

## MORTALIDAD

Jueves 6 de octubre de 2011. 15:30 a 17:00 h

Aula 3 – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (10 minutos)

*Modera: Paloma Ortega*

---

### 506. MORTALIDAD EVITABLE EN MUNICIPIOS MAYORES DE 10.000 HABITANTES DE LA PROVINCIA DE BARCELONA

V. Santoro Lamelas, L.C. Arias Abad, J. Oliván Abejer, C. Frias Trigo

*Área de Salud Pública y Consumo, Diputación de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los indicadores de mortalidad evitable (ME) resultan de gran utilidad en el análisis de las defunciones prevenibles relacionadas con intervenciones de eficacia comprobada (Rutstein, 1976). El objetivo del presente trabajo es describir la ME de la población de los municipios = 10.000 habitantes de la provincia de Barcelona que facilite la planificación de políticas de salud pública más eficientes en el territorio.

**Métodos:** Estudio descriptivo de la ME, período 1999-2008. La clasificación de causas de ME siguen la codificación CIE-10-MC, diferenciadas en causas susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (SIPSI) y de servicios de asistencia sanitaria (SISAS), propuestas por Gispert et al, 2006. El análisis se realiza para todos los municipios = 10.000 habitantes y según tamaño poblacional (= 50.000 y < 50.000 habitantes). Se calculan tasas de ME por año, sexo y causas SIPSI y SISAS y por diagnósticos específicos. Fuente de datos: INE.

**Resultados:** En el año 2008 se produjeron 3.478 defunciones evitables (1.562 por causas SISAS y 1.916 SIPSI), que corresponden a una tasa bruta de 115,8 ME por 100.000 habitantes. El 66,8% de las ME corresponde a hombres (2.325 defunciones) y el 33,2% a mujeres (1.153 defunciones). Las tasas estandarizadas de ME indican una disminución de ME en el periodo 1999-2008. No se encuentran diferencias entre municipios = 50.000 habitantes y de 10.000 a 50.000 habitantes. Las tasas brutas de ME por motivos SISAS desciende en ambos sexos, pero las tasas brutas SIPSI descienden en hombres y tenderían a aumentar ligeramente en mujeres. En el periodo 1998-2009: causas de ME-SISAS: se destaca la enfermedad isquémica de corazón y cerebrovascular, con una reducción de un 35 y un 20,61%, respectivamente. Causas de ME-SIPSI: reducción de defunciones por accidentes de vehículos de motor (-55,8%). Diferencias según sexo: aumento en mujeres de un 73,8% de defunciones por tumor maligno de pulmón y del 41,9% de suicidios. En hombres estos dos motivos disminuyen (-6 y -16%, respectivamente). Diferencias según origen: a partir del trienio 2003-2005 se produce un aumento en la tasa bruta de ME de la población de nacionalidad extranjera, en especial en mujeres.

**Conclusiones:** La ME desciende en el periodo 1999-2008, pero se encuentran diferencias según sexo y origen. Las medidas de intervención pueden influir en la reducción de ME. Los cambios sociales en los hábitos de las mujeres pueden aumentar ciertos motivos de ME. Es necesario ampliar estudios de la ME y los condicionantes en la población de nacionalidad extranjera.

## 590. MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE USUARIOS DE COCAÍNA TRATADOS POR ABUSO DE DROGAS EN MADRID Y BARCELONA

M.T. Brugal, G. Molist, A. Espelt, S. Santos, M.J. Bravo, T. Hernández, P. Babín, A. Domingo-Salvany

*Agència de Salut Pública de Barcelona; Centro Nacional de Epidemiología; Institut Municipal d'Investigació Mèdica; Instituto de Adicciones; CIBERESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** Hay poca información sobre la mortalidad de los usuarios problemáticos de cocaína, y procede de pequeñas cohortes. En esta comunicación se muestran los resultados preliminares de una gran cohorte de usuarios de cocaína diseñada para obtener información sobre la mortalidad y sus causas.

**Métodos:** A partir de los registros municipales de admisiones a tratamiento por drogas de Madrid y Barcelona de 1997-2007 se seleccionaron 20.717 personas de 15-49 años que fueron admitidas a tratamiento por cocaína o habían usado esta droga en los 30 días previos a la admisión. Los datos se cruzaron con el registro de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística para obtener el estado vital y la causa de la muerte. El seguimiento acabó el 31 de diciembre de 2008. Se obtuvo la tasa de mortalidad general y las específicas por causas estratificando por mención de uso o no de heroína en la ficha de admisión a tratamiento.

**Resultados:** Un 82,1% de los participantes eran hombres y un 86,7% tenían menos de 40 años, con pocas diferencias según existiera consumo o no heroína. En el conjunto de la cohorte se produjeron 1.702 muertes en un total de 133.316 personas-año de seguimiento (pa), lo que supone una tasa cruda de mortalidad de 12,8 por mil pa (IC 95%, 12,2-13,4). Entre los usuarios de cocaína que habían consumido heroína la tasa fue de 19,9 por mil pa (IC 95%, 18,9-20,9) y entre los que no la habían consumido de 5,4 por mil pa (IC 95%, 4,8-5,9). En 2008 la tasa de mortalidad de la población española de 15-49 años fue de 0,92 por mil habitantes. Hasta el momento no se ha podido atribuir la causa a 267 muertes (15,7%), por lo que las tasas específicas de mortalidad han de considerarse provisionales. Las causas de la muerte variaron según existiera o no uso de heroína. Entre los usuarios de heroína las causas más frecuentes fueron la infección por VIH (5,12 por mil pa), la intoxicación aguda a drogas (2,59 por mil pa) y las lesiones violentas (2,16 por mil pa), mientras que entre los que no usaban esta droga lo fueron las lesiones violentas (1,38 por mil pa), la intoxicación aguda a drogas (0,72 por mil pa) y las enfermedades circulatorias (0,69 por mil pa).

**Conclusiones:** La mortalidad de los consumidores de cocaína varía mucho según consuman o no heroína. En cualquier caso, la tasa de mortalidad de los consumidores problemáticos de cocaína que no consumen heroína es bastante más elevada que la de la población general de su misma edad y sexo. Esta sobremortalidad se debe sobre todo a la elevada mortalidad por lesiones violentas e intoxicación aguda a drogas.

Financiación: FIS: PI070661 y PI061807, RTA: RD06/0001/1018.

## 597. LA EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD PREMATURA EN BARCELONA

M. Rodríguez-Sanz, M. Gotsens, K. Pérez, C. Borrell

*Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP; IIB Sant Pau; Universitat Pompeu Fabra.*

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar la evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en población de 25 a 49 años de Barcelona el período 1992-2006.

**Métodos:** Estudio multinivel de tendencias a partir de 3 periodos 1992-1996, 1997-2002 y 2003-2006. La población de estudio son los

residentes en los 38 barrios de Barcelona de 25-49 años. Las fuentes de información son el registro de mortalidad y el padrón de habitantes. Se estudia la mortalidad por sida, sobredosis, lesiones de tráfico y suicidio; las variables explicativas son el nivel de estudios (sin estudios, primaria, secundaria o superior) y el desempleo masculino del barrio de residencia según cuartiles como medida de privación socioeconómica para hombres y mujeres. Se realizó un análisis descriptivo de las tasas de mortalidad estandarizadas por edad por método directo, y se estimaron las diferencias absolutas y las relativas (RR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%) con modelos de Poisson multinivel.

**Resultados:** En Barcelona, la mortalidad en población de 25-49 años disminuye en los últimos años. Los individuos con menor nivel de estudios y de barrios desfavorecidos presentan mayor mortalidad. Hay una disminución de las diferencias absolutas, entre individuos sin estudios respecto estudios superiores, mientras que las relativas se mantienen estables (2002-2006: RR = 5,6, IC 95%, 4,5-6,9 en hombres y RR = 5,3, IC 95%, 4,1-7,0 en mujeres). Las desigualdades en los barrios muestran una tendencia decreciente, en las diferencias absolutas entre los cuartiles extremos y en las relativas (hombres: de RR = 1,8, IC 95%, 1,4-2,3 en 1992-1996 a RR = 1,1, IC 95%, 0,9-1,3 en 2002-2006; mujeres: de RR = 1,5, IC 95%, 1,1-2,0 a RR = 1,1, IC 95%, 0,9-1,4). La evolución es diferente según la causa: la mortalidad por sida, sobredosis y lesiones de tráfico disminuye y las desigualdades se mantienen estables; la mortalidad por suicidio es estable en el periodo, las desigualdades en los barrios son pequeñas y no se asocian a la privación socioeconómica del barrio.

**Conclusiones:** La disminución de la mortalidad prematura es atribuible en parte a una mejora del diagnóstico y el tratamiento en el caso del sida, pero también es atribuible a las políticas intersectoriales desarrolladas en Barcelona, tales como la seguridad vial y las políticas para reducir el consumo de drogas. La disminución se da en todos los grupos socioeconómicos, manteniéndose estables las desigualdades, pero cabe destacar la disminución en los barrios más deprimidos. El suicidio se muestra menos asociado a la privación material del barrio, siendo necesario considerar otros factores de tipo social.

## 624. EFECTO EN LA MORTALIDAD GENERAL DE LA GRIPE Y LA TEMPERATURA EN INVIERNO EN ESPAÑA

N. Martos<sup>a,b</sup>, V. Flores<sup>a</sup>, I. León<sup>a</sup>, A. Larrauri<sup>a</sup>, S. Jiménez-Jorge<sup>a</sup>, F. Simón<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Centro Nacional de Epidemiología; <sup>b</sup>Programa de Epidemiología Aplicada de Campo.*

**Antecedentes/Objetivos:** El incremento de la mortalidad general en invierno se relaciona con periodos prolongados de bajas temperaturas (T<sup>o</sup>) y la transmisión del virus de la gripe u otros virus respiratorios. Sin embargo, la alta correlación observada entre ambos factores dificulta el estudio de sus efectos independientes de la asociación de ambos. Este estudio estima el efecto independiente de T<sup>o</sup> y gripe en la mortalidad general invernal y la posible interacción entre ambos factores.

**Métodos:** Como variable resultado se utiliza mortalidad diaria por todas las causas registradas en los municipios españoles de más de 90.000 habitantes según datos de registros municipales de defunción. Se obtienen datos de variables climáticas (T<sup>o</sup>, humedad y zonas fitoclimáticas) de la Agencia Estatal de Meteorología. Los datos de actividad gripal provienen del Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Se restringe a las semanas 41 a 12 evitando el efecto de las altas T<sup>o</sup> al final de la temporada de gripe. Se estima el efecto de T<sup>o</sup> máxima y mínima de cada uno de los 7 días previos y de la tasa de detección viral de entre 3 y 10 días anteriores sobre mortalidad diaria ajustada por edad, mediante modelos lineales generalizados sobre una distribución binomial

negativa. Año y semana corrigen la tendencia y variabilidad a lo largo del periodo de estudio y zona fitoclimática corrige la variabilidad climática. Se crearon términos de interacción T<sup>o</sup>-gripe mediante el producto de las variables. El mejor modelo se identifica mediante Akaike Information Criterion. Se estimaron IC al 95% para cada medida de asociación.

**Resultados:** Se incluyen 84 municipios que representan 20.413.413 habitantes. La mortalidad se ve afectada por la tasa de detección de gripe con un retraso de 9 días. Este efecto se modifica por la T<sup>o</sup> mínima de los 5 días anteriores a la defunción. Durante el pico máximo de detección (70%) a la T<sup>o</sup> mínima mediana (6,3 °C) se observaría una tasa diaria de mortalidad de 4,2/100.000, en el primer cuartil (2,4 °C) 4,4 y en el tercer cuartil (9,9 °C) 4,1. Esto implica una diferencia de 52 muertos diarios entre el escenario de menor y mayor mortalidad.

**Conclusiones:** Se sugiere que la gripe tiene un efecto sobre la mortalidad con un retraso de 9 días y las bajas T<sup>o</sup> con 5 días. La exposición a T<sup>o</sup> bajas en presencia de un síndrome gripal incrementaría el riesgo de muerte antes de 1 semana, probablemente debido a un agravamiento del cuadro o por favorecer otras coinfecciones graves. Un estudio similar por causas específicas de mortalidad valorar esta hipótesis y plantear mejores medidas de manejo de casos de gripe en su fase inicial.

#### 654. SALUD AUTOPERCIBIDA Y MORTALIDAD: SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA DURANTE 4 AÑOS

J. Quesada<sup>a</sup>, N. Tamayo<sup>a</sup>, P. Pereyra-Zamora<sup>a</sup>, I. Melchor<sup>a</sup>, J. Moncho<sup>a</sup>, X. Barber<sup>b</sup>, R. López<sup>c</sup>, J. Calabuig<sup>d</sup>, A. Nolasco<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Investigación de A. de Mortalidad y Est. Sanitarias, UA; <sup>b</sup>Departamento de SP, Historia de la Ciencia y Ginecología, UMH; <sup>c</sup>Oficina del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana; <sup>d</sup>Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

**Antecedentes/Objetivos:** La salud autopercebida (SAP) es uno de los indicadores de salud más utilizados y, además, es conocida su asociación con la mortalidad. En España existen pocos estudios que relacionen la SAP y la mortalidad en población general. El objetivo de este trabajo es analizar la asociación y el papel predictor de la SAP y otras variables sobre la mortalidad en población general española.

**Métodos:** Estudio longitudinal de seguimiento durante 4 años de la cohorte representativa de adultos (> 16 años) de la ESCV del año 2005. El tamaño de la muestra fue de 5.575 sujetos residentes no institucionalizados en la CV. La variable respuesta fue el resultado en mortalidad (vivo/muerto) obtenida por vinculación probabilística con el registro de mortalidad de la CV. Las variables explicativas fueron la SAP (buena/mala), socioeconómicas (sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, nivel de renta autopercebido y país de nacimiento) y de salud (enfermedad crónica, alguna discapacidad y utilización de servicios hospitalarios en el último año). Se han ajustado modelos de regresión de Poisson con variable respuesta la tasa de incidencia acumulada de muerte. Se han calculado los riesgos relativos de muerte (RR) para las diferentes categorías de las variables explicativas así como sus IC al 95%.

**Resultados:** Tras 4 años de seguimiento, de los 5.575 individuos murieron 188 (3,4%), 98 hombres (52,4%) y 89 mujeres (47,6%). 5.555 individuos (99,6%) contestaron a la pregunta acerca de su salud autopercebida, resultando "mala" para 1.374 (24,7%) individuos, de los que 563 (41,0%) fueron hombres y 811 (59,0%) mujeres. En hombres, al ajustar por todas las variables excepto la SAP, hay un RR de 7,5 si hay enfermedad crónica y alguna discapacidad. Al incluir la SAP hay un RR de 6,9 si

hay mala percepción de salud y alguna discapacidad, no siendo significativa la enfermedad crónica. En mujeres, hay un RR de 13,4 si hay alguna discapacidad y nivel de estudios EGB o menor. Al incluir la SAP, tener alguna discapacidad y percibir mala salud, solo dentro de las rentas altas, conlleva un RR de 5,6 dejando de ser significativo el nivel de estudios.

**Conclusiones:** La SAP actúa como un predictor de mortalidad tanto en hombres como en mujeres. La SAP actúa como mediador entre las condiciones socioeconómicas y de salud y la mortalidad, aportando capacidad predictiva adicional la presencia de enfermedad crónica y la discapacidad.

#### 663. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS ASOCIADOS CON LAS TEMPORADAS DE GRIPE EN ESPAÑA, 1980-2008

L. Simón Méndez<sup>a</sup>, T. López-Cuadrado<sup>a</sup>, N. López Perea<sup>a</sup>, A. Larrauri Cámara<sup>a,b</sup>, S. de Mateo Ontañón<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Sistema de Vigilancia de la Gripe en España; <sup>b</sup>CIBERESP.

**Antecedentes/Objetivos:** Los excesos de mortalidad asociados a gripe son ampliamente utilizados para evaluar la gravedad de las epidemias de gripe. Recientemente se han usado los años potenciales de vida perdidos (APVP) como un indicador de la carga de mortalidad estimada de gripe comparable a lo largo de las temporadas epidémicas. El objetivo de este estudio es estimar los APVP debidos a excesos por defunciones atribuibles a gripe durante el periodo 1980-2008 en España.

**Métodos:** La mortalidad se obtuvo del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se incluyeron las defunciones por gripe y neumonía (CIE-9: 480-488 y CIE-10: J09-J18) y por todas las causas. Para calcular las tasas de mortalidad se utilizaron las proyecciones de población estimadas por el INE a partir de los datos del censo 2001. Se aplicó un modelo de Serfling modificado para series temporales de las defunciones mensuales por gripe y neumonía, y por todas las causas para estimar los excesos de mortalidad asociados a gripe en el periodo 1980-1981 a 2007-2008 en España. Se calculó la media de edad de los excesos. Para estimar los APVP se utilizó la esperanza de vida del INE, tomando el año 1991 como referencia del periodo de 1980-1991 y el último año de cada temporada para el periodo 1992-2008. La información sobre el virus de la gripe dominante se obtuvo del sistema de Vigilancia de Gripe en España y del Sistema de Información Microbiológica.

**Resultados:** Durante el periodo de 1980-2008 se estimó una media anual de 1.053 (rango, 0-4.524) defunciones asociadas a gripe por causas de gripe y neumonía y 10.806 (rango, 0-28.353) defunciones por todas las causas. La tasa anual ajustada de APVP por defunciones atribuibles a gripe en España fue de 11,29 por 100.000 habitantes (rango, 0-36,56). En aquellas temporadas en las que predominó el virus A(H3N2), la tasa ajustada de APVP (14,15) fue 1,89 veces mayor que la correspondiente a las temporadas en las que el predominio fue de A(H1N1) o B (7,47), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** La mortalidad atribuible a gripe varía a lo largo de las diferentes temporadas de gripe. Las estimaciones de APVP permiten discriminar entre ondas epidémicas de gripe en las que predominó el virus de la gripe más virulento A(H3N2) y son muy útiles para describir el impacto de la gripe estacional y pandémica en la población.