

COMUNICACIONES ORALES (10 MINUTOS) V

Viernes, 29 de octubre de 2010. 09:00 a 10:30 h

Auditorio 1

Desigualdades

Moderadora: Carme Borrell

345. EFECTO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO MATERNO EN LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LA COHORTE INMA-GIPUZKOA: TRANSMISIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

M. Larrañaga, L. Santa Marina, A. Lertxundi, M. Basterrechea, E. Blarduni, M. Ayerdi, M. Maiztegi, N. Lertxundi, J.M. Ibarlucea

Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; Hospital de Zumarraga, Osakidetza; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Instituto de Investigación Sanitaria, BIODONOSTI; Universidad del País Vasco EHU-UPV.

Antecedentes/Objetivos: Las condiciones de privación material y social comienzan a actuar durante la vida intrauterina, afectando el crecimiento y el desarrollo del feto, y aumentando el riesgo de problemas de salud en el recién nacido (RN). Esta comunicación valora la repercusión del nivel socioeconómico (NSE) materno en la salud de los RN de la cohorte INMA Gipuzkoa.

Métodos: Mediante cuestionario se obtuvo información de 638 embarazadas sobre variables sociodemográficas, historia laboral, antecedentes médicos de la gestante. Las variables antropométricas relacionadas con el RN se obtuvieron a partir de la historia clínica. Se

definió crecimiento restringido en el peso (pequeño para edad gestacional corregido), prematuridad (< 37 semanas de gestación) y bajo peso al nacer (< 2.500 g). Las variables de salud del RN se analizaron según el NSE materno (NSE no manual I-II-III vs manual IV-V) mediante análisis bivariante y multivariante, ajustado por la semana de gestación (sólo para bajo peso al nacer), talla del padre, BMI de la madre, consumo de tabaco durante el embarazo, complicaciones en el embarazo y sexo del recién nacido.

Resultados: La edad media materna fue 32,1 años, el 85,6% referían empleo remunerado, 49,8% estudios universitarios y el 57% pertenecían a la clase ocupacional no manual. Entre las mujeres de bajo NSE fue significativamente más frecuente la obesidad/sobrepeso (24% vs 18,4%), tabaquismo (31,7% vs 18,2%) y el sedentarismo (65,3% vs 49,9%) frente a las de alto NSE. También el crecimiento intrauterino fue menor en las mujeres de bajo NSE (12,9% vs 5,5%). En los RN, el porcentaje de bajo peso al nacer (< 2.500 g) fue mayor en las madres de bajo NSE que en las de alto (7,4% vs 2,6%), al igual que la prematuridad. En el análisis de regresión logística (ajustados por las variables confusoras) el riesgo de retraso en el crecimiento intrauterino fue significativamente mayor entre las fumadoras (OR: 3,45 IC95% 1,69-7,01) y en las de bajo NSE (OR: 1,96 IC95% 1,05-3,64).

Conclusiones: Los resultados muestran el efecto que tiene las condiciones de privación material y social materna en fases muy tempranas de la vida fetal y del RN, lo que pone de manifiesto la transmisión intergeneracional de las desigualdades sociales en salud. Proteger y promover la salud perinatal requiere tener en cuenta las circunstancias sociales y económicas de las gestantes.

Financiación: FIS 06/0867.

462. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS EN ÁREAS PEQUEÑAS DE 3 CIUDADES DE ESPAÑA. PROYECTO MEDEA

M. Gotsens, M. Marí-Dell'Olmo, M.A. Martínez-Beneito, C. Audicana, A. Nolasco, C. Borrell, Grupo Medea

CIBER Epidemiología y Salud Pública; Agència de Salut Pública de Barcelona; Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia; Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: En España, las defunciones por causas externas (CE) son la primera causa de mortalidad entre los menores de 45 años. Existen evidencias de que áreas con peores indicadores socioeconómicos presentan mayor riesgo de mortalidad por CE. El objetivo es describir las desigualdades socioeconómicas en mortalidad por CE en Barcelona, Bilbao y Valencia durante los años 1996-2003.

Métodos: Estudio ecológico transversal. Las unidades de análisis son las secciones censales de Barcelona, Bilbao y Valencia según el censo del 2001. La población de estudio son los residentes de cada ciudad durante el período 1996-2003. Las fuentes de información son los registros de mortalidad de cada ciudad y el censo de población y viviendas del 2001. Las causas de muerte estudiadas son: lesión de tráfico, drogas, suicidio, caídas y total de CE. Se calcula la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) para las 5 causas, donde las muertes esperadas para cada sección censal se obtienen a partir de las tasas de España del 2001. Se usa como variable explicativa un índice de privación socioeconómica calculado para cada ciudad y como variables de estratificación el sexo y la edad (< 45 años y > 45 años). Se representa la distribución geográfica del índice y de las RME para cada causa de defunción. Se ajusta un modelo jerárquico bayesiano (modelo de Besag, York y Mollié) donde las muertes observadas siguen una distribución de Poisson para obtener riesgos relativos (RR) e intervalos de credibilidad al 95% (IC95%) para cada ciudad y causa de defunción.

Resultados: El número de defunciones por CE es de 5073 en Barcelona, 1069 en Bilbao y 1890 en Valencia. El índice de privación y las

RME de la causas de defunción presentan un patrón geográfico similar. Existe asociación entre la mortalidad por el total de causas externas y la privación en las 3 ciudades, siendo el RR de 1,86 (IC95%: 1,62-2,13) en Barcelona; 2,18 (IC95%: 1,72-2,75) en Bilbao y 1,77 (IC95%: 1,45-2,16) en Valencia. Entre los hombres y los < 45 años la mayoría de causas específicas presentan asociación con la privación siendo ésta mayor en las muertes por drogas. Entre las mujeres y > 45 años sólo existe asociación con el total de CE y con las caídas en mujeres de Valencia y en > 45 años en Bilbao.

Conclusiones: Existen desigualdades socioeconómicas en mortalidad por CE en áreas pequeñas, siendo más importantes en los hombres y los menores de 45 años. Este estudio permite detectar áreas con mayor riesgo de mortalidad susceptibles de recibir intervenciones destinadas a reducir dichas desigualdades.

Financiación: ISCIII.

527. DESIGUALDADES EN EL USO DE ANTICONCEPCIÓN EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA: UN ANÁLISIS MULTINIVEL

D. Ruiz-Muñoz, G. Pérez, M. Rodríguez-Sanz, M. Gotsens, J. Salvador, A. Roig

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El uso de anticoncepción (AC) es el método más eficaz de prevenir embarazos no deseados. El objetivo de este trabajo es analizar las desigualdades socioeconómicas del uso de AC en las mujeres en edad reproductiva, a nivel individual y de la Comunidad Autónoma (CCAA) de residencia, en España en 2006.

Métodos: Estudio transversal multinivel que respeta la estructura jerárquica de las mujeres residentes en las CCAA. La población de estudio son mujeres de 15-49 años residentes en España que han tenido relaciones sexuales (n = 5.141). La fuente de información es la Encuesta de Fecundidad de 2006 del CIS. Las unidades de análisis son las mujeres y las CCAA. Las variables dependientes son: uso de AC en la primera relación sexual y uso de AC en las últimas 4 semanas. Las variables independientes individuales son: edad, nivel de estudios, país de origen, religión, edad de inicio de relaciones sexuales, convivencia en pareja, número de hijos y haber usado AC en la primera relación sexual. Las variables independientes contextuales son: porcentaje de mujeres con titulación superior, porcentaje de escolarización de 0-2 años, porcentaje de mujeres en paro y porcentaje de mujeres no procedentes de la UE. Se ajustan modelos jerarquizados de regresión logística obteniendo odds ratios ajustadas (ORa) e intervalos de confianza al 95% (IC).

Resultados: El análisis multinivel muestra que existe variabilidad en el uso de AC tanto a nivel individual como de CCAA. El uso de AC en la primera relación sexual es más frecuente en las mujeres más jóvenes, con mayor nivel de estudios (ORa = 5,70 IC: 4,39-7,41 universitarios respecto a primarios incompletos), de países desarrollados, no practicantes de ninguna religión y que iniciaron sus relaciones sexuales después de los 18 años. Las CCAA con mayor porcentaje de mujeres con titulación superior (ORa = 1,03 IC: 1,02-1,04) y mayor porcentaje de escolarización de 0-2 años (ORa = 1,01 IC: 1,01-1,01) presentan un mayor uso de AC en la primera relación sexual. El uso de AC en las últimas 4 semanas es más frecuente en las mujeres más jóvenes, con mayor nivel de estudios, no practicantes, que no viven en pareja, con más de 1 hijo y que usaron AC en su primera relación sexual (ORa = 2,67 IC: 2,12-3,37). Las CCAA con mayor porcentaje de mujeres en paro (ORa = 1,02 IC: 1,00-1,04) y menor porcentaje de mujeres no procedentes de la UE (ORa = 0,96 IC: 0,93-0,98) presentan un mayor uso de AC en las últimas 4 semanas.

Conclusiones: Existen desigualdades en el uso de AC en la primera relación sexual y en las últimas 4 semanas, tanto según el nivel socioeconómico de la mujer como según la CCAA de residencia. Es nece-

sario tener en cuenta la importancia del contexto a la hora de diseñar intervenciones para promover el uso de AC.

Financiación: AETS PI07/90050 y CIBERESP.

549. DESIGUALDADES SOCIALES EN TUBERCULOSIS EN EL CAMPO DE GIBRALTAR: ANÁLISIS MULTINIVEL

J.A. Córdoba Doña, J.M. Suárez Farfante, J.P. Novalbos Ruiz, V. Santos Sánchez, A. Escolar Pujolar

Delegación Provincial de Salud de Cádiz; Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar-Servicio Andaluz de Salud; Universidad de Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: La reducción de la incidencia de tuberculosis (TB) está lejos de las metas fijadas por la OMS. En España se mantiene una incidencia media, asociada al aumento de la población extranjera, y a condiciones como VIH, diabetes, alcoholismo o privación de libertad. El Campo de Gibraltar, 250 mil personas, es zona fronteriza con la colonia británica, de paso marítimo a Marruecos (5 millones pasajes/año), con escasa población extranjera, e incidencia de TB superior a la media nacional. Objetivo: conocer la relación entre privación socioeconómica e incidencia de TB, así como su relación con variables biológicas, clínicas y de contexto.

Métodos: Estudio longitudinal de incidencia a partir de casos detectados por tres fuentes (vigilancia epidemiológica, microbiología y CMBD) en residentes en zona urbana del C. de Gibraltar de 1997 a 2007. Las variables de población, hacinamiento y zona puerto se calculan a partir del Censo 2001. Como variable de privación se utiliza el Índice de Nivel Socioeconómico (Ruiz et al. Gac Sanit 2006;20(4): 303-10), que establece 5 niveles de privación. Se estiman las tasas ajustadas por edad para cada sexo y nivel de privación, así como para TB con y sin VIH. Para evaluar simultáneamente las variables contextuales e individuales se elaboran modelos de Poisson multinivel para dos períodos temporales: 1997-2002 y 2003-2007, considerando la sección censal como segundo nivel. Se estiman los RR y la reducción de las varianzas.

Resultados: Se detectaron 490 casos, que suponen una tasa ajustada de 25,6 por 100 mil (36,4 hombres; 15,1 mujeres). Se observa gradiente socioeconómico de incidencia en ambos sexos, así como en TB-VIH y en TB sin VIH, más evidente en hombres y en TB-VIH. En el análisis multinivel, en ambos períodos, aparecen significativamente asociados a la TB, a nivel individual, el sexo (RR para hombres: 2,14 IC = 1,69-2,72, en primer período; y 2,70, IC = 1,95-3,76 en el segundo) y la edad (RR para 25 a 44 años: 3,27 IC = 2,46-4,36; y 4,45 IC = 2,87-6,90 respectivamente); y a nivel contextual, el índice de privación (RR para nivel 4: 2,23 IC = 1,39-3,57, y para nivel 5: 3,61 IC = 2,34-5,58, en primer período; y 2,97 IC = 1,66-5,33 para nivel 4 y 2,92 IC = 1,64-5,18 para nivel 5 en el segundo) y el efecto zona puerto (RR: 1,76 IC = 1,02-3,04; y 2,02 IC = 1,10-3,73). La varianza de segundo nivel explicada por los modelos es 65% y 46%.

Conclusiones: 1. La TB se relaciona con el nivel socioeconómico de la sección censal, independientemente de la condición VIH, sexo y edad de los casos. 2. El "efecto zona puerto" apunta a posible relación con hacinamiento humano en una zona de intenso tránsito internacional.

554. DESIGUALDADES EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CATALUNYA

M. Rodríguez-Sanz, K.B. Rocha, M.I. Pasarín, G. Pérez, P. Brugulat, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Además de las características de los individuos, la disponibilidad de los recursos en el territorio y la accesibilidad son determinantes de las desigualdades en la utilización de los

servicios de salud. Los objetivos del estudio fueron describir las desigualdades en la utilización del médico/a general, el especialista y los servicios de urgencias según la clase social y la cobertura sanitaria, así como, las características de la población y los recursos de salud en la nueva división territorial sanitaria de Catalunya.

Métodos: Diseño transversal de niveles múltiples utilizando datos de la Encuesta de Salud de Catalunya de 2006 jerarquizados en los 37 Gobiernos Territoriales de Salud (GTS). La población estudiada fueron los residentes en Catalunya de 15 años y más no institucionalizados. Las variables dependientes fueron la visita el último año al médico/a general, al especialista y a los servicios de urgencias (sí/no). Las independientes individuales fueron el sexo, la edad, el estado de salud, la clase social (I + II, III, IV + V) y el tipo de cobertura sanitaria (pública [SCS] o doble); y de los GTS: la densidad poblacional y el número de médicos/as de atención primaria de salud (APS) por habitante, en cuartiles. Se realizó un análisis descriptivo y se ajustaron modelos de regresión logística multinivel para analizar la variabilidad en los GTS y obtener los factores asociados mediante odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Un 70% de la población catalana visitó un médico/a general el último año sin mostrar desigualdades individuales, y con variabilidad territorial sin patrón conocido. Sí se observaron desigualdades en los servicios especializados: la visita al especialista fue inferior en las clases desfavorecidas (OR = 0,8, IC95% = 0,7-0,9; OR = 0,7, IC95% = 0,6-0,8 en hombres y mujeres de clase IV + V respecto clase I + II) y con cobertura exclusivamente pública; además, fue menor en los GTS con más profesionales de APS (OR_{p75} = 0,8, IC95% = 0,6-1,0 en hombres; OR_{p75} = 0,9, IC95% = 0,7-1,1 en mujeres). La visita a urgencias no mostró desigualdades en la población con mala salud, sólo en buena salud, siendo inferior en las clases favorecidas, y en los GTS con más profesionales de APS.

Conclusiones: La APS cumple los principios de universalidad y equidad. Sin embargo, en la visita al especialista, la demanda y la accesibilidad de las clases favorecidas puede determinar el mayor uso, y en cambio, las clases desfavorecidas utilizan en mayor medida los servicios de urgencias. En el territorio, una mayor oferta y accesibilidad a los servicios de salud pueden favorecer la racionalización de los recursos sanitarios.

Financiación: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica. 098/12/06.

586. DIFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS Y DESIGUALDADES EN SALUD: RESULTADOS EN OVIEDO DEL PROYECTO MEDEA II-ASTURIAS

V. Rodríguez Suárez, E. García Fernández, M.P. Alonso Vigil, L. Rodríguez Suárez, B. Fernández Suárez, L. Palència

Dirección General de Salud Pública y Participación;
Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Medea II es un proyecto colaborativo español cuyo objetivo es estudiar causas de mortalidad y de incidencia de cáncer en relación con indicadores socioeconómicos y ambientales en áreas pequeñas de ciudades. En esta comunicación se analiza la asociación de algunas de estas enfermedades con un índice de privación que refleja la situación socioeconómica de la población de estudio.

Métodos: Estudio ecológico en el que la población de estudio es Oviedo considerada a nivel de sección censal según el censo de 2001. Se obtuvieron para ambos sexos las defunciones entre 1996 y 2007 por sida y VIH, diabetes, trastornos mentales orgánicos senil y presenil, enfermedad de Alzheimer, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, EPOC, cirrosis, suicidio, conjunto de trastornos mentales, conjunto de enfermedades respiratorias. Y la incidencia por cánceres de pulmón, de vejiga y hematológicos entre 1996 y 2004. Para cada una de las 173 secciones censales de Oviedo se calculó un índice

de privación (IP) a partir de la agregación de 5 variables socioeconómicas del censo de 2001 mediante el análisis de componentes principales. También se calculó la RME y la RIE tomando como tasas de referencia las del conjunto de la ciudad 1996-2007 para mortalidad y 1996-2004 para incidencia de cáncer de cada una de las causas estudiadas. En cada quintil del IP se analizó la distribución de RME y RIE y se aplicó un test de tendencia para comprobar la variación a través de los quintiles. Por último se elaboró un mapa de la ciudad para visualizar las diferencias.

Resultados: El test de tendencia a través de los quintiles del IP fue estadísticamente significativo con un nivel de confianza del 95% en hombres para la mortalidad por el conjunto de enfermedades respiratorias, trastornos mentales, sida y VIH, enfermedad isquémica del corazón, EPOC, cirrosis, y para la incidencia de cáncer de pulmón. En mujeres sólo para la mortalidad por sida y VIH y por diabetes.

Conclusiones: La mortalidad y la incidencia por algunas enfermedades no se distribuyen uniforme ni aleatoriamente por la ciudad, sino que se asocian en gran medida con el nivel socioeconómico de las diferentes zonas de la misma, en el sentido de que a mayor índice de privación le corresponde peor nivel de salud. Es necesario profundizar en el estudio de las causas de estas diferencias para implantar políticas que disminuyan las desigualdades en salud.

Financiación: Plan Nacional I+D+I Convocatoria 2008. PI080367.

684. DIFICULTADES PARA LLEGAR A FIN DE MES Y DESIGUALDADES EN SALUD EN ANDALUCÍA

A. Escolar Pujolar, J.A. Córdoba Doña

Delegación de Salud, Cádiz; Hospital Universitario.

Antecedentes/Objetivos: La dificultad para llegar a fin de mes es una variable ampliamente considerada por las instituciones estadísticas públicas en encuestas tan importantes como la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares o la Encuesta de Calidad de Vida. Su uso en estudios epidemiológicos es muy escaso. Objetivo: evaluar las desigualdades en salud según el grado de facilidad/dificultad para llegar a fin de mes en Andalucía.

Métodos: Estudio transversal. Fuente de los datos: Encuesta de Salud de Andalucía-2007. Variables dependientes: Estado de salud auto-percibida (mala-regular/buena-excelente); problemas de salud mental (sí/no); obesidad (sí/no); tabaquismo actual (sí/no); acceso a consultas preventivas ginecológicas (sí/no) y de servicios bucodentales (sí/no). Variable independiente: Facilidad/Dificultad para llegar a fin de mes (1. Con facilidad/mucha facilidad, 2. Con alguna facilidad, 3. Con alguna dificultad, 4. Con dificultad/mucha dificultad). Variables de ajuste: edad y nivel de estudios. Análisis estratificado por sexo. Cálculo de Odds Ratio (OR) e Intervalos de confianza al 95% (IC95%) mediante regresión logística no condicional.

Resultados: Muestra de 6.511 personas. Un 27,4% de los hombres y un 18,1% de las mujeres llegan a fin de mes con dificultad o con mucha dificultad. El riesgo de presentar una salud mala/regular aumenta a medida que lo hace la dificultad para llegar a fin de mes, tanto en hombres, como en mujeres, independientemente de la edad y del nivel de estudios. Frente a las personas que llegan con facilidad/mucha facilidad los riesgos fueron en hombres de 1,08 (0,72-1,62); 1,24 (0,83-1,87); 2,51 (1,65-3,82) y en mujeres de 1,38 (0,94-2,01); 1,55 (1,06-2,27); 2,99 (2,05-4,36). Con idéntica categoría de referencia, se identifica un mayor riesgo en la obesidad en mujeres, como en el tabaquismo en hombres, cuanto mayor es la dificultad para llegar a fin de mes (OR ajustados por edad y nivel de estudios). Por el contrario el acceso a consultas preventivas ginecológicas y de servicios bucodentales es más frecuente cuanto mayor es la facilidad para llegar a fin de mes, independientemente de la edad y del estado de salud autopercibida.

Conclusiones: Las desigualdades en salud aumentan cuanto mayor es la dificultad para llegar a fin de mes. La facilidad/dificultad para lle-

gar a fin de mes es una medida de carácter subjetivo que consideramos importante incorporar en los estudios de desigualdades. Es conveniente contrastar las asociaciones observadas con las obtenidas con variables de tipo objetivo. La dificultad para llegar a fin de mes debería ser considerada más frecuentemente como variable de posición socioeconómica en las encuestas de salud periódicas y en general en los estudios sobre desigualdades sociales en salud.

Viernes, 29 de octubre de 2010. 09:00 a 10:30 h

Auditorio 3A

Brotos epidémicos

Modera: Silvia Guiral

82. BROTE DE FIEBRE Q EN TRABAJADORES DE UNA EMPRESA DE BIZKAIA

J. Delgado, E. Alonso, I. Aspiritxaga, G. Ezpeleta, N. Muniozgueren

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital de Cruces; Unidad de Epidemiología de Bizkaia, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; Laboratorio de Microbiología, Hospital de Basurto.

Antecedentes/Objetivos: En febrero de 2010, a través del sistema de vigilancia epidemiológica, se detectaron 2 casos de neumonía atípica en 2 trabajadores de una empresa del sector mecánico en Bizkaia. Confirmado el diagnóstico de fiebre Q, se interviene con el objetivo de investigar la plantilla, así como un rebaño de cabras próximo.

Métodos: Previo consentimiento informado, se obtuvo una muestra de sangre de los trabajadores en plantilla, efectuándose serología de fiebre Q (IgG e IgM) mediante IFI (inmunofluorescencia indirecta) y detección de DNA de *Coxiella burnetii* mediante PCR. Además, fueron sometidos a un cuestionario sobre factores de exposición a fiebre Q. El análisis veterinario se hizo mediante ELISA, fijación del complemento (FC) y PCR. Se tomaron muestras medioambientales, analizadas por PCR.

Resultados: La plantilla estaba formada por 44 trabajadores, de los que 40 (90%) aceptaron participar en el estudio. 36 (90%) eran hombres, cuya edad media fue 42,8 años frente a los 36,3 años de las mujeres. 33 sujetos mostraron serología positiva, representando una tasa de ataque de 82,5% (IC95%: 70,2-94,8). En el momento del estudio todos fueron PCR(-), aunque con carácter retrospectivo se comprobó que 2 trabajadores habían sido PCR(+). El 100% de los positivos eran hombres, siendo su promedio de edad de 43,7 años. 7 sujetos (20%) presentaron analítica y clínica negativa, siendo su promedio de edad de 35,1 años. Entre los 33 casos, 9 (27%) presentaron neumonía, 9 (27%) síndrome gripal y 15 (45%) fueron asintomáticos. Entre los 18 casos que cursaron con clínica, 13 (72%) fueron a su médico de atención primaria y 7 (38%) a urgencias hospitalarias, no registrándose ningún ingreso. No se detectaron formas graves ni atípicas de fiebre Q. Se constataron 3 niveles de riesgo según la distancia del puesto de trabajo al rebaño, registrándose 31 casos entre los que desarrollaban 100% de su jornada en el área de mayor exposición (taller), 2 casos (8%) tenían un grado intermedio de exposición (< 50% de jornada en taller), no registrándose ningún caso en el área administrativa. Se analizaron 28 cabras, de las cuales, 18 (64%) fueron ELISA(+) y FC(-). Se tomaron 22 muestras de heces, 11 de leche, un exudado vaginal, 2 de estiércol y 2 aerosoles que fueron todas PCR(-). Los trabajadores fueron sometidos a control y seguimiento, eliminándose el foco infeccioso mediante sacrificio del ganado, limpieza y desinfección del entorno.

Conclusiones: Se trata de un brote de fiebre Q que ha afectado a 33 de 40 trabajadores de la empresa, relacionado con la presencia de cabras infectadas en su entorno que ha requerido control clínico de los trabajadores y eliminación del foco infeccioso.

144. BROTE COMUNITARIO DE LEGIONELOSIS ASOCIADO A MAQUINARIA AUXILIAR DE ASFALTADO

J. Fenollar, G. Jorques, J.M. Calafat, F. Adrián, M.V. García

Centro de Salud Pública, Alcoi.

Antecedentes/Objetivos: La ciudad de Alcoi, desde 1999 ha sufrido importantes brotes comunitarios de Enfermedad del Legionario (EL). El control epidemiológico se consiguió en 2005 con la eliminación de las instalaciones de riesgo de transmisión de *Legionella* (Lg) del interior del casco urbano. Desde 2006, no se declaran brotes y la incidencia de EL es inferior a la de la C. Valenciana. En este contexto, en agosto de 2009 se detecta un nuevo brote comunitario, con 11 casos.

Métodos: Estudio descriptivo de un brote de EL en Alcoi en agosto de 2009. Con la información de las encuestas, se delimita la posible zona de riesgo mediante el Sistema de Información Geográfica y se realiza el estudio ambiental. Las cepas aisladas son identificadas por los Laboratorios de Referencia de Lg del Centro Nacional de Microbiología e Instituto Cabanilles de Valencia mediante la aplicación de anticuerpos monoclonales y técnicas moleculares.

Resultados: El estudio descriptivo delimita dos zonas de riesgo diferenciadas temporalmente. Ante la falta de hallazgos de instalaciones de riesgo tradicionales y de problemas en la red pública de agua, la investigación ambiental se extiende a cualquier equipo que utilice agua. Se comprobó que una de las zonas de riesgo estaba siendo asfaltada. Se localizó un camión cisterna de agua para alimentar a una máquina fresadora con un sistema de boquillas de pulverización para refrigerar el rodillo de fresado, así como otra maquinaria auxiliar que también utiliza agua. El agua, procedía de un manantial y sin cloración u otro tratamiento, se transportaba y utilizaba por los equipos antes descritos. Los equipos han funcionado coincidiendo temporal y espacialmente con la actividad del brote epidémico, en ambas zonas de riesgo y tras su control, concluyó el brote. Los resultados microbiológicos muestran cultivos positivos para Lg, en las máquinas auxiliares de asfaltado, fresadora y camión cisterna. Los resultados de la tipificación molecular por el laboratorio de referencia, muestran coincidencia genética entre las cepas aisladas de los enfermos y las aisladas en las máquinas, lo que confirma el origen del brote epidémico.

Conclusiones: Se confirma la existencia de un brote comunitario de EL en Alcoi, cuya fuente ha sido la maquinaria auxiliar de asfaltado empleada en la pavimentación, con sistema de refrigeración que genera agua pulverizada y aerosoles. Como factores contribuyentes han actuado la utilización de agua procedente de manantial, sin tratamiento biocida alguno y las altas temperaturas de la época del año. Los análisis moleculares evidencian la coincidencia genética de la bacteria aislada en los enfermos y en los equipos sospechosos, lo que confirma la fuente del brote epidémico. Revisada la bibliografía, no encontramos brotes de EL asociados a este tipo de máquinas.

475. FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL DE LOS BROTES DE HEPATITIS A

S. Broner, N. Torner, A. Martínez, P. Godoy, A. Domínguez

CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) Instituto de Salud Carlos III; Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya; Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La hepatitis A (HA) es un problema importante de salud pública que en nuestro medio se presenta frecuente-

mente en forma de brotes cuyo tamaño y duración condiciona el uso de importantes recursos. Dichos brotes requieren una investigación epidemiológica y la puesta en marcha de intervenciones precozmente para prevenir la aparición de casos secundarios entre los expuestos. El objetivo de este estudio fue investigar la asociación entre las medidas de profilaxis post exposición adoptadas y la precocidad con que se aplicaron con la duración de los brotes.

Métodos: Se analizaron los brotes de HA notificados al Departamento de Salud desde 1991 hasta 2007. De cada brote se recogió: número de afectados, ámbito de aparición, afectación de población inmigrante, duración del brote y medidas de intervención aplicadas (administración de IG y/o vacuna) y fecha de realización. Esta última fecha y la de inicio de caso índice permitieron definir la precocidad de la intervención. Se utilizó regresión logística para estudiar la relación entre variables explicativas y duración de brote.

Resultados: Durante el período de estudio se notificaron 268 brotes de hepatitis A (tasa: 2,45 por millón de personas-año; IC95% 1,43-3,86) con un total de 1.396 casos ($1,28 \times 10^5$ personas-año; IC95% 1,03-1,59) y 49 hospitalizaciones (0,68 por millón de personas-año; IC95% 0,25-1,56). De los 268, sólo en 102 (38,1%) se obtuvo información de la fecha de intervención. De estos, en 87 (85,3%) el mecanismo de transmisión fue persona-persona, 12 (11,8%) fuente común y el resto desconocidos o sin datos (3; 2,9%). Los factores que en el análisis univariado mostraron asociación a menor duración del brote fueron: tamaño menor o igual a 4 afectados (OR = 9,49; IC95%: 3,84-23,41), tiempo de intervención menor o igual a 29 días (OR = 4,78; IC95%: 2,07-11,04) y ámbito escolar (OR = 0,34; IC95%: 0,15-0,78). Las variables inmigrante y administración de IG/vacuna no resultaron significativas. En el multivariado sólo mostraron asociación: tamaño del brote (OR = 8,84; IC95%: 3,17-24,64) y precocidad de la intervención (OR = 4,39; IC95%: 1,64-11,81).

Conclusiones: La incidencia de brotes de hepatitis A en Cataluña es importante. Para disminuir el impacto que suponen tanto en la comunidad como en servicios de Salud Pública y lograr un control rápido es importante: 1) que los brotes sean de pequeño tamaño, que se detecten y comuniquen precozmente y 2) la intervención profiláctica (administración de vacuna o gammaglobulina a los contactos susceptibles) se realice también precozmente, independientemente del ámbito del brote y de si afecta a población autóctona o inmigrante.

Financiación: Este trabajo fue financiado parcialmente por CIBER Epidemiología y Salud Pública (Instituto de Salud Carlos III), FEDER y AGAUR (2009 SGR 42).

483. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN SANITARIA DE LOS COMEDORES COLECTIVOS Y LOS BROTES NOTIFICADOS. COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO 2006-2009

D. Coll, O. Mokoroa, J. García, L. Díaz de Lezana, M.J. de Pedro

Dirección de Salud Pública, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: El control oficial de establecimientos alimentarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) se hace mediante un procedimiento normalizado que incluye un sistema de clasificación de establecimientos alimentarios en función del riesgo. Este sistema se basa en la puntuación obtenida según el tipo de alimento, la actividad (elaborador, almacén...), el procesado (alimentos crudos, cocinados...), el factor cliente (número de comidas y población destino), el historial del establecimiento y las condiciones higiénico sanitarias en el momento de la visita. Según la puntuación obtenida los establecimientos se clasifican en A (menor riesgo), B, C, D, y E (mayor riesgo). En cada visita se reevalúa y reclasifica. Este trabajo describe las

clasificaciones de los comedores colectivos de la CAPV y su relación con la notificación de brotes.

Métodos: A partir del censo de establecimientos alimentarios y su clasificación en función del riesgo se obtuvo la información de comedores colectivos entre 2006 y 2009. La fecha de clasificación utilizada para el estudio de los comedores con denuncia por brote fue la inmediatamente anterior al brote. En los demás la última clasificación. Se estudiaron las frecuencias relativas de cada clasificación y se estimó el riesgo asociado a cada categoría. Los datos se analizaron con SPSS 17.

Resultados: Entre 2006 y 2009 se clasificaron 8.514 comedores colectivos, de éstos, 31 están asociados a una notificación de brote. De los 31, 8 estaban clasificados como B (25,8%), 16 como C (51,6%), 4 como D (12,9%) y 3 como E (9,7%). Ningún establecimiento clasificado como A estuvo asociado a brote. La distribución entre los establecimientos sin brote notificado fue: A 275 (3,2%), B 3195 (37,7%), C 2788 (32,9%), D 1855 (21,9%), y E 370 (4,4%). Los riesgos relativos de estar asociado a una denuncia por brote fue: B RR = 0,57 (IC95% 0,26-1,29); C RR = 2,18 (IC95% 1,08-4,41); D RR = 0,53 (IC95% 0,18-1,51); E RR = 2,35 (IC95% 0,71-7,76).

Conclusiones: Los resultados obtenidos son plausibles; los establecimientos clasificados como de mayor riesgo tienen mayor proporción de notificación de brotes, salvo en el grupo D. Puede ser debido, en el total de la clasificación, a la influencia del factor cliente (establecimientos que sirven un gran número de comidas), o al histórico (establecimientos con una clasificación antigua de mayor riesgo, que provoca una clasificación actual menor a pesar de las correcciones). En cualquier caso es necesario profundizar en las causas. Y en caso de no encontrarse el motivo, replantearse la clasificación. La no significación puede ser debida al número de brotes notificados.

502. BROTE COMUNITARIO DE LEGIONELOSIS. MEDIDAS DE CONTROL MEDIOAMBIENTAL

C. Fernández García, R. Camps Barber, E. Ferrándiz Espí, I. Llácer Fortea, A. Sifre Perelló, A. Arizón Benito, H. García Serra, R. Sanz Bou

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

Antecedentes/Objetivos: El 14 de agosto de 2008, el servicio de Medicina Preventiva del hospital declara un caso de neumonía por legionella en un vecino de Carcaixent; la semana siguiente declara 3 casos más. Se inicia la investigación epidemiológica y ambiental. La inspección ordinaria previa de las instalaciones de riesgo (IR) tipo 1 no había detectado deficiencias.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos y de las medidas de control medioambiental. Fuente de datos: encuesta epidemiológica, resultados de laboratorio hospitalarios y medioambientales y actas de inspección. Tratamiento de datos con SPSS v.14.

Resultados: Se establece el período epidémico entre 10 de agosto y 7 de septiembre. La tasa de ataque fue de 148×10^5 . Se confirman 32 casos, 69% son hombres; la edad media 65 años: 75 en mujeres y 61 en hombre ($p = 0,01$). El tabaquismo está presente en el 40% de casos. No hay afectados entre extranjeros ni menores de 20 años. El 60% son jubilados/pensionistas. El tipo de vivienda es unifamiliar en el 75%. La duración del brote fue de 29 días. No se declaran casos entre el 23 y el 31 de agosto. Ingresaron en hospital 19 casos con una mediana de estancia de 9,7 días (rango 3-49). La clínica característica fue neumonía (100%), fiebre (96,7%), cefalea y mialgias (53,1%). En 94% la antigenuria fue positiva; en dos casos se aisló SG1 por cultivo. La evolución fue favorable para el 90%, la tasa de letalidad fue de 6,25%. Las medidas ambientales se implantan el 19 de agosto e incluyeron inspección y toma

de muestras de 35 IR, precinto de IR con PCR positivos, controles diarios de biocida hasta el 20 octubre, posteriormente semanales, búsqueda activa de IR no censadas. Paralización de riego por aspersión y fuentes ornamentales. Toma de muestras y limpieza y desinfección en domicilios. El serogrupo más frecuente fue SG1. En diciembre de 2008 se realizó un curso de formación para el personal de mantenimiento de IR con 44 asistentes.

Conclusiones: Brote comunitario de origen ambiental con baja letalidad, inferior a otras referencias (10-20%). No se ha identificado una exposición única. La hipótesis más plausible es de exposición múltiple, que se prolonga en el tiempo. La vigilancia continuada de las instalaciones de riesgo y la ausencia de legionella durante 2009 apoyan la efectividad de las medidas de control adoptadas.

700. BROTE DE GASTROENTERITIS POR NOROVIRUS EN UN INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA POR DIVERSOS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

P. Godoy, M. Alsedà, I. Mòdol, R. Bartolomé, A. Domínguez, P. Bach, G. Mirada

Departamento de Salud, Lleida; Facultad de Medicina, Universidad de Lleida; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Norovirus es responsable de brotes de gastroenteritis por alimentos y transmisión persona a persona. El objetivo del estudio fue investigar un brote de gastroenteritis por norovirus que afectó a los alumnos y profesores de un instituto de secundaria de la ciudad de Lleida a través de diferentes mecanismos de transmisión.

Métodos: El día 27/1/2010, se detectó un brote de que afectaba a alumnos y profesores de un instituto de la ciudad de Lleida. La mayoría consumían alimentos en centro que poseía cocina propia. Se realizó un estudio casos y controles sobre riesgo de enfermar asociado a consumir alimentos, ser contacto de un compañero con gastroenteritis o haber estado expuesto a vómitos. La definición de caso fue: ser alumno o profesor del centro que presentó vómitos o diarrea entre el 23/1 y el 29/1 y estaba en el centro el día 28/1. Los controles se eligieron entre alumnos no enfermos presentes en el centro el mismo día 28/1. Mediante entrevista personal y se recogió información sobre exposiciones y sintomatología. Se realizó una inspección de la cocina y se tomaron muestra de alimentos. Se realizó coprocultivo y determinación por PCR de la presencia del ADN de norovirus en heces de tres manipuladores y 16 enfermos. La implicación de cada factor se estudió con la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se entrevistaron 210 personas (42 casos y 168 controles). La proporción de síntomas fue: dolor abdominal 90,5% (38/42), náusea 78,6% (33/42), vómitos 59,5% (25/42), diarrea 45,2% (19/42) y fiebre 19,0% (8/42). La curva epidémica indicó transmisión durante al menos 6 días y fue compatible con la transmisión por alimentos y persona a persona. El riesgo de enfermar también se asoció con el consumo de alimentos en el comedor (OR = 14,3; IC95% 3,2-89,5), exponerse a vómitos de afectados (OR = 4,1 IC95% 1,6-9,8) y ser contacto estrecho de un compañero enfermo (OR = 2,7 IC95% 1,3-5,6). El análisis microbiológico de agua y alimentos resultaron negativos. El análisis parasitológico y los coprocultivos de muestras de pacientes fueron negativos. En el análisis por PCR, 11 muestras de heces de enfermos y de dos manipuladores resultaron positivas a norovirus.

Conclusiones: En los brotes por norovirus se deben aislar a los enfermos y establecer medidas de control inmediatas para evitar la contaminación de alimentos y la transmisión persona a persona.

Viernes, 29 de octubre de 2010. 09:00 a 10:30 h

Auditorio 3B

Servicios sanitarios

Moderador: M.ª José Rabanaque

308. DIAGNÓSTICOS AL ALTA HOSPITALARIA DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA 2000-2009

I. Abad Pérez, D. Navarro García, E. Carbonell Franco, E. Giner Ferrando, J. Bayo, A. Salazar

Universitat de València; Consorci Hospital General Universitari; Servei d'Epidemiologia CSP València; Servei de Medicina Preventiva, Hospital Dr. Peset.

Antecedentes/Objetivos: La población penitenciaria adscrita a una red asistencial específica, y con dependencia distinta de las autoridades sanitarias, ha sido poco analizada desde las unidades de epidemiología siendo escasos los trabajos que caractericen esta población. El objetivo de nuestro trabajo ha sido cuantificar la demanda hospitalaria de origen penitenciario y caracterizar los principales diagnósticos prevalentes.

Métodos: A partir del registro de altas del Hospital que atiende por convenio la demanda hospitalaria de los centros penitenciarios de nuestra provincia, se realizó un estudio transversal para el período 2000-09 de los motivos de alta en población penitenciaria. Se analizaron las características de los sujetos y sus diagnósticos al alta. Los cambios de patrón prevalente en la década y el peso de la demanda. Los diagnósticos (CIE9), diagnóstico principal y 2 secundarios, se categorizan al objeto de reducir la dispersión. Los datos procesados mediante Access fueron tratados con SPSS + v17.

Resultados: Se recuperaron 2.415 altas que tras la eliminación de inconsistencias aportaron 2.332 episodios de hospitalización. La edad media evolucionó desde 32,8 a 39,1 años en el período (F: 8,98; p < 0,001). Fueron varones el 89,6%. Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron: 1. VIH (34,05%), 2. Hepatitis C (14,67%), 3. Dependencia drogas (10,25%), 4. Neumonías (8,58%), 5. TBC (7,46%). La prevalencia por VIH, HVC, TBC y Dependencia se reducen a lo largo de la década. Por el contrario, los procesos comunes neumonías y neoplasias malignas crecen a lo largo del período. La prevalencia de VIH no presenta diferencia por sexo (mujeres: 33,3%; varones: 34,13%), el VHC resultó más prevalente en mujeres (17,28% frente a 14,36%) al igual que los trastornos psiquiátricos (9,8% frente a 6,27). Las fracturas y heridas presentan una razón superior a 3 en varones.

Conclusiones: El impacto del VIH y su constelación de patologías representan el mayor factor de demanda todavía en la población reclusa. No obstante, la evolución de la edad y la eficacia de los tratamientos médicos parecen modificar este patrón, lo que podría explicar su descenso proporcional. Resulta, por último, remarcable la ausencia de diferencias en las prevalencias observadas por razón de género. Esta primera aproximación a los datos será continuada mediante un análisis más preciso y complementado con otras fuentes.

478. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN ARAGÓN

M.L. Compés, M.P. Rodrigo, L. Casaña, F. Arribas, M.C. Burriel, M. Esteban, G. García-Carpintero, C. Feja, J.P. Alonso

Dirección General de Salud Pública; Dirección General de Planificación; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: Uno de los temas de interés en salud pública es el conocimiento de la variabilidad geográfica de la morbilidad. La utilización y análisis de sistemas de información (SIS) administrativos, nos permiten dar una primera respuesta a la planificación. En Es-

paña el CMBD se ha consolidado como uno de los SIS de mayor utilidad en relación a patologías que generan hospitalización. El objetivo es cuantificar la morbilidad por enfermedades respiratorias (ER) que causan hospitalización y valorar las posibles diferencias entre sectores y zonas básicas de salud (ZS) en cuanto a morbilidad existente.

Métodos: Se planteó un estudio ecológico transversal sobre los residentes con Tarjeta Sanitaria (TS). Se seleccionaron las altas por ER (códigos 460-519) del CMBD 2008. La georeferenciación y la identificación de pacientes se realizó a través de una colaboración con la Unidad de Base de Datos de Usuarios (BDU) de Aragón. Se seleccionó el primer alta de cada paciente. Se calcularon las tasas brutas y ajustadas (TA-por el método directo y a la población europea) por 100.000 hab, estratificando por sexo con sus intervalos de confianza (IC95%) por sector sanitario. Se calculó la Razón Estandarizada de Morbilidad (REM) por (ZS) y sexo, representándolas geográficamente.

Resultados: Las mujeres presentan una TA significativamente inferior a los hombres en el conjunto de Aragón y en todos los sectores (525,3 IC95%: 506,9-543,7 vs 878,0 IC95%: 855,5-900,4). Analizando por sexo, los hombres presentan una TA significativamente superior a la de Aragón (ICS = 900,43) en los sectores de Huesca (ICI = 1001,3), Calatayud (ICI = 919,5), Teruel (ICI = 919,2) y Zaragoza I (ICI = 952,3) y en mujeres presentan una TA significativamente superior a la de Aragón (ICS = 543,7) en los sectores de Calatayud (ICI = 603,3) y de Huesca (ICI = 636,4). Los mayores REM significativas en hombres se registraron en zonas de margen izquierda de Zaragoza (Zalfonada, Arrabal, Av Cataluña y Actur Sur) destacando esta última (REM = 299,72 [238,37-372,04]). Así mismo hay REM significativas en Oliver, San José Sur, Teruel y Calatayud Urbana, Ejea de los Caballeros y zonas urbanas de Huesca (Santo Grial y Perpetuo Socorro). En cuanto a mujeres, destaca la zona de Actur Sur (REM = 347,9 [272,2-438,2]) y zonas de Huesca capital y próximas a ella.

Conclusiones: La morbilidad que causa hospitalización por ER es inferior en mujeres. Se ha observado variabilidad geográfica en ambos sexos por ZS, detectándose excesos de morbilidad en zonas de mayor estructura urbana. Este tipo de estudios permiten identificar la variabilidad en cuanto a morbilidad existente entre áreas geográficas, siendo útiles para la planificación sanitaria.

481. PREDICCIÓN DE REINGRESOS HOSPITALARIOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA MEDIANTE DATOS ADMINISTRATIVOS DE 2002-2009

R. Wallmann, T. Dierssen-Sotos, I. Gómez-Acebo, F. Rojo-Roldán, M. Navarro-Córdoba, A. Castellanos-Ortega, P. Rodríguez-Cundín, J. Llorca

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Cantabria; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Admisión y Gerencia, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Antecedentes/Objetivos: Las estrategias para reducir los reingresos urgentes han sido poco efectivas hasta ahora. Posiblemente no se utilizaron instrumentos suficientemente discriminativos para identificar a aquellos pacientes con alto riesgo de reingreso. El objetivo de esta investigación fue la elaboración de un modelo predictivo operativo, capaz de identificar el riesgo de reingreso precoz (hasta 30 días después del ingreso) en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de cohortes de ámbito hospitalario sobre la base de datos administrativa CMBD (conjunto mínimo básico de datos) de un hospital universitario del grupo 4. Los ingresos por insuficiencia cardíaca (GRD 127 y 544), con alta durante el período 2003-2009 constituyeron la población de estudio. Se identificaron todos aquellos casos que tenían un reingreso urgente a los 30 días por la misma categoría diagnóstica mayor (CDM). Como variables predictivas se exploraron factores demográficos (sexo, edad, procedencia), utilización hospitalaria (estancia, ingresos previos), comorbilidades (diagnóstico principal y secundarios, índice de Charlson) y procedimientos diagnósticos y terapéuticos (invasivos, no invasivos). La pobla-

ción de estudio se dividió en dos muestras aleatorias. La primera (70%), se utilizó para definir el perfil de riesgo de reingreso a partir de un modelo predictivo de regresión logística, valorando todas las posibles ecuaciones y seleccionando el mejor modelo mediante el criterio Cp de Mallow. La segunda muestra (30% restante) se utilizó para validar dicho modelo mediante la curva ROC y el cálculo de su área.

Resultados: Se incluyeron un total de 5.093 ingresos, de ellos 466 reingresos precoces. La muestra de construcción del modelo fue de 3.532 ingresos de los que 325 (9,2%) tuvieron un reingreso precoz. De las 36 variables analizadas 12 fueron seleccionadas en el modelo final: Sexo, Ingresos urgentes previos (a los 90 y 365 días), índice de Charlson, tipo de procedimiento realizado y 7 comorbilidades (infarto agudo de miocardio, enf. periférica vascular, enf. reumatoide, enf. hepática, hemiplejia/paraplejia, disfunción renal y cáncer). Se obtuvo un área bajo la curva ROC de 0,671 (IC95%: 0,641-0,702) en la muestra de construcción del modelo y de 0,656 (0,611-0,702) en la muestra de validación.

Conclusiones: El CMBD es útil para predecir el riesgo de reingreso en pacientes con insuficiencia cardíaca. Se mejoró la capacidad discriminativa en comparación con otros estudios internacionales con bases administrativas.

519. LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA: TENDENCIAS EN EL USO Y EN LAS DESIGUALDADES SOCIALES, 1993-2006

L. Palència, A. Espelt, M. Rodríguez-Sanz, K. Rocha-Bones, M.I. Pasarín, C. Borrell

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

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar la evolución del uso de los servicios sanitarios y la evolución de las desigualdades sociales en el uso, en hombres y en mujeres, en España, entre los años 1993 y 2006.

Métodos: Se realizó un estudio de tendencias a partir de 6 Encuestas Nacionales de Salud (1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006) siendo la población de estudio los mayores de 16 años, no institucionalizados, residentes en España en los años de las encuestas. Los tamaños muestrales fueron de 21.061, 6.396, 6.396, 21.066, 21.650 y 29.478 individuos respectivamente. Las 6 variables dependientes analizadas fueron: visita a los médicos general y especialista en las últimas 2 semanas, visita al dentista en los últimos 3 meses y visita al ginecólogo, a los servicios de urgencias y hospitalización en el último año. La variable independiente principal fue la clase social, agrupada en manual y no manual y transformada en una variable continua con valores de 0 a 1 según la distribución de la población según clase social en cada encuesta. Otras variables de ajuste utilizadas fueron la edad y la salud percibida. Para cada año se calcularon proporciones de uso estandarizadas por edad, según sexo y clase social. Se ajustaron regresiones de Poisson robusta y se obtuvieron índices relativos (RII) y absolutos (SII) de desigualdad, que se pueden interpretar como la razón y la diferencia entre la proporción de utilización en los extremos de la clase social. Se calculó la significación de las tendencias: en el uso introduciendo en el modelo el año de la encuesta como variable continua y en la desigualdad introduciendo la interacción año y clase social.

Resultados: La proporción de uso aumentó para todos los servicios aunque de manera especial en los servicios de urgencias, que pasó de un 14% en 1993 a cerca de un 30% en 2006. Las clases manuales fueron más proclives a utilizar el médico general así como los servicios de urgencias. Las clases no manuales visitaron al especialista en mayor proporción tanto en hombres (RII = 1,38; IC95%: 0,91-2,11 en 1993 y RII = 1,47; IC95%: 1,15-1,87 en 2006) como en mujeres (RII = 2,08; IC95%: 1,47-2,95 en 1993 y RII = 1,40; IC95%: 1,18-1,66 en 2006), hecho muy marcado en las visitas al dentista. Las desigualdades sociales, tanto relativas como absolutas, se mantuvieron estables durante todo el período.

Conclusiones: El Sistema Nacional de Salud Español parece haber sido capaz de mantener las desigualdades sociales estables a pesar del

crecimiento en el uso de los servicios sanitarios. El desigual acceso a los servicios especializados es aún un desafío para los Sistemas Universales de Salud.

Financiación: FIS PI07/90302.

606. LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES SEGÚN LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS EN CATALUÑA

M.B. Aller, M.L. Vázquez, D. Henao, I. Sánchez-Pérez, I. Vargas, J. Coderch, J.R. Llopart, M. Ferran, L. Colomé

Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris, Servei d'Estudis i Perspectives de Polítiques de Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya; Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats de Salut, Serveis de Salut Integrats Baix Empordà; Badalona Serveis Assistencials (BSA); Institut Català de la Salut (ICS), Barcelona; Àrea de Planificació Estratègica, Grup d'Assistència Sanitària i Social (GRUP SAGESSA).

Antecedentes/Objetivos: La CA es el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. El objetivo del estudio es analizar los elementos de la provisión que se relacionan con la CA y determinar el grado de CA percibido por los usuarios.

Métodos: Estudio transversal, mediante encuesta a usuarios que utilizaron la atención primaria y la especializada en los últimos 3 meses por un mismo motivo. El tamaño de muestra fue de 200 usuarios. El cuestionario aborda los tres tipos de CA: relación, información y gestión, y consta de dos apartados: 1) reconstrucción de la trayectoria de los usuarios a través de los niveles asistenciales y 2) medición de la percepción de la CA a través de una escala.

Resultados: En los últimos 3 meses, el 68,5% de los entrevistados fueron atendidos por un especialista (ME) en consulta externa tras visitar a un médico de cabecera (MC), y el 43% siguieron el proceso inverso. En cuanto a la continuidad de relación, la mayoría de los usuarios fueron atendidos por el mismo ME (83,5%) y MC (86,4%) en el último año. Sólo el 19,5% identificó al MC como el responsable de la atención. Respecto a la continuidad de información, uno de cada cuatro usuarios percibió que no había transferencia de información clínica entre el MC y el ME, mientras que un 9,3% de los usuarios consideraron que el MC no tenía información de la visita al ME. Finalmente, en cuanto a la continuidad de gestión, el 82% de las visitas al ME se debieron a una derivación del MC, pero sólo la mitad de las visitas al MC posteriores a una consulta con el ME fueron por contradirivación. El tiempo de espera para acceder a la atención primaria y especializada fue percibido por el 17,6% y el 37,2% de los usuarios, respectivamente, como largo o excesivo. En cuanto a la información recabada en la escala, por lo general los usuarios mostraron una alta percepción de CA. Sin embargo, los resultados parecen diferir según edad y patología clínica.

Conclusiones: A pesar de la alta valoración general de la CA, se identifican aspectos de la atención que podrían indicar problemas a la continuidad.

Financiación: Parcialmente financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI08/90154).

730. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA PROBABILIDAD DE FRACTURA POR FRAGILIDAD EN UNA COHORTE DE MUJERES CON INDICACIÓN DE DENSITOMETRÍA ÓSEA

C. Tebé, S. di Gregorio, L.M. del Río, M.D. Estrada, A. Kotzeva, L. Casas, M. Espallargues

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; CETIR Grup Mèdic.

Antecedentes/Objetivos: La osteoporosis es un trastorno del sistema esquelético caracterizado por la pérdida de masa ósea, que predispone al individuo a una mayor susceptibilidad a las fracturas. La

fractura por fragilidad representa un problema de salud pública de primer orden. El objetivo de este estudio fue describir los factores de riesgo y la probabilidad de fractura por fragilidad en una cohorte de mujeres con petición de una densitometría ósea (DO), y evaluar la herramienta de estimación del riesgo de fractura FRAX.

Métodos: Cohorte retrospectiva con seguimiento hasta fractura por fragilidad de una población de mujeres de entre 40 y 90 años, con una primera visita por indicación de DO entre 1992 y 2008. La fuente de información fue el registro informatizado de CETIR Grup Mèdic. En la visita basal se recogían los principales factores de riesgo relacionados con las fracturas: antecedentes personales/familiares, historia gineco-obstétrica y resultado DO entre otros. La variable principal fue padecer una fractura por bajo impacto desde la última visita (húmero, muñeca, vértebra y cadera). Se realizó un análisis descriptivo de la participación y de las principales variables. Se calculó el hazard ratio (HR) de fractura por fragilidad, mediante un modelo de riesgos proporcionales de Cox, para cada factor. Para evaluar la capacidad predictiva del modelo FRAX se calculó la razón entre la suma de las fracturas observadas y las esperadas por el modelo (O/E) en el período de seguimiento y su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Se incluyeron 49.721 mujeres, con una media de edad de 58 años (DE 9). Al valorar el resultado de la DO un 15% de mujeres cumplían los criterios de la OMS de osteoporosis. Los factores con un HR significativo (ajustado por edad y DMO) fueron los antecedentes personales de fractura, artritis reumatoide, osteoporosis secundaria y consumo de corticoides. Para el conjunto de mujeres ≥ 65 años el modelo FRAX sobreestimaba el número de fracturas de cadera (O/E 0,3 IC95% 0,3-0,4); para las < 65 años el modelo parecía predecir correctamente el número de fracturas de cadera (O/E 0,9 IC95% 0,7-1,1). Para todas las fracturas por fragilidad, en las mujeres ≥ 65 años el modelo infraestimaba en un 17% el número de fracturas totales (O/E 1,17 IC95% 1,08-1,26), y en las < 65 años el modelo infraestimaba un 90% el número de fracturas totales (O/E 1,9 IC95% 1,8-2).

Conclusiones: En el grupo de mujeres estudiadas los principales factores de riesgo fractura por fragilidad fueron la edad, el antecedente personal de fractura y el resultado de la DO. Por otro lado, la capacidad predictiva del modelo FRAX es desigual según la edad de las pacientes.

Viernes, 29 de octubre de 2010. 09:00 a 10:30 h

Sala 1

Encuestas de salud

Moderador: Iñiqui Galán

66. HACIA LA EQUIDAD EN SALUD: ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD A POBLACIÓN GITANA Y POBLACIÓN GENERAL DE ESPAÑA

P. Campos Esteban, B. Merino Merino, R. Ramírez Fernández

SG Promoción de la Salud y Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Antecedentes/Objetivos: En el marco de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud dirigida a población gitana, se realizó en 2006 la primera Encuesta Nacional de Salud (ENS) a esta comunidad. Objetivos: realizar un diagnóstico de salud atendiendo a los determinantes sociales de la salud (DSS). Conocer el estado de salud, estilos de vida y acceso a los servicios sanitarios y valorar si están en situación de equidad respecto a la población general. Determinar si existen desigualdades sociales en salud para priorizar áreas de intervención.

Métodos: La ENS a población gitana se diseñó con las mismas pautas metodológicas que la ENS. El análisis comparativo se hizo con las ENS de 2003 y 2006. Se construyeron modelos de regresión logística para valorar, en la población gitana, el riesgo de presentar peores indicadores según grupo de edad, nivel educativo y tipo de vivienda.

Resultados: Los resultados evidencian un gradiente social de salud y la población gitana presenta peores resultados al compararla tanto con los grupos sociales en mejor situación socioeconómica, clase social I (I), como con los grupos en peor situación (clase V (V)), existiendo diferencias en el estado de salud, estilos de vida y acceso a los servicios: el 33,4% de los hombres gitanos (Hg) mayores de 55 describe su salud como buena o muy buena frente al 52,3% de hombres de población general (H) (I: 73,2%; V: 44,6%). En mujeres gitanas (Mg) 10,5% frente al 38,2% de mujeres (M) (I: 59,6; V: 32,8). Consumo de tabaco: Hg: 54,9% fuman a diario frente a 31,6% en H (I: 20,7%; V: 36,6%) La distancia en jóvenes es aún mayor: 56,2% frente a 12,4% (I) y 30,5% (V). Prácticas preventivas: Citología: Mg 47%. M: 81,1% (I) y 52,4% (V). Las Mg presentan, en general, peores resultados de salud que los Hg y que las M. Obesidad en menores de 18 años: Mg: 19,2%, Hg: 16,1% (M: 5,2% (I) y 10,1% (V)) Jaquecas: Mg: 37,1%. Hg 20,7% frente a M: 9%. H: 3,9%. Depresión: Mg 17,6%, frente al 7,7% en M. La población gitana con mayor nivel de estudios presenta mejor percepción del estado de salud. En Mg se asocia con menos problemas de salud: MG obesas: 18% en las de mayor nivel frente a 50,2% si menor. También se observan diferencias por tipo de vivienda: Mg que viven en infravivienda o chabola y describen su salud como mala o muy mala: 72,8% respecto a: 39,2% si vivienda normalizada.

Conclusiones: Existen desigualdades en salud en la Comunidad Gitana y muchas tienen su origen en los DSS. Las políticas públicas se deben reorientar hacia la equidad y la salud y, desde el ámbito sanitario, posibilitar servicios de calidad, equitativos, accesibles a toda la población y más sensibles a las diferencias.

256. TENDENCIAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN TIEMPO LIBRE Y EN EL TRABAJO EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 1995-2008

C.M. Meseguer Barros, I. Galán Labaca, R. Herruzo Cabrera, F. Rodríguez-Artalejo

Área de Sistemas de Información Farmacéutica, Consejería de Sanidad de Madrid; Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad de Madrid; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UAM/ IdiPaz; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Describir las tendencias recientes de actividad física en tiempo libre (AFTL) y laboral en el período 1995-2008 en la Comunidad de Madrid.

Métodos: Los datos proceden de encuestas anuales del SIVFRENT (Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles) representativas de la población de 18-64 años de la región de Madrid realizadas entre 1995 y 2008, en las que participaron 28.084 personas. La AFTL se estimó a partir de la frecuencia y duración de diversas actividades físicas las dos semanas previas a la entrevista, así como de la asignación de MET (equivalentes metabólicos) para calcular el consumo de energía (MET-hora/semana) total y de actividades de intensidad ligera (< 3 MET), moderada (3-6 MET) y vigorosa (> 6 MET). Según la actividad laboral, las personas se clasificaron en no activos y en activos de baja, moderada y alta intensidad. El cambio anual en la AFTL se estimó mediante regresión lineal, y en la actividad laboral mediante regresión logística, con ajuste por edad, sexo y nivel de estudios. Para representar la distribución poblacional del consumo de energía en AFTL se agruparon los tres primeros años de la serie y los tres últimos y se obtuvieron funciones de densidad con estimaciones Kernel.

Resultados: El consumo de MET-hora/semana en AFTL descendió un 19,8% ($p < 0,001$) de 1995 a 2008; el descenso se produjo en ambos sexos, en todas las edades y niveles educativos, excepto en personas con menores estudios. El cambio anual ajustado expresado en MET-hora/semana fue $-0,21$ ($p < 0,001$) para la AFTL total, $-0,10$ ($p < 0,001$) para la AFTL ligera, $-0,08$ ($p < 0,001$) para la AFTL moderada, y $-0,03$ ($p = 0,192$) para la AFTL vigorosa. Este descenso de AFTL se manifiesta en un desplazamiento a la izquierda de la distribución en el conjunto de la población. La inactividad física laboral aumentó en población general (odds ratio de cambio anual 1,01; intervalo de confianza 95% 1,00-1,02), y fue más importante en mujeres, en edades jóvenes e intermedias, y con nivel medio de estudios.

Conclusiones: Se ha producido un descenso en la AFTL, principalmente en las actividades de baja y moderada intensidad, acompañado de mayor inactividad física en el trabajo. Ello puede haber contribuido al aumento de la obesidad en Madrid de 1995 a 2008.

258. TENDENCIAS DE LA EXPOSICIÓN AL CADMIO EN LA POBLACIÓN GENERAL DE EE.UU., 1988-2006

M. Téllez-Plaza, A. Navas-Acién, E. Guallar

Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III (CNIC); Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: El cadmio es un metal tóxico y carcinógeno muy extendido en el medioambiente. Se desconoce la tendencia temporal de la exposición al cadmio en la población de EE.UU. El tabaco, los alimentos y el aire ambiente son las principales fuentes de exposición. Las políticas de control del tabaquismo, que han favorecido la cesación del hábito tabáquico, evitado su iniciación y promocionado los ambientes libres de humo, podrían haber disminuido la exposición al cadmio en la población de EE.UU. La encuesta nacional de salud de Estados Unidos (National Health and Nutrition Examination Survey [NHANES]) ha monitorizado periódicamente la salud de la población general. Nuestro objetivo fue evaluar la tendencia temporal de la exposición al cadmio, medida en orina, y sus determinantes, en participantes de 6 fases de NHANES realizadas entre 1988 y 2006.

Métodos: La población de estudio incluyó 18.135 adultos ≥ 20 años con medidas de cadmio en orina e información sobre determinantes de cadmio (edad, sexo, menopausia, raza, educación, ingresos, índice de masa corporal, tabaco y ocupación). Mediante regresión lineal, se introdujeron términos de interacción entre los determinantes del cadmio y las fases de NHANES para evaluar la consistencia de los determinantes y comparar las concentraciones multi-ajustadas del cadmio en orina a través del tiempo en subgrupos de interés. La contribución de cada determinante a la tendencia se examinó como el cambio relativo del coeficiente de regresión correspondiente a la fase de NHANES tras introducir secuencialmente los determinantes. Se utilizó el paquete de R "survey" para incorporar el diseño del muestreo y pesos de NHANES en el análisis.

Resultados: La fuerza de la asociación entre los determinantes del cadmio con las concentraciones del cadmio en orina fue similar a través del tiempo. La exposición al cadmio disminuyó en todos los subgrupos. En modelos multi-ajustados, las variables de tabaco (estatus de fumador, cotinina en suero y paquetes-año) explicaron el 60% de la atenuación en la reducción porcentual de medias geométricas ajustadas por edad comparando 1999-06 vs 1988-94.

Conclusiones: La exposición al cadmio disminuyó substancialmente en la población de EE.UU. durante un período de 18 años (1988 a 2006). Esta disminución se explicó principalmente por cambios en los patrones de uso tabáquico. La tendencia decreciente residual en las concentraciones de cadmio en orina podría deberse a la disminución de la exposición de fuentes como la dieta o la contaminación del aire.

422. ANÁLISIS DE LA VIGILANCIA Y EPIDEMIOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA PARA MEJORAR LA PREVENCIÓN

M. Franco, E. Guallar, U. Bilal, G. Sanz, R. Cooper

Departamento de Epidemiología, Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares; Departamento de Investigación Traslacional, Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares; Department of Preventive Medicine, Loyola University, Chicago.

Antecedentes/Objetivos: Durante las últimas cuatro décadas los progresos en la vigilancia y epidemiología de las enfermedades cardiovasculares (ECV) han desarrollado el conocimiento necesario para poder prevenir y controlar la ECV. El objetivo de este estudio es analizar como dicha vigilancia e investigación epidemiológica se han desarrollado y cómo su mejora podría ayudar en el esfuerzo preventivo de la primera causa de muerte en España.

Métodos: Hemos llevado a cabo una revisión sistemática usando las bases de datos de PubMed y EMBASE en búsqueda de artículos sobre vigilancia e investigación epidemiológica en ECV realizados en España entre 1980 y 2009. Los artículos han sido evaluados siguiendo los criterios del CDC (Centers for Disease Control) de: calidad de los datos obtenidos, representatividad de la muestra, y el nivel de traducción en acciones preventivas de los resultados de los estudios. Un *score* de tres puntos se asignó a cada estudio incluido (bajo = 1, medio = 2, alto = 3).

Resultados: 2.153 artículos fueron identificados, excluyendo posteriormente aquellos que no representaban a la población general ó cuyo objetivo no era el de monitorizar la ECV o sus factores de riesgo. 254 estudios fueron incluidos, 59 de los cuales estaban dedicados a la vigilancia de la ECV y 169 al estudio de sus factores de riesgo. La calidad de los datos fue baja para los estudios de tabaquismo y actividad física (*score* medio < 1,40). La representatividad en general no era buena (dato que hay pocos estudios representativos de la población nacional (*score* medio 2,03). El nivel de traducción en acciones preventivas de los estudios también fue bajo (*score* medio < 1,58).

Conclusiones: La vigilancia e investigación epidemiológica en ECV en España ha mejorado en las últimas décadas pero se beneficiaría de un estudio que representara a toda la población nacional usando métodos de medición actualizados y enfatizando la necesidad de medidas preventivas. Estos estudios requieren de un sistema de salud bien organizado, ya presente en nuestro entorno y por ello su implementación no resultaría dificultosa.

573. INDICADORES DE NIVEL SOCIOECONÓMICO EN ENCUESTAS DE SALUD EN ESCOLARES

J.S. Castillo, X. García, A. Pérez, M. Nebot

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

Antecedentes/Objetivos: Numerosos estudios han demostrado la asociación negativa entre el nivel socioeconómico (NSE) y la salud en población infantil y adulta. Sin embargo, en los adolescentes no se observa en general una asociación tan evidente, lo que podría guardar relación con los indicadores empleados para evaluar el NSE, habitualmente basados en mediciones individuales (riqueza o monetarias) y contextuales (según el nivel de renta del área de residencia o de ubicación de la escuela). Analizar la asociación entre las medidas individuales y grupales de NSE, y su relación con los comportamientos de riesgo para la salud en escolares.

Métodos: Se analizaron los datos de la encuesta FRESC 2008, un cuestionario sobre factores de riesgo para la salud administrado a una muestra representativa de la población escolar de Barcelona. Como in-

dicador individual del NSE se utilizó la escala FAS (Family Affluence Scale) y el dinero de bolsillo semanal. La medición en el contexto escolar o familiar se realizó a través de indicadores socioeconómicos agregados para el barrio de ubicación de la escuela y de residencia del alumno. Se analizaron las correlaciones entre los indicadores. Además, se realizó un análisis de regresión logística para cada comportamiento de riesgo (consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de cannabis, hábitos alimentarios, seguridad vial, actividad física y sexualidad) y los distintos indicadores del NSE, ajustando por variables sociodemográficas relevantes.

Resultados: Se administraron 3.089 cuestionarios a alumnos de 2.º y 4.º ESO y 2.º Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio en 80 centros educativos públicos, concertados y privados. Existe una correlación débil entre los indicadores individuales del NSE y los indicadores basados en el área de residencia o la ubicación escolar ($\rho = 0,046-0,248$). La correlación entre los indicadores ecológicos del barrio de residencia y de ubicación de la escuela es elevada ($\rho = 0,606-0,717$). En el análisis multivariado se observa una asociación estadísticamente significativa entre los diferentes indicadores de NSE y los comportamientos de riesgo. El dinero de bolsillo semanal se asocia positivamente a la mayoría de los comportamientos, mientras que los indicadores agregados muestran menor poder explicativo de los comportamientos individuales.

Conclusiones: Los resultados del presente estudio respaldan el uso de diversas medidas individuales y grupales en la aproximación al NSE en población adolescente. Parece aconsejable ajustar simultáneamente por medidas individuales y contextuales al analizar la salud y comportamientos en esta población. No existe evidencia que respalde la preferencia de alguna de las medidas contextuales.

591. VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

M.B. Aller, M.L. Vázquez, D. Henao, I. Sánchez-Pérez, M.J. Letelier, I. Vargas, J. Coderch, J.R. Llopart, M. Ferran, et al

Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris, Servei d'Estudis i Prospectives de Polítiques de Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya; Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats de Salut, Serveis de Salut Integrats Baix Empordà; Serveis Assistencials (BSA); Institut Català de la Salut (ICS), Barcelona; Àrea de Planificació Estratègica, Grup d'Assistència Sanitària i Social (GRUP SAGESSA).

Antecedentes/Objetivos: La continuidad asistencial (CA) es el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. La CA se asocia a una mayor satisfacción de los usuarios, mayor utilización de los servicios preventivos, mayor tasa de adherencia a los tratamientos y disminución del índice de hospitalizaciones. El objetivo del estudio es validar un cuestionario que mide la CA entre niveles asistenciales desde la perspectiva de los usuarios para ser aplicado en sistemas de salud que provean un continuo asistencial.

Métodos: Validación de un cuestionario diseñado previamente y dividido en dos apartados: el primero reconstruye la trayectoria y continuidad para un episodio concreto y el segundo mide la percepción general de los usuarios sobre la continuidad. Se realizó una discusión con un grupo de expertos, dos pretests y una prueba piloto en una muestra de 200 usuarios. Se analizó la carga para el entrevistador, la comprensibilidad y validez de contenido del cuestionario y la fiabilidad y la validez de constructo de la escala.

Resultados: Hubo acuerdo entre el grupo de expertos en que los tres tipos de la CA y sus atributos estaban representados en el cuestionario (validez de contenido). En las entrevistas cognitivas, los entrevistados consideraron que era de fácil comprensión y el lenguaje

adecuado (comprensibilidad). El tiempo medio de aplicación fue de 33,9 minutos (carga para el entrevistador). El alfa de Cronbach fue aceptable ($> 0,7$) en todas las subescalas, excepto en una, que fue eliminada (fiabilidad). Los análisis de correspondencias múltiples mostraron asociación entre aquellos ítems teóricamente relacionados (validez de constructo).

Conclusiones: Los resultados indican que el cuestionario es un instrumento útil, válido y fiable para evaluar la CA entre niveles asistenciales desde la perspectiva de los usuarios. La aplicación del cuestionario en una muestra de mayor tamaño aportará información adicional acerca de sus propiedades psicométricas.

Financiación: Parcialmente financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI08/90154).

655. PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN OCUPADA EN LA REGIÓN DE MURCIA

J.F. Correa Rodríguez

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de sustancias psicoactivas en el medio laboral puede tener importantes repercusiones para los trabajadores. El objetivo es estimar la prevalencia de consumo de alcohol en población ocupada de 16 a 65 años en la Región de Murcia, teniendo en cuenta la Clasificación Nacional de Ocupaciones.

Métodos: La información se obtuvo a través de una encuesta poblacional, en la cual se le pregunta sobre consumo de sustancias adictivas. El universo está constituido por residentes de la Región de Murcia, de entre 16 y 65 años. La encuesta se realiza mediante muestreo probabilístico polietápico. La muestra ha sido de 1584 personas con un error muestral de 2,50%. La recogida de información se realizó a través de dos cuestionarios, uno autocumplimentado donde se le pregunta por sustancias psicoactivas, alcohol, tabaco, cannabis, cocaína y otras y el otro lo rellena el entrevistador, donde se recogen datos sociodemográficos, de salud, riesgo de algunas sustancias, sobre la vida laboral, factores de riesgo. El trabajo de campo se realizó durante noviembre del año 2007. Se estima la prevalencia de consumo y su IC al 95%.

Resultados: El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en la población murciana. Las prevalencias de consumo de alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y el consumo diario fueron (89,7%, 73,4%, 59,7%, y 13,9% respectivamente). Los hombres consumen más que las mujeres para todos los tipos de consumo, así el consumo diario de alcohol es 19,1% en ellos frente al 10,1% de ellas. Según la situación laboral, las categorías donde mayor es el consumo son: trabajadores (en el último mes, 68%), Estudiantes (alguna vez en la vida, 94,6% y último año, 84,6%) y jubilados (consumo diario 28,6%). El consumo en el grupo de 16-34 años es (5,4%) frente al de 35-64% (20,4%). La prevalencia de consumo diario, según el sector de actividad, en primer lugar está el de Producción y distribución de energía (33,3%), seguido del Transporte (26,8%), en tercer lugar Administración pública (22,2%), Construcción (19,1%), Industrias manufactureras (18,4%), Agricultura, Ganadería (16,2%), Actividades sanitarias, veterinarias (15,8%), son los sectores donde más alto es el consumo. La frecuencia de borracheras en los últimos 12 meses, es 14,5%, en los hombres 22,6% frente al 8,7%.

Conclusiones: El consumo de alcohol alguna vez, en el último mes y en los últimos 30 días es menor en la Región de Murcia, que en España pero hay un mayor consumo diario. Los hombres tienen un mayor consumo en todas las categorías de consumo. El consumo diario en el grupo de jubilados es el más alto. Hay un consumo excesivo en algunos trabajadores y genera riesgo de accidentabilidad. Las medidas preventivas deberían incrementarse u optimizarse.

Viernes, 29 de octubre de 2010. 09:00 a 10:30 h

Sala 2

VIH y sida

Modera: Jesús Oliva

125. DIAGNÓSTICO TARDÍO EN LA COHORTE CORIS A PARTIR DE LA IMPUTACIÓN DE LA FECHA DE SEROCONVERSIÓN

P. Sobrino-Vegas, S. Pérez-Hoyos, S. Moreno, B. Padilla, F. Segura, R. Rubio, J. del Romero, J. del Amo, Y. Coris

Centro Nacional de Epidemiología; Institut de Recerca Hospital Vall d'Hebron; CoRIS.

Antecedentes/Objetivos: La mayoría de las definiciones de diagnóstico tardío, están basadas en las cifras de CD4 que presenta el paciente en una fecha próxima al diagnóstico del VIH. En algunos casos, el diagnóstico del VIH es muy anterior a la inclusión en la cohorte, con lo que no se dispone de cifras de CD4 próximas al mismo e impide estimar el diagnóstico tardío en la totalidad de la cohorte. El objetivo es imputar la fecha de seroconversión al VIH, para estimar el tiempo transcurrido entre la seroconversión y el diagnóstico de VIH (tiempo hasta el diagnóstico), así como evaluar los factores de riesgo asociados a presentar un diagnóstico más tardío en todos los sujetos de una cohorte.

Métodos: La cohorte de la Red de Investigación en Sida (CoRIS) es prospectiva, abierta y multicéntrica, de adultos VIH sin tratamiento antirretroviral previo. Se utilizó una técnica de imputación múltiple para estimar la fecha de seroconversión con modelos paramétricos Weibull de supervivencia, a partir del primer %CD4 registrado en ausencia de tratamiento. Se consideró sujetos con diagnósticos más tardíos a aquellos con un tiempo hasta el diagnóstico de VIH en el tercil superior (más de 4,73 años).

Resultados: Se analizaron 3.667 sujetos atendidos en 27 centros asistenciales de 13 CCAA entre enero 2004 y octubre 2008: 78% hombres; 43% homo/bisexuales, 38% heterosexuales y 16% usuarios de drogas inyectadas; españoles (68,5%). La media de edad al diagnóstico de VIH fue de 34,8 años (DE = 10). La mediana del tiempo hasta el diagnóstico fue de 2,4 años (RIQ: 1,3-4,8). Los factores asociados en el análisis multivariado a presentar un diagnóstico más tardío son: ser hombre OR = 1,9 (1,6-2,4); ser una persona originaria de Norte de África OR = 2,2 (1,3-3,9), África Sub-Sahariana OR = 1,7 (1,1-2,4), o de Latinoamérica OR = 1,2 (1,02-1,4); diagnosticarse de VIH con 31-40 años [OR = 3,1 (2,7-3,6)] o más de 40 [OR = 5,5 (4,3-7,1)] vs con menos de 30; y comparando con los usuarios de drogas inyectadas, la transmisión heterosexual OR = 1,8 (1,4-2,2) y las prácticas homo/bisexuales en los hombres OR = 1,2 (0,9-1,6).

Conclusiones: El método aplicado proporciona una estimación de la fecha de seroconversión que puede ser utilizada para estimar el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico de VIH, así como los factores de riesgo asociados con presentar un diagnóstico tardío. La gran ventaja, es que a diferencia de otras definiciones, no precisa que la medición de CD4 se realice en el momento del diagnóstico, y por tanto permite estimar el diagnóstico tardío en toda la cohorte.

Financiación: ISCIII-RETIC RD06/006.

148. FACTORES ASOCIADOS AL RETRASO DIAGNÓSTICO EN NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH EN 12 COMUNIDADES AUTÓNOMAS. CAMBIO DE DEFINICIÓN

J. Oliva, M. Díez, S. Galindo, N. Vives, A. Nicolau, J. Castilla, A. Izquierdo, A. Arrillaga, Grupo de Trabajo SINIVIH

CNE; Cataluña; Baleares; Navarra; Canarias; País Vasco; Extremadura; La Rioja; Ceuta; Galicia; Aragón; Asturias; Melilla.

Antecedentes/Objetivos: En el último año la definición de Retraso Diagnóstico (RD) de VIH se ha hecho menos exigente desde el punto de vista inmunológico, pasando de $< 200 \text{ CD4}/\mu\text{l}$ a $< 350 \text{ CD4}/\mu\text{l}$ al diagnóstico. El objetivo de este estudio es estimar la frecuencia de RD y sus factores predictivos en los nuevos diagnósticos de VIH notificados al Sistema de Nuevos Diagnósticos de VIH en España (SINIVIH), y la comparación de las dos definiciones.

Métodos: Estudio descriptivo sobre las personas diagnosticadas de VIH por primera vez durante 2003-2008 en las CCAA de Asturias, Aragón, Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Melilla, Navarra y País Vasco. Se utilizaron dos definiciones de RD: la clásica de $< 200 \text{ CD4}/\mu\text{l}$ al diagnóstico de VIH, y la nueva de $< 350 \text{ CD4}/\mu\text{l}$. Se realizaron distribuciones por variables de persona, lugar y tiempo y análisis multivariado mediante regresión logística. Como medida de riesgo se utilizó la Odds ratio y su intervalo de confianza al 95% (OR; IC95%).

Resultados: Durante el período de estudio se notificaron 8.786 nuevos diagnósticos de VIH, de los que 7.390 registros (84%) presentaban una cifra de CD4 al diagnóstico. La mediana de CD4 fue de 320 (RIC, 113-550). El 34,6% presentaban $< 200 \text{ CD4}/\mu\text{l}$, y un 19% adicional tenía entre 200-350 CD4. Ajustando por CCAA y año de diagnóstico, la probabilidad de RD, definido como $< 350 \text{ CD4} \text{ células}/\mu\text{l}$, es mayor en hombre (OR: 1,4; 1,2-1,6); en las edades: 30-39 años (OR: 1,6; 1,5-1,9), 40-49 años (OR: 2,6; 2,2-3,0) y > 50 años (OR: 4,7; 3,9-5,7) comparados con el grupo de 20-29 años; en originarios de África subsahariana (OR: 1,7; 1,4-2,1) y Latinoamérica (OR: 1,5; 1,3-1,7) comparados con españoles; en los diagnosticados en los años 2003 (OR: 1,4; 1,2-1,7) 2004 (OR: 1,3; 1,1-1,6) y 2005 (OR: 1,3; 1,1-1,5) frente al 2008; y en heterosexuales (OR: 1,9; 1,7-2,2) y UDI (OR: 1,8; 1,5-2,1) comparados con homo/bisexuales. Comparados con los resultados del modelo para la definición de $< 200 \text{ CD4}$ los factores asociados fueron los mismos, pero con la nueva definición la asociación fue mayor para los originarios de otras zonas.

Conclusiones: La proporción de RD de VIH es mayor en hombres, personas inmigrantes, las infectadas por contacto heterosexual o UDI, y ha disminuido en los últimos años. Los factores que se asocian a dicho retraso tras modificar la definición, más laxa, son los mismos que con la anterior más restrictiva. Con la nueva, la asociación del origen de las personas con el retraso diagnóstico es incluso mayor.

213. EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR DEL VIH-1 EN NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE HOMBRES QUE PRACTICAN SEXO CON HOMBRES

M.A. Bracho, V. Sentandreu, A. Juan, E. Fernández-García, J. Belda, I. Alastrúe, T. Zafra, C. Santos, T. Tasa, et al

Unidad Mixta de Investigación en Genómica y Salud CSISP-UVEG/ Institut Cavanilles-Universitat de València; CIBERESP; Centre d'Informació i Prevenció de la SIDA, València; Centre d'Informació i Prevenció de la SIDA, Alacant.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos 10 años se ha detectado en varios países un aumento en la proporción de nuevos diagnósticos de VIH en hombres que practican sexo con hombres (HSH). El objetivo del presente trabajo es la búsqueda de patrones de infección correspon-

dientes a los nuevos diagnósticos de infección por VIH en HSH de dos poblaciones de la Comunitat Valenciana durante el período 2004-2009.

Métodos: La población viral de estudio se analizó a partir de sueros anónimos pertenecientes individuos naïve a los que se les diagnosticó por primera vez infección por VIH. Se obtuvo mediante RT-PCR la secuencia genómica viral correspondiente a la proteasa completa y la retrotranscriptasa (1.302 nucleótidos) de 285 aislados de VIH. La reconstrucción filogenética se realizó mediante máxima verosimilitud y neighbor-joining con 100 repeticiones de bootstrap aplicando el modelo evolutivo de sustitución nucleotídica que presentaba un mejor ajuste a los datos.

Resultados: En el período 2004-2009 se analizaron 368 muestras de las cuales 220 (60%) estaban asociadas a HSH. El subtipo más abundante entre los HSH es el subtipo B (94%). Los subtipos minoritarios distintos al B detectados son los D, F1 y las CRF02_AG, CRF12_BF, CRF19_cpx, y CRF24_BG. El análisis filogenético revela la presencia de numerosas agrupaciones filogenéticas significativas de varios aislados relacionados con HSH unidos por distancias genéticas muy cortas. Este agrupamiento de aislados íntimamente relacionados no se observa para otras vías de transmisión excepto para un agrupamiento correspondiente a usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) infectados con subtipo G o CRF_14BG previamente descritos en la literatura. A diferencia de las agrupaciones de HSH, en el agrupamiento de UDVP las distancias genéticas entre aislados son significativamente más largas reflejando un ancestro viral común alejado en el tiempo.

Conclusiones: La agrupación significativa de ciertos nuevos diagnósticos relacionados con HSH en muestras anónimas de población centinela muestra un patrón de transmisión viral típico de brotes epidémicos, numerosas infecciones en un períodos de tiempo relativamente breves. El mencionado patrón de transmisión, detectado mediante filogenia, es compatible con una población en la que algún o algunos hombres que infectan a varios hombres.

Financiación: ISCIII-FIS CP07/00078, MICINN BFU2008-03000/BMC.

307. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A LA INFECCIÓN RECIENTE POR VIH EN CATALUÑA MEDIANTE LA TÉCNICA STARHS, 2006-2007

A. Romero, AERI Study Group

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS/VIH/SIDA de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La cuantificación y caracterización de las nuevas infecciones proporciona una estimación más precisa de la dinámica actual de la epidemia de VIH, siendo esta información más útil para diseñar estrategias de intervención apropiadas. La técnica STARHS (Serological Testing Algorithm for Recent HIV Seroconversion) identifica las infecciones recientes (IR), anteriores a 170 días desde la seroconversión, de las no recientes. Objetivos: estimar el porcentaje de IR entre los nuevos diagnósticos identificados en los centros participantes en el proyecto AERI, durante los años 2006 y 2007 e identificar las características asociadas a la IR.

Métodos: Se aplicó el algoritmo STARHS a todas las muestras correspondientes a nuevos diagnósticos de VIH recogidas por los centros participantes en el proyecto AERI. Las muestras correspondientes a pacientes con criterios clínicos de SIDA y/o valores basales de CD4 inferiores a $200 \text{ células}/\mu\text{l}$ no se incluyeron en el estudio. La técnica considera que una infección es reciente si se obtiene un resultado no reactivo en el modo confirmatorio. Se identificaron las características asociadas a la IR mediante modelos de regresión logística univariados y multivariados, y se calcularon las odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 95%. En el modelo

multivariable se consideraron como variables de ajuste el tipo de centro y la zona geográfica.

Resultados: Se recogieron 1.230 muestras VIH positivas, de las cuales se excluyeron 480 por no cumplir los criterios de inclusión. En la población de estudio el 78,3% eran hombres, mediana de edad 35,6 años (rango intercuartílico: 29,4-43,4), 80,4% de origen nacional, 48,9% eran hombres que practican sexo con hombres (HSH) y 12,2% presentaban co-infección con alguna infección de transmisión sexual. El porcentaje global de IR fue del 22,0% (IC95%: 19,1-25,1). En el análisis multivariable, entre los factores que se asocian a la IR encontramos los siguientes: tener menos de 30 años (OR: 5,9; IC95%: 1,9-17,4), respecto al grupo de más de 50 años y ser del grupo HSH (OR: 2,3; IC95%: 1,3-4,1), respecto al grupo heterosexual.

Conclusiones: Los resultados obtenidos de la incorporación del STARHS en el sistema integrado de vigilancia del VIH han mostrado que el algoritmo es una herramienta útil para identificar los factores asociados a las infecciones que se están produciendo actualmente en nuestro medio. Tener menos de 30 años y ser HSH son los factores asociados a la IR.

367. CITOLOGÍA ANAL EN VIH+: SCREENING NECESARIO

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

*CIPS Alicante; Centro de Salud Pública de Alicante;
Plan del SIDA CCVV; Instituto Carlos III, Madrid.*

Antecedentes/Objetivos: Los varones con relaciones sexuales con otros varones (HSH) portadores del virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sexualmente activos presentan un riesgo elevado, respecto a la población general, de desarrollar un cáncer de ano. El aislamiento del Virus del Papiloma Humano (VPH) en el canal anal de los HSH es frecuente. Nuestro objetivo es estimar la Prevalencia de lesiones anales por citología y las infecciones por VPH oncogénico en HSH VIH+.

Métodos: Estudio descriptivo de los HSH VIH+ que acudieron al CIPS durante los años 2007, 2008 y 2009. Se recogieron variables sociodemográficas y de riesgo sexual, realizándose la toma citológica anal en medio líquido y la toma para VPH con el método de captura de híbrido. Los tipos de VPH se caracterizaron mediante la amplificación de L1 con los primers de consenso MYO9/MY11 (ICIII Madrid).

Resultados: Hemos realizado, 123 citologías y 107 VPH. El 36,4% tiene entre 35-44 años y un 35,5% de 25 a 34 con rango entre 17 y 62. El 78,8% son españoles y del 21,2% restante, el 85,7% son sudamericanos. El 34,4% referían pareja habitual y de ellas era VIH+ el 29,4%. El 38,4% tenían estudios secundarios y el 28,3% universitarios. El 60,6% indicó relaciones sexuales múltiples en el último año y un 7% ejercía la prostitución. Realizan coito anal insertivo en relaciones esporádicas el 61,2% y el uso del condón sistemático para todas las relaciones sexuales fue del 61,2%. Realizaban coito anal receptivo el 57% con un uso de condón sistemático del 56,7%. Presentaron citología alterada el 46%: 14% ASCUS, 29% LIP bajo grado y 3% LIP alto grado. Si añadimos el 8% lesiones inflamatorias, el resultado de citología alterada llega al 54%. Respecto al VPH el 78,5% presentaron presencia de VPH oncogénico; estando presente en el 65,6% de las LIP de bajo grado, el 100% en LIP de alto grado, el 55,6% de los ASCUS y el 75% de las citologías con frotis inflamatorio. Pero también presentaron VPH con riesgo oncogénico, el 72% de las citologías con resultado normal.

Conclusiones: Elevada prevalencia de citologías anales alteradas y de infección por VPH oncogénico en HSH VIH+. Es importante realizar estudios de seguimiento de las lesiones citológicas y de la presencia del

VPH para determinar conceptos de aclaramiento del virus, persistencia de la lesión o progresión de la lesión en VIH+. Valoramos necesario incluir el cribaje de prevención del cáncer anal en los protocolos de seguimiento de los pacientes que viven con VIH en las Unidades de Enfermedades Infecciosas de forma sistemática como prevención del cáncer anal.

Financiación: Proyecto financiado por FIPSE.

535. EFECTO DEL NIVEL EDUCATIVO EN LA PROGRESIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN SUJETOS SEROCONVERTORES

S. Monge, J. del Romero, P. García de Olalla, R. Muga,
I. Ferreros, I. Jarrín, S. Pérez-Hoyos, J. del Amo Gemes

*CNE-ISCIII; CS Sandoval; ASPB; HU GTiP; CRESIB;
Hospital Vall d'Hebron.*

Antecedentes/Objetivos: Diversos estudios asocian marcadores de bajo nivel socioeconómico con una mayor tasa de progresión de la infección por VIH. Este efecto podría deberse a mayor retraso diagnóstico, pero se desconoce si se mantiene en sujetos con fecha de seroconversión (SC) conocida. El objetivo de este trabajo es analizar el efecto del nivel educativo en la progresión desde la SC hasta la prescripción de TARGA, desarrollo de sida y muerte por cualquier causa.

Métodos: Cohorte prospectiva, abierta y multicéntrica de sujetos con fecha de SC conocida. El riesgo de progresión a TARGA, sida y muerte se calculó mediante una extensión de Kaplan-Meier con entrada retardada y presencia de riesgos competitivos. Se usó un modelo de riesgos proporcionales de Cox para estimar el efecto del nivel de estudios ajustado por sexo, categoría de transmisión, edad y forma en la que se determinó la SC. Para ajustar por la disponibilidad y efectividad de tratamiento, se introdujo el período calendario (< 1996; 1996-2003; > 2003) como variable cambiante en el tiempo. Se estratificó por centro de procedencia. Para el análisis de SC a TARGA sólo se tomaron los casos reclutados después de 1996. Se probaron diversas estrategias de censura para comprobar la fiabilidad de los resultados.

Resultados: Entre mayo de 1986 y febrero de 2009 se identificaron 989 seroconvertidores que disponían de información sobre nivel educativo. La mediana de SC fue abril de 1995 y de la ventana de seroconversión fue de 1 año (RIC: 0,6-1,7). En 42 casos la SC fue establecida por criterios de laboratorio. El 52% no tenía estudios o sólo primaria mientras que el 48% tenía secundaria o estudios superiores. Durante el seguimiento se produjeron 164 muertes, 203 casos de sida, y 151 prescripciones de TARGA. Las personas con estudios altos mostraron un 31% menos riesgo de progresión a muerte, en el límite de la significación estadística (HR: 0,69; IC95%: 0,46-1,04). No se encontró diferencia en la prescripción de TARGA (HR: 0,93; IC95%: 0,63-1,39), pero sí un efecto sobre el tiempo a sida, con una interacción significativa con el período: sólo se demostró un menor riesgo en las personas de estudios altos a partir de 2004 (HR: 0,19; IC95% 0,56-0,67) y no entre 1996 y 2003 (HR: 0,72; IC95% 0,46-1,13) ni antes de 1996 (HR: 1,34; IC95% 0,76-2,36). Estos resultados no variaron significativamente usando distintas estrategias de censura.

Conclusiones: Los resultados apuntan que, a pesar de un acceso igualitario a los cuidados de salud, las personas con menor nivel de estudios tienen un mayor riesgo de progresión de la infección por VIH. El efecto sobre el desarrollo de sida es mayor cuanto más eficaces son los tratamientos disponibles.

Financiación: FIPSE.