciudades. En mujeres, la media de edad para las defunciones no asignadas fue 76 años y 79 para las asignadas, en todas las ciudades. Las primeras causas de muerte en hombres coinciden en ambos grupos (enf. isquémica del corazón, cáncer de pulmón y enfermedad cerebrovascular) en las 3 ciudades. En Alicante aparecen los accidentes de vehículos de motor como 5ª causa de muerte en el grupo de no asignadas. En mujeres, en todas las ciudades, las primeras causas en ambos grupos son enf cerebrovascular, enf. isquémicas del corazón y diabetes.

Conclusiones: Existen diferencias por edad, y algunas causas de muerte entre defunciones asignadas y no asignadas. Esta limitación debe tenerse en cuenta en los estudios en ciudades.

Financiación: FIS-FEDER (PI080330).

501. MEJORA DE CALIDAD EN LA CODIFICACIÓN DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS O CON INTERVENCIÓN JUDICIAL. ARAGÓN 1999-2008

M.C. Burriel, V. Gutiérrez, M. Esteban, M.T. García, M.L. Compés, M.P. Rodrigo, G. García Carpintero, J.P. Alonso, M.J. Medina

Dirección General de Salud Pública de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: Los Registros de mortalidad autonómicos realizan la codificación de la causa básica (CB) de muerte y promueven actividades para la mejora de la calidad de las estadísticas que de ella se derivan. Entre ellas se encuentra la recuperación y mejora de la información consignada en los boletines estadísticos de defunción (BED) en los casos de muertes con intervención judicial o producidas por causas externas poco especificadas. Los objetivos fueron: Cuantificar las actuaciones realizadas y valorar la mejora obtenida, así como su posible repercusión en el dato estadístico final, en los BED de Aragón.

Métodos: Se han evaluado los BED en los que la muerte presentaba una causa externa poco especificada o bien figuraba una intervención judicial con falta de información durante el período 1999-2008. Se han recogido variables de persona, lugar de defunción, código CB antes y después de la recuperación de información, si se ha obtenido o no más información, fuente de información y número de contactos establecidos. Las fuentes de información consultadas han sido: forenses, ayuntamientos, juzgados, registro civil, médicos asistenciales y prensa. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) utilizada ha sido la CIE 10. Se ha valorado el cambio o no de código, tomando como referencia los grandes grupos de causas, la lista reducida de causas del INE o la CIE 10 a tres dígitos.

Resultados: Se han evaluado 1369 defunciones. La media anual ha sido del 1% sobre el total de BED. Las fuentes de información más consultadas han sido: forenses (49%), juzgados (13%), registro civil (12%) y prensa (10%). De los BED investigados mantienen el mismo código:

231 a tres dígitos (16,9%), 489 en la lista reducida (35,7%) y 1159 en el mismo gran grupo de causas de la CIE 10 (84,7%). Los cambios más significativos dentro de los grandes grupos de causas, son el aumento de códigos asignados a causas externas, que pasan de 69,3% del total a 74,4% y la disminución del grupo de síntomas y mal definidas, que pasan del 25,2% al 14,3% del total. Entre las causas específicas recuperadas destacan los accidentes de tráfico de vehículos a motor, que pasan del 2,6% al 20%; las caídas accidentales, del 1,8% al 16,3% y los suicidios, del 0,9% al 11,4%.

Conclusiones: Los procesos activos de búsqueda de información en estos casos, producen una mejora significativa en la calidad de la información disponible en algunas causas de muerte específicas, en muchos casos de alta incidencia y con un peso importante en la mortalidad prematura. Un ejemplo pueden ser los suicidios, que de no ser investigados hubieran supuesto una infradeclaración del 14% en las estadísticas oficiales del período estudiado.

582. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA EN ESPAÑA, 2000-2008

K. Pérez, A.M. Novoa, E. Santamariña-Rubio, M. Olabarría, Grupo de Trabajo sobre la Medida del Impacto en Salud de las Lesiones por Traumatismos (SEE)*

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Estimar la incidencia anual hospitalaria de lesión medular traumática en España, por sexo y mecanismo de lesión durante el período 2000-2008.

Métodos: Se lleva a cabo un estudio descriptivo de tendencias siendo la población de estudio los residentes en España en el período 2000-2008. Se incluyen las altas hospitalarias con un diagnóstico principal de lesión medular traumática según la CIE9-MC, códigos: 806 y 952, excluyendo los reingresos y los ingresos programados. Se ha usado como fuentes de información el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias y el padrón de habitantes (INE). Se calculan tasas crudas y estandarizadas por edad por millón de habitantes, por separado según mecanismo de lesión: personas lesionadas por tráfico (LT) o por otros mecanismos (LOM). Se valora el cambio medio de la tasa del año 2008 respecto al 2000 mediante el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza al 95% (IC) ajustado por edad mediante el análisis de regresión de Poisson.

Resultados: Entre los años 2000 y 2008 se produjeron 9.352 altas hospitalarias por lesión medular traumática en España. El 36,6% fueron personas lesionadas en un accidente de tráfico. El 76,2% de las LT y el 72,1% de las LOM fueron hombres. La tasa anual media de altas hospitalarias ajustada por edad en LT fue de 13,6 por millón de hombres y de 4,0 por millón de mujeres y en LOM 22,2 y 8,3 respectivamente. A lo largo de todo el período, presentan las mayores tasas de lesión medular los jóvenes de 18 a 24 años LT, y los mayores de 64 años LOM. En las LT la incidencia disminuye de forma significativa del año 2000 al 2008 tanto en hombres (RR 0,77 IC 0,65-0,90) como en mujeres (RR 0,54 IC 0,40-0,74). En las LOM disminuye sólo hombres (RR 0,87 IC 0,76-0,98). En las LT la incidencia disminuye significativamente en los jóvenes de 18 a 34 años tanto en hombres (-33,3%, $p = 0,001$) como en mujeres (-37,1%, $p = 0,038$), y en las mujeres de 35 a 64 años (-49,7%, $p = 0,006$). En las LOM disminuye en los hombres de 18 a 34 (-34,2%, $p = 0,001$) años y en las mujeres de 0 a 17 años (-71,5%, $p = 0,028$).

Conclusiones: En los últimos años la incidencia hospitalaria de lesión medular traumática ha mostrado una disminución significativa especialmente en la población joven y en las lesiones por accidente de tráfico. Dada la gravedad de este tipo de lesiones es necesario desarrollar políticas de prevención efectivas dirigidas especialmente a la población adulta y mayor, no solamente en circunstancias como los accidentes de tráfico, así como intensificar las intervenciones que se vienen desarrollando.

*M.A. Astorga, V. Arrufat, C. Borrell, E. Cabeza, M. Cogollos, A. García-Altés, J.C. González-Luque, R. Heredero, M. Librada, V. Lizarbe, C. Martín, M. Seguí-Gómez, J.M. Suelves, P. Zori.

Financiación: Ministerio de Sanidad y Política Social.

579. INCIDENCIA DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO POR ACCIDENTE DE TRÁFICO EN ESPAÑA DE 2000 A 2008

Y. Narváez-Martínez, K. Pérez, E. Santamariña-Rubio, A. Novoa, et al
UDMPySP Parc de Salut Mar-ASPB-UPF; ASPB.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la incidencia de traumatismo craneoencefálico (TCE) como consecuencia de un accidente de tráfico en España del 2000 al 2008, por sexo, edad, gravedad y tipo de TCE.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de tendencias, en el cual la población de estudio fueron los residentes en España del 2000 al 2008. Como fuentes de información se usaron el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias y el Padrón de habitantes (INE). Como criterio de inclusión se consideró tener un diagnóstico principal de TCE (CIE9-MC: 800, 801, 803, 804, 850-854) como consecuencia de un accidente de tráfico de 2000 a 2008. Se incluyeron los ingresos urgentes y se excluyeron los reingresos y los ingresos programados. Se calcularon tasas de incidencia anuales, crudas y estandarizadas por edad, por 100.000 habitantes, según tipo de TCE (según matriz de Barrell) y gravedad según el Injury Severity Score (ISS) agrupada en leve, 1-3; moderada, 4-8; grave, 9-24; muy grave, > 25. Las tasas se estratificaron por sexo y edad. Se ajustaron modelos de regresión de Poisson para valorar la tendencia y el cambio de las tasas a lo largo del período mediante el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza del 95%.

Resultados: En España del 2000 al 2008, 14.734 mujeres y 40.425 hombres fueron dados de alta hospitalaria con un diagnóstico principal de TCE como consecuencia de un accidente de tráfico. La tasa media anual de TCE fue de 7,5 por 100.000 mujeres y de 21,1 por 100.000 hombres. Del 2000 al 2008, la incidencia disminuyó tanto en mujeres como en hombres (RR: 0,40 [0,29-0,57] y RR: 0,43 [0,36-0,52]). La tasa media anual en el grupo de 0-17 años fue de 11,9 en mujeres y 29,3 en hombres, en el de 18-34 años de 8,7 y 29,7, en el de 35-64 años de 4,5 y 12,6, y en mayores de 65 años de 7,8 y 16,9, respectivamente. En ambos sexos, del 2000 al 2008 la tasa de TCE disminuyó en el grupo de 0-17 años (RR: 0,35 [0,22-0,55]), en el de 18-34 (RR: 0,36 [0,22-0,58]) y en el de 35-64 (RR: 0,46 [0,23-0,92]). En las personas mayores de 64 años no hubo reducción significativa en ninguno de los dos sexos, en todo el período de observación. Según gravedad, la incidencia de TCE sólo disminuye de forma significativa en las personas lesionadas graves, pero no en las muy graves.

Conclusiones: Desde el año 2000, la incidencia de TCE como consecuencia de una colisión de tráfico en España ha disminuido. El desarrollo de medidas de seguridad vial en los últimos años, como el permiso por puntos y la reforma del código penal, podría explicar en cierta medida esta reducción.

*M.A. Astorga, V. Arrufat, C. Borrell, E. Cabeza, M. Cogollos, A. García-Altés, J.C. González-Luque, R. Heredero, M. Librada, V. Lizarbe, C. Martín, M. Seguí-Gómez, J.M. Suelves, P. Zori.

Financiación: Ministerio de Sanidad y Política Social.

340. RIESGO DE LESIÓN POR ACCIDENTE DE TRÁFICO SEGÚN MOVILIDAD

E. Santamariña-Rubio, K. Pérez, M. Olabarria, A.M. Novoa

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El estudio de las lesiones por accidente de tráfico conlleva una dificultad importante: definir la población a riesgo. No toda persona residente en un área puede considerarse expuesta,

debe cuantificarse la exposición en función de la población que se desplaza y su magnitud en términos de distancia y/o tiempo. Se plantea estimar el riesgo de lesión por accidente de tráfico en día laborable según exposición a la movilidad en los residentes en Cataluña mayores de 3 años en 2006.

Métodos: Es un estudio de diseño transversal. La población de estudio son los mayores de 3 años residentes en Cataluña en 2006. Se calculan razones anuales de víctimas (leves, graves y fallecidos) por accidente de tráfico en día laborable según tiempo en desplazamiento. Como numerador se usa el número de víctimas de tráfico mayores de 3 años en día laborable en 2006 en Cataluña del registro de accidentes y víctimas de tráfico de la Dirección General de Tráfico. Y como denominador se usa el número de horas en desplazamiento, estimado a partir de la Encuesta de Movilidad Cotidiana de Cataluña del 2006, realizada por la Generalitat de Cataluña y la Autoritat del Transport Metropolità. Las razones se estratifican por sexo, edad y usuario (de turismo, motocicleta/ciclomotor y peatón). Se calcula el riesgo relativo (RR) y su intervalo del 95% de confianza mediante el ajuste de modelos de regresión de Poisson.

Resultados: En Cataluña en 2006 hubo 15.647 hombres y 8.753 mujeres mayores de 3 años víctimas de tráfico en días laborables y se estima que en un día laborable se desplazan 3.143.082 hombres y 3.095.723 mujeres, con un total de 3.951.158 y 3.655.013 personas-horas en desplazamiento. La razón anual de víctimas por 10 millones de personas-horas es mayor: en hombres que en mujeres (144,5 y 90,5 leves, 14,3 y 6,5 graves y, 2,8 y 0,7 fallecidos); y en conductores de motocicleta/ciclomotor que en conductores de turismo o peatones (2.114,6, 112,9 y 39,5, en hombres, y 2.018,0, 121,1 y 37,2, en mujeres). En conductores de turismo, el grupo de edad con mayor riesgo es, respecto al de 55-64 años, el de 18-24 en hombres (RR = 2,5 [1,9-3,3]) y mujeres (RR = 1,5 [1,7-3,0]). En conductores de motocicleta/ciclomotor, el de 14-17 años en hombres (RR = 2,2 [2,1-2,3]) y el de 18-24 en mujeres (RR = 1,9 [1,8-2,0]). Y en peatones, el de 4-11 años en hombres (RR = 3,2 [2,0-5,2]) y el de > 74 en mujeres (RR = 1,8 [1,2-2,7]).

Conclusiones: El uso de una medida de exposición basada en la movilidad estimada a partir de una encuesta de movilidad ha permitido estimar el riesgo de lesión de tráfico para diferentes usuarios e identificar grupos con diferente vulnerabilidad, como son los grupos de edad en los que se empieza a conducir un vehículo o, los niños y personas mayores peatones.

Financiación: Proyecto realizado para la Dirección General de Tráfico.

413. DESPLAZAMIENTOS MOTORIZADOS SUSCEPTIBLES DE SER REALIZADOS A PIE

M. Olabarria, K. Pérez, E. Santamariña-Rubio, J.M. Aragay, M. Capdet, A.M. Novoa, R. Peiró, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Universidad de Barcelona; Autoritat del Transport Metropolità; Centro Superior de Investigación en Salud Pública de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: A lo largo del día numerosas personas no se desplazan a pie o utilizan el transporte motorizado en desplazamientos muy cortos, que podrían realizarse caminando 20-30 minutos. El objetivo es analizar la prevalencia y los factores asociados a realizar desplazamientos motorizados de 5 minutos o menos entre las personas que, a través del transporte, no alcanzan las recomendaciones diarias de actividad (30 minutos) en Cataluña en 2006.

Métodos: Se diseñó un estudio transversal en base a la Encuesta de Movilidad de Cataluña (2006) llevada a cabo por la Generalitat de Cataluña y la Autoritat del Transport Metropolità. Se incluyeron los individuos que realizaron al menos un desplazamiento el día laboral referido en la entrevista pero no realizaron ningún despla-

miento a pie o, aunque caminaron, invirtieron menos de 30 minutos ($N = 70.633$).

Resultados: Un 16,3% y un 14,7% de los hombres y mujeres que no alcanzan las recomendaciones diarias de actividad a través del transporte, realizaron algún desplazamiento en coche o moto de 5 minutos o menos, siendo las prevalencias mayores en el grupo de 4 a 11 años (22,9% niños y 21,7% niñas) y menores en el grupo de mayores de 65 años (10,9% y 4,3%). Las prevalencias aumentan según disminuye el tamaño de municipio, pasando de 5,5% en Barcelona (municipio de mayor tamaño) a 22,6% en los municipios de menos de 50.000 habitantes, en hombres ($RP = 3,5 [3,1-4,1]$), y de 3,2% a 22,3% en mujeres ($RP = 5,0 [4,2-6,1]$). Independientemente de la edad y el tamaño de municipio, estar ocupado es un factor asociado a realizar estos desplazamientos sólo en hombres ($RP = 1,1 [1,0-1,2]$), convivir con 2 o más personas sólo en mujeres ($RP = 1,5 [1,3-1,7]$), y disponer de vehículo en ambos sexos ($RP = 3,4 [2,9-3,9]$; $RP = 3,1 [2,8-3,4]$, respectivamente).

Conclusiones: Un alto porcentaje de hombres y mujeres en Cataluña podría alcanzar los niveles de actividad física recomendados si integrasen el caminar en sus desplazamientos diarios. Cabe tener en cuenta factores relacionados con las obligaciones diarias, tanto laborales como del hogar, a la hora de promocionar el transporte activo.

Financiación: Parcialmente: FIS Md07/00082.

640. EL CMBD COMO HERRAMIENTA PARA CONOCER LAS DIFERENCIAS DE LA MORBILIDAD EN ARAGÓN

M.L. Compés, M.P. Rodrigo, L. Casaña, I. Aguilar, M. Esteban, M.C. Burriel, C. Navarro, J.P. Alonso

DG Salud Pública; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: Numerosos estudios ponen de manifiesto las desigualdades en la morbilidad entre distintas áreas geográficas. En España el CMBD es uno de los sistemas de información de mayor utilidad en relación a patologías que generan hospitalización. El objetivo de este trabajo es valorar y cuantificar las posibles diferencias existentes en morbilidad hospitalaria por sector sanitario (SS) en Aragón, y comparar las altas hospitalarias con el conjunto de España.

Métodos: Se planteó un estudio ecológico transversal sobre residentes en Aragón con Tarjeta Sanitaria (TS). A las altas del CMBD 2008 se les asignó SS con datos de TS. Se obtuvieron las altas a nivel nacional del CMBD por grupos de edad y sexo. Se calcularon las tasas brutas (TB) por sexo y se realizó un ajuste directo (TA) a la población europea con sus intervalos de confianza (IC95%) por SS, para el conjunto de Aragón y España. En un segundo análisis se seleccionó el primer alta originada por cada paciente y por Gran Grupo, calculando TB y TA por SS y para Aragón. Se realizó un análisis de los posibles sesgos: se identificó el centro hospitalario de las altas que no tienen TS asignada, el lugar de atención de los pacientes y su concordancia o no con el lugar de residencia y el SS de las altas con diagnósticos en blanco.

Resultados: La distribución de las TA de las altas hospitalarias de Aragón tanto en mujeres (7.069,3 IC95%: 7.006,3-7.132,3) como en hombres (6.816,3 IC95%: 6.754,4-6.878,13) se mantiene al realizar el análisis por paciente, siendo inferiores al conjunto de altas hospitalarias nacionales; TA mujeres (7.348,3 IC95%: 7.337,2-7.348,3) TA hombres (7.212,9 IC95%: 7.201,6-7.212,9). Se asigna SS mediante TS al 72%. El porcentaje de asignación a SS de las altas hospitalarias es variable; en hospitales públicos, oscila entre el 95% (Royo Villanova) y el 69% (Alcañiz). En el Hospital Miguel Servet y en el Clínico, un elevado porcentaje de altas corresponden a pacientes de otros sectores sanitarios, en el resto de hospitales corresponden a pacientes del sector. El 2,3% de altas del CMBD 2008 de Aragón carecen de diagnóstico principal, perteneciendo principalmente a hospitales privados.

Conclusiones: La morbilidad en Aragón se distribuye de manera diferente entre sectores sanitarios lo que podría ser debido a cambios en la morbilidad de la población de cada sector y no sólo a la variabilidad

en los criterios de ingreso. La tasa ajustada de las altas hospitalarias en España es ligeramente superior a la de Aragón. La morbilidad superior en las mujeres puede ser achacable a las altas del grupo embarazo, parto y puerperio.

612. LA SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS MAYORES DE 10.000 HABITANTES DE CATALUNYA

R. Torra Bastardas, M.A. Arasa Fava, C. Chacón Villanueva, X. Llebaria Samper

Agencia de Protección de la Salud de Catalunya; Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Conocer las estructuras, las actividades y el gasto, de los servicios de salud pública de los ayuntamientos mayores de 10.000 habitantes.

Métodos: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta semi-estructurada con entrevista personal realizada en el mismo ayuntamiento con más de 2.500 variables. El universo fueron todos los municipios de Catalunya mayores de 20.000 habitantes en el año 2005 y los 20 municipios entre 10.000 y 20.000 habitantes que en el año 2006 manifestaron tener servicios de salud pública en un cribaje telefónico. Las variables fueron distribuidas en 4 grupos: recursos humanos y gasto, protección de la salud, promoción de la salud y varios.

Resultados: 66 municipios de más de 10.000 habitantes tienen estructura de salud pública. Este servicio lo llevan a cabo 292 profesionales que no tiene dedicación exclusiva a la salud pública. La dedicación es mayor para las tareas de protección de la salud que para las de promoción. En protección de la salud, se realizan más actividades de gestión del riesgo sanitario en las torres de refrigeración, en los centros educativos, deportivos y piscinas. En cambio en los comercios minoristas alimentarios y de restauración las actividades disminuyen. Se realizan muy pocas actuaciones sobre hoteles, albergues, campings, casas de colonias, empresas que prestan servicios funerarios, centros de tatuaje, piercing, y centros de estética. Los ayuntamientos supervisan poco los resultados del autocontrol del gestor de las aguas de consumo público. Cinco ayuntamientos realizan programas de control de plagas contra el mosquito tigre y alguno realiza mapas acústicos o de olores. En promoción de la salud los programas priorizados son: alimentación y nutrición, salud sexual y reproductiva, drogodependencias y salud bucodental. La población diana más frecuente por orden de prioridad son los estudiantes de secundaria, de educación primaria y los jóvenes fuera del ámbito escolar. La actividad más habitual es el taller, seguida de la formación de mediadores. El gasto en salud pública persona/año oscila entre una media de: 5,12 € y 8,03 €.

Conclusiones: El trabajo proporciona una visión global sobre la prestación de servicios de salud pública en los municipios de Catalunya a pesar de la gran heterogeneidad entre ellos. La actividad de los ayuntamientos en salud pública es notoria así como el número de profesionales que se dedican.

528. LA ENCUESTA CONTINUA DE CATALUNYA. UNA OPORTUNIDAD PARA LA PLANIFICACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN

A. Mompart, A. Medina, P. Brugulat, L. Baranda, M. Guillén, M. Alcañiz

Servicio del Plan de Salud; Dirección General de Planificación y Evaluación; Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; Departament de Econometría, Estadística y Economía Española; Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA94-02,06) se ha convertido en una fuente de información básica que aporta datos relevantes para el establecimiento de políticas de salud y servicios

del Plan de Salud de Catalunya, permitiendo el cálculo de indicadores de evolución para la evaluación de las políticas establecidas. El uso de la base de datos de la ESCA no es restringido sino que está abierto a todas las personas o instituciones que la soliciten en base a la noción de que compartir información es indispensable para aumentar la investigación, generar y transferir conocimiento. La experiencia adquirida, la necesidad de información para responder de forma rápida a las necesidades cambiantes, el conocimiento de iniciativas similares exitosas y criterios presupuestarios han sido elementos que han motivado el planteamiento de una encuesta de carácter continuo en Catalunya (ESCAC).

Métodos: La ESCAC supone la implantación de un proceso de recogida de información ininterrumpido. Se divide en fases u oleadas para obtener información representativa y fiable. Cada oleada permite obtener datos representativos a nivel del conjunto de Cataluña. La acumulación de 4 oleadas para las regiones sanitarias (RS) y 8 para los gobiernos territoriales de salud (GTS). El diseño muestral es complejo ya que ha de garantizar la representatividad de la información durante el proceso y la consolidada final. Es un muestreo de tipo estratificado que sobrerrepresenta las unidades territoriales menos pobladas. La distribución territorial de la muestra de cada oleada ha de ser una submuestra independiente con representatividad propia pero acumulable hasta alcanzar la significación estadística final (equivalente a la de ediciones anteriores). La encuesta se realiza mediante entrevista personal domiciliaria por encuestadores profesionales. Consta de 3 cuestionarios (mayores de 14 años, informador indirecto y menores de 15 años). En cada oleada un cuestionario complementario permitirá profundizar en un ámbito de interés.

Resultados: La posibilidad de obtener indicadores de carácter territorial de manera continua. Los datos se multiplican. Para Cataluña se dispondrá de datos cada 6 meses, y la acumulación de oleadas permitirá obtener indicadores tanto más fiables cuanto mayor sea el tamaño muestral. Para los GTS se acumulará la información de los cuatro primeros años para disponer de datos fiables, y a partir del cuarto, como una media móvil, será posible obtenerlos anualmente.

Conclusiones: La ESCAC conserva las ventajas de las encuestas de salud (información poblacional, visión multidimensional e interrelacionada y adecuación de los cuestionarios a los objetivos). Esta metodología mitiga algunas de sus debilidades, especialmente la concentración de recursos (técnicos y presupuestarios) y la rigidez del cuestionario. El proyecto se adapta a las buenas prácticas estadísticas recomendadas por Eurostat mejora la eficiencia en la utilización de recursos, la relación coste-eficacia, reduce la carga de los encuestados, mejorando la precisión, fiabilidad, oportunidad y puntualidad.

377. PROGRAMA MIHSALUD 2008-2010: MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN POBLACIÓN INMIGRANTE IBEROAMERICANA

E.M. Bermúdez Quintana, J.J. Paredes Carbonell, P. López Sánchez, L.J. García Moreno, S. Castán Cameo, D. Camilo Burroughs, M. Alcaraz Quevedo

ACOEC; Centre de Salut Pública de València; Máster Internacional Migraciones-Universitat de València.

Antecedentes/Objetivos: Desde 2007, el Centro de Salud Pública de Valencia desarrolla el programa MIHSALUD de promoción de la salud en población inmigrante iberoamericana en colaboración con dos departamentos de salud. Pretende mejorar la salud sexual y reproductiva (SSyR) a través de la mediación intercultural (MI) y el trabajo intersectorial y comunitario en red. El objetivo es describir el perfil de las personas atendidas por la MI de febrero de 2008 a mayo de 2010.

Métodos: Base de datos a partir de la hoja de registro de casos. Se recoge centro y fecha de consulta; variables sociodemográficas y relacionadas con la demanda de MI y el circuito de derivación. Análisis estadístico por sexo y país de origen, calculando medias para variables cuantitativas (t de Student) y porcentajes para cualitativas (chi cuadrado).

Resultados: Se han atendido 355 personas: 307 mujeres (86,5%) y 48 hombres (13,5%); edad media de mujeres, 29 años y de hombres, 30. El 35,8% de los casos son remitidos por el CSSyR, el 29% por matronas y el 16,3% por médico. Los principales motivos de remisión a la MI son demanda de anticonceptivos (83%) y educación para la salud (71,6%). La intervención de la MI se dirigió a dar información sobre el funcionamiento del CSSyR (93,5%), la promoción del uso del preservativo (93%) y la reflexión sobre el proyecto reproductivo (83,4). En las mujeres: tasa de posible violencia de género, 4,8% (la MI detectó casi un 50%). La mayoría de personas (84,3%) se remitieron a CSSyR. Del total de personas atendidas 41,6% procedían de Bolivia; 30,6% de Ecuador y 13,13% de Colombia. Del total de mujeres, las procedentes de Bolivia (42,8%) presentan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) con las demás en relación a: situación administrativa irregular, trabajo como empleadas sin alta de SS, vivir en vivienda alquilada y de forma compartida.

Conclusiones: Las personas atendidas son mayoritariamente mujeres, procedentes de Bolivia y Ecuador y derivadas desde el CSSyR por consulta anticoncepcional. La MI ofrece información sobre el funcionamiento del CSSyR y uso del preservativo y ha detectado casos de posible violencia de género. Las mujeres bolivianas presentan algunas diferencias significativas en variables relacionadas con vulnerabilidad. Estos resultados pueden aplicarse para el diseño de actuaciones específicas en el ámbito comunitario y en la formación de profesionales.

Financiación: Centre de Salut Pública de València.

27. COMPUESTOS POLARES EN ACEITES DE FRITURA EN LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD DR. PESSET-LA RIBERA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

P. Codoñer López, J. Bellver Soto, V. Carbonell Montes, M. Ripoll Maere, M.A. Carbonell Montes

Centro de Salud Pública de Alzira, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: El uso prolongado del aceite de fritura puede suponer la degradación del mismo, caracterizada por la presencia de compuestos de oxidación potencialmente tóxicos: los compuestos polares. Por consiguiente, es necesario conocer las características de los aceites de fritura a fin de controlar los posibles riesgos para salud. La normativa establece que "Las grasas y aceites cuyo contenido en compuesto polares es superior al 25% no son apropiados para el consumo humano." El objetivo del presente trabajo es evaluar la degradación del aceite de fritura mediante la medición del contenido de los compuestos polares en los aceites de fritura utilizados en distintos sectores alimentarios, de los departamentos de salud Dr. Pesset y La Ribera, durante el período 2008-2009 y comparar dichos niveles según el tipo de actividad.

Métodos: Dentro del Programa de Vigilancia Sanitaria se midieron los niveles de compuesto polares en un total de 57 muestras de aceites de fritura, utilizando como instrumento de medida el Testo 265. Este instrumento permite una medición sencilla, rápida y fiable de los niveles de compuestos polares en el momento, comprobando que el valor no superar el 25%.

Resultados: De las 57 muestras evaluadas sólo un 8,77% fueron no conformes. Comparando los valores de compuestos polares según el tipo de actividad se observó que son más elevados los niveles en los puestos de venta de churros (19%), seguido de los establecimientos elaboradores de comidas para llevar (17,13%) y comedores turísticos (16,58%) siendo los valores más bajos en la actividad de comidas preparadas para colectividades (8,08%).

Conclusiones: En los puestos de venta ambulante se ha observado los mayores niveles de compuestos polares. Es esencial unas prácticas correctas para realizar la fritura de forma que el aceite sufra las menores alteraciones posibles, Es necesario el implicar al personal manipulador en el control de dicho proceso para contribuir a proteger la salud de los consumidores.

101. EXPOSICIÓN CRÓNICA AL PLOMO A TRAVÉS DE LOS ALIMENTOS EN NIÑOS DEL PAÍS VASCO: RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPOCHI, DIETARY EXPOSURE ASSESSMENTS FOR CHILDREN

M. Azpiri, P. Amiano, M. Urtizberea, M. Bower

Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa.

Antecedentes/Objetivos: Los niños son especialmente vulnerables a los efectos neurotóxicos del plomo (Pb) incluso a niveles relativamente bajos. La información sobre la exposición dietética al Pb en este grupo de edad es limitada. El objetivo es la estimación de la exposición crónica a Pb a través de los alimentos, en niños vascos de 4-14 años, dentro del proyecto europeo EXPOCHI.

Métodos: Los datos de consumo de alimentos provienen de la Encuesta de Nutrición en la población de 4-18 años del País Vasco, 2004-2005. Los alimentos se categorizaron de forma estandarizada entre los centros participantes en el proyecto. Las concentraciones medias de Pb en alimentos han sido aportadas por la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria, EFSA, obtenidas de más de 90.000 muestras, período 2003-2008. En el cálculo de la exposición se han considerado dos escenarios, el primero asignando el valor cero a las mediciones de Pb por debajo del límite de determinación o de cuantificación (LB), y asignando un valor igual al correspondiente límite (UB) en el segundo. En la estimación de la exposición crónica se ha aplicado un modelo beta-binomial normal y el modelo Monte Carlo para Evaluación de Riesgos, ajustando por peso corporal. El percentil 99 (P99) se ha comparado con la Ingesta Semanal Tolerable (IST) establecida por FAO/OMS.

Resultados: El estudio incluye 760 niños de edades comprendidas entre 4-14 años. La exposición al Pb es superior en los más pequeños y disminuye al aumentar la edad. El P99 de exposición para el escenario LB varía entre 1,0 mg/kg peso/día en los de 14 años y los 2,1 mg/kg peso/día en los de 4 años. En el escenario UB, más conservador, la media de exposición es 1,8 veces superior, entre 1,8 mg/kg peso/día y 3,5 mg/kg peso/día en niños de 14 y 4 años respectivamente. Los grupos de alimentos que más contribuyeron a la exposición de Pb fueron los cereales, el grupo miscelánea (sopa, salsas, mostaza, vinagre) y los vegetales. Los valores encontrados fueron inferiores a los observados por otros países participantes en el proyecto EXPOCHI; y en ningún caso se superó el nivel equivalente diario de la IST.

Conclusiones: EL P99 de la exposición alimentaria a Pb de los niños vascos de 4-14 años está por debajo del equivalente diario de la IST para los dos escenarios estudiados. Los más pequeños son los más expuestos. Aun habiendo utilizado una categorización alimentaria estandarizada, las diferentes metodologías de dieta utilizadas hacen difícil la comparación entre regiones. This project was funded by the European Food Safety Authority (EFSA), within the Data Collection and Exposure (DATEX) unit (CFP/EFSA/DATEX/2008/01).

Financiación: CIBERESP, Ciber Epidemiología y Salud Pública on behalf of the EXPOCHI Consortium and EFSA <http://www.Publichealth-nutrition.Ugent.Be/EXPOCHI/>

685. EXCESO DE PESO, DIETA Y SEDENTARISMO EN LOS JÓVENES ESPAÑOLES. LA IMPORTANCIA DEL GÉNERO Y LA CLASE SOCIAL

M. García-Ruiz, M.I. Pasarín, L. Palència, C. Ariza, E. Díez, L. Egea, O. Juárez, P. Ramos, M. Rodríguez-Sanz

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar las desigualdades según la clase social en el exceso de peso y los factores de riesgo asociados: dieta y sedentarismo, en chicos y chicas jóvenes, en España, el 2006.

Métodos: El diseño es transversal utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Se utilizó una submuestra representativa de la población española no institucionalizada de 16 a 29 años (chicos: n = 3,343; chicas: n = 3,106). Variables dependientes: exceso de peso (sobrepeso y obesidad) calculado a partir del IMC (peso y talla autodeclarados) y clasificado según la propuesta de la OMS para población adulta (≥ 18 años) y según la metodología de Cole para población infantil (16-17 años); desayuno regular; consumo diario de frutas y/o verduras; consumo de frutas y/o verduras ≤ 3 veces por semana; consumo diario de dulces; consumo diario de refrescos con azúcar; y sedentarismo en el tiempo libre. Variables independientes: clase social según la propuesta de la SEE (I-II, III, IV-V); edad según la clasificación del INJUVE (16-19; 20-24; 25-29) y salud mental medida a través del GHQ-12. Se realizaron análisis descriptivos, se estimó la prevalencia del exceso de peso, los indicadores de la dieta y el sedentarismo según las variables independientes evaluando la asociación a través de la prueba χ^2 , y finalmente se analizó la asociación de cada una de las variables dependientes con la clase social, a través de modelos de regresión logística para obtener la odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), controlando por edad y salud mental.

Resultados: La prevalencia de exceso de peso en los chicos (33,4%) era mayor que en las chicas (21,4%) ($p < 0,001$). No se observaron diferencias por clase social en el exceso de peso en los chicos (OR (IV-V respecto a I-II) = 1,07; IC95%, 0,86-1,34) aunque sí en las chicas (OR (IV-V respecto a I-II) = 1,83; IC95%, 1,37-2,45). Sin embargo, en todas las variables relativas a la dieta y el sedentarismo se observaron desigualdades por clase social para ambos grupos, siendo más desfavorables para las clases desfavorecidas, excepto respecto al no desayuno en las chicas.

Conclusiones: Las clases sociales desfavorecidas muestran hábitos dietéticos menos saludables y mayor sedentarismo que las clases sociales privilegiadas. Sin embargo, las desigualdades en el exceso de peso se limitan solo a las chicas, lo cual indica que el exceso de peso es un fenómeno complejo que requiere analizar otros factores además de la dieta y el sedentarismo.

Financiación: CIBER de Epidemiología y Salud Pública y Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la Mujer, Dirección General de la Agencia de Calidad; Ministerio de Ciencia e Innovación, Instituto de Salud Carlos III.

628. REPRODUCIBILIDAD DE UN CUESTIONARIO DE FRECUENCIA ALIMENTARIA (CFA) PARA EVALUAR LA DIETA EN MUJERES ADULTAS ESPAÑOLAS

E.M. Navarrete-Muñoz, J. Vioque, P. Moreno, A.B. Fernández, C. Pedraz, M. Alcaraz, F. Collado, C. Vidal, M. Pollán

Universidad Miguel Hernández; CIBERESP; ISCIII; Centros Cribado Cáncer de Mama.

Antecedentes/Objetivos: Se ha reconocido que el CFA es el mejor instrumento para evaluar el papel de la dieta habitual de forma rápida y eficiente (Willett, 1998), siendo importante verificar su reproducibilidad y validez donde se piensa aplicar. En este estudio evaluamos la reproducibilidad de un CFA desarrollado a partir de otro previamente validado, en una muestra de las mujeres participantes en un estudio de amplia base poblacional sobre los Determinantes de Densidad Mamaria en España.

Métodos: En el Estudio DDM se incluyeron 3.574 mujeres de 45-68 años asistentes a programas de cribado de cáncer de mama de siete regiones españolas. Mediante un CFA de 117 ítems se evaluó ingesta dietética el año previo a la entrevista. Este CFA-117 es una ampliación de otro de 93 ítems similar al de Willett que fue validado en población adulta española. Para valorar la reproducibilidad del CFA-117 se seleccionó una muestra aleatoria de 25 mujeres, en seis centros, que dieron su consentimiento (n = 150). Las participantes res-

pondieron el CFA-117 en dos ocasiones: al entrar en el estudio y entre 2-9 meses después. La reproducibilidad del CFA se evaluó comparando las estimaciones de nutrientes y alimentos entre las dos mediciones a través de los coeficientes de correlación de Pearson tras transformación (log) de las ingestas y el ajuste de nutrientes por calorías totales (método de residuos).

Resultados: La ingesta media calórica fue muy similar entre el primer y segundo CFA, 2.073 Kcal/d vs 2.065. No se observaron diferencias significativas en la ingestas de la mayoría de nutrientes excepto un menor consumo de vit C (200 vs 185 mg/d; $p = 0,003$) y vit E (15,2 mg/d vs 14,1 mg/d; $p = 0,043$), en paralelo con un ligero menor consumo de frutas ($p < 0,05$). Se observó también un mayor consumo de carnes blancas y bebidas no alcohólicas, y menor de embutidos ($p < 0,05$). Respecto a la reproducibilidad, la media de los coeficientes de correlación de Pearson estimados para nutrientes fue de 0,68, oscilando entre 0,56 para carotenos y 0,78 para zinc. Al ajustar por calorías, la media de los coeficientes descendió a 0,62, oscilando entre 0,46 para grasas monoinsaturadas y 0,74 para zinc. Para la ingesta de grupos de alimentos se observaron también elevados coeficientes de correlación aunque menores a los observados para nutrientes; media de coeficientes de correlación Pearson de 0,58, oscilando entre 0,39 para cereales-pastas y 0,73 para lácteos.

Conclusiones: Comparado con la literatura, hemos observado altos coeficientes de reproducibilidad para nuestro CFA-117 de ítems lo que hace concluir que es un instrumento muy reproducible, condición necesaria para su validez.

Financiación: FIS-FEDER 2006 EPY1360/06.

647. VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE FRECUENCIA ALIMENTARIA (CFA) PARA EVALUAR LA DIETA EN EMBARAZADAS

J. Vioque, E.M. Navarrete-Muñoz, D. Giménez, M. Rebagliato, F. Ballester, R. Ramón, M. Murcia, M. García de la Hera, C. Iñíguez

Universidad Miguel Hernández; Centro Superior de Investigación en Salud Pública; CIBERESP; Universitat de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La dieta en embarazo juega un papel fundamental en el desarrollo del feto y del recién nacido. El cuestionario de frecuencia alimentaria (CFA) es el mejor instrumento para evaluar la dieta habitual en estudios epidemiológicos, siendo necesario verificar su reproducibilidad y validez en la población donde se utilice. En este estudio hemos examinado la reproducibilidad y validez (calibración bioquímica) de un CFA para evaluar dieta en embarazadas.

Métodos: Un total de 743 embarazadas del Estudio de cohorte INMA-Valencia entre 2003 y 2005 fueron entrevistadas con un CFA de 101 ítems en dos momentos de su embarazo (primer y segundo-tercer trimestres), y dieron una muestra de sangre tras la primera entrevista para determinar concentraciones plasmáticas de Retinol, α -caroteno, β -caroteno, Luteína-Zeaxantina, Licopeno, β -Cryptoxantina, Vitamina B12, Vitamina C y a tocopherol. El CFA era una ampliación de otro similar al de Willett que fue validado en población adulta española. Se estimaron ingestas medias de nutrientes y se ajustaron por calorías totales (método de residuos). Se calcularon coeficientes de correlación para analizar la reproducibilidad comparando las mediciones del primer y segundo CFA, y la validez (calibración bioquímica) comparando ingestas dietética de nutrientes (CFA1 + CFA2) con su concentración sérica.

Resultados: La ingesta calórica y de nutrientes fue muy similar en ambos períodos de embarazo excepto para licopeno que se observó un aumento de ingesta en el segundo período ($p < 0,001$) y para α tocopherol, un descenso ($p = 0,001$). Con la excepción del licopeno ($r = 0,01$), los coeficientes de correlación de reproducibilidad oscilaron entre $r = 0,36$ para β -cryptoxantina y $r = 0,59$ para luteína-zeaxantina, siendo la media de los coeficientes de 0,42. Los coeficientes de validez

entre ingestas de nutrientes (media de CFAs) y sus niveles plasmáticos oscilaron entre 0,034 para retinol y 0,336 para α -caroteno. Para el retinol, vitamina B12 y a tocopherol los coeficientes fueron $< 0,10$; para vitamina C ($r = 0,16$), α -caroteno (0,34), β -caroteno (0,22), luteína-zeaxantina (0,28), β -cryptoxantina (0,27) los coeficientes alcanzaron significación estadística ($p < 0,05$). Cuando se excluyó a las mujeres que dijeron haber cambiado su dieta en el embarazo los coeficientes de reproducibilidad y validez mejoraron sustancialmente.

Conclusiones: El CFA muestra una buena reproducibilidad y validez para evaluar la dieta durante el embarazo a pesar de los frecuentes cambios que se suelen observar en este período reproductivo.

Financiación: Instituto De Salud Carlos III (Red INMA G03/176, FIS-FEDER 03/1615, 04/1509, 04/1112, 04/1931, 06/1213, 07/0314 Y 09/02647). Conselleria De Sanitat G Valenciana. Fundació Roger Tor-né.

595. FACTORES ASOCIADOS A MIRAR LA TELEVISIÓN, JUGAR CON LA VIDEOCONSOLA O USAR EL ORDENADOR ENTRE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

X. García-Continente, A. Pérez, M. Nebot

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

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años, numerosos estudios han mostrado que niños y adolescentes dedican gran cantidad de su tiempo libre a ver la televisión y a jugar con el ordenador o la videoconsola, lo que puede tener efectos adversos para la salud. Este estudio pretende describir el uso de la televisión (TV), la videoconsola y el ordenador entre los estudiantes de secundaria de Barcelona y analizar los factores de riesgo asociados a estas actividades.

Métodos: Estudio transversal basado en la administración de una encuesta sobre factores de riesgo en escolares de secundaria (FRESC) a una muestra representativa de estudiantes de 2º y 4º ESO y 2º Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio. Se estudió la dedicación de los escolares a ver la TV, jugar con la videoconsola y usar el ordenador. Se calcularon las prevalencias de realizar estas actividades dos o más horas diarias en días laborables y se realizó un análisis de regresión logística multivariada para determinar la asociación entre el uso de estas tecnologías y varios comportamientos de riesgo.

Resultados: Se encuestaron 3089 estudiantes de secundaria (52% chicas). Alrededor del 50% de los escolares declaró ver la TV 2 o más horas diarias en días laborables. El 14,7% de los chicos afirmó jugar con la videoconsola 2 o más horas, porcentaje muy superior al observado entre las chicas (1,5%). El 68,2% de chicos y el 61,7% de chicas decían usar el ordenador 2 o más horas. En ambos sexos, se observó asociación entre ver la TV y no leer libros a menudo (chicos: OR = 0,6; IC95%: 0,4-0,7; chicas: OR = 0,7; IC95%: 0,6-0,9). En los chicos se asoció también con la ingesta de alimentos no saludables (OR = 1,3; IC95%: 1,1-1,7) e ir a bares y discotecas (OR = 1,3; IC95%: 1,1-1,8); en las chicas con no hacer deporte a menudo (OR = 0,7; IC95%: 0,5-0,9). El uso del ordenador se asoció entre los chicos con no leer libros (OR = 0,7; IC95%: 0,5-0,9) y comer alimentos no saludables (OR = 1,8; IC95%: 1,4-2,3), asociaciones que también se observaron en las chicas (OR = 0,7; IC95%: 0,6-0,9 y OR = 1,4; IC95%: 1,15-1,8 respectivamente) además de ir a bares y discotecas (OR = 1,5; IC95%: 1,2-2,0) y tener un nivel académico bajo (OR = 1,7; IC95%: 1,1-2,5). Jugar con la videoconsola se asoció también con la ingesta de comida no saludable en chicos (OR = 2,2; IC95%: 1,5-3,3).

Conclusiones: La prevalencia de escolares que dedican más de 2 horas diarias a ver la televisión y usar el ordenador es elevada en ambos sexos. El abuso de estas tecnologías parece reemplazar actividades intelectuales como la lectura. Además, se asocia a factores de tipo sedentario, especialmente al consumo de alimentos no saludables que puede favorecer la aparición de problemas de salud como la obesidad.

44. ASOCIACIÓN ENTRE DURACIÓN Y CALIDAD DEL SUEÑO EN ADULTOS MAYORES SEGÚN EL ESTADO DE SALUD

A. Eumann Mesas, E. López-García, L.M. León-Muñoz,
A. Graciani, P. Guallar-Castillón, F. Rodríguez-Artalejo

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

Antecedentes/Objetivos: Los estudios sobre la asociación entre la duración y la calidad del sueño son escasos y con resultados inconsistentes. Además, no se ha examinado el efecto del estado de salud en esta relación. El objetivo de este estudio fue examinar la asociación entre la duración y la calidad del sueño en adultos mayores y analizar si esta asociación cambia según el estado de salud.

Métodos: Estudio transversal con 1.567 personas no institucionalizadas con ≥ 68 años de España. Se consideró la peor calidad del sueño según la presencia de quejas nocturnas (uso de pastillas para dormir, dificultad para empezar a dormir, despertarse por la noche, despertarse precozmente por la mañana) y quejas diurnas (sentirse cansado por la mañana, somnolencia diurna). Los análisis fueron ajustados por los principales confusores y estratificados por indicadores del estado de salud (salud autorreportada, calidad de vida relacionada con la salud y limitación funcional).

Resultados: En comparación con los que reportaron dormir 7-8 horas, aquellos que reportaron ≤ 6 horas tuvieron mayor probabilidad de ≥ 1 quejas nocturnas (odds ratio [OR] 1,60; intervalo de confianza [IC] 95% 1,23-2,09), mientras que los que reportaron ≥ 9 horas tuvieron menos probabilidad (OR 0,55; IC95% 0,41-0,74). Esta asociación se mantuvo independientemente del estado de salud, excepto en aquellos con peor salud mental, en los que no había asociación entre duración y calidad del sueño. No se encontraron diferencias en los porcentajes de personas con ≥ 1 quejas diurnas entre los que reportaron dormir 7-8 horas y ≤ 6 horas. En cambio, dormir ≥ 9 horas se asoció con la presencia de quejas diurnas (OR 1,79; IC95% 1,20-2,68; p de tendencia lineal = 0,001). Los resultados para las quejas diurnas no cambiaron en las estratificaciones por el estado de salud.

Conclusiones: En adultos mayores, el sueño corto se asoció con la presencia de quejas nocturnas, mientras que el sueño largo se asoció con la presencia de quejas diurnas, independientemente del estado de salud.

Financiación: Proyecto FIS 09/01626. Beca MAEC-AECID.