

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 5 de octubre de 2006
15:30 a 17:00

VIH/SIDA

Modera: Julia del Amo Valero
Universidad Miguel Hernández. Elche

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL COMBINADA EN EVENTOS RECURRENTE DE SIDA EN UNA COHORTE DE SEROCONVERTORES AL VIH

I. Ferreros, S. Pérez-Hoyos y GEMES

Grupo de Estudio Multicéntrico Español de Seroconvertidores

Antecedentes/objetivos: Diversos estudios observacionales han demostrado la efectividad de la introducción de la terapia antiretroviral combinada (CART) en la reducción del tiempo al primer SIDA, pero el efecto del CART en eventos recurrentes de SIDA no es tan evidente. El objetivo del presente estudio es analizar si el efecto protector persiste para posteriores eventos después del primer diagnóstico de SIDA en una cohorte de seroconvertidores al VIH.

Métodos: Se dispone de 1617 sujetos de la cohorte de seroconvertidores al VIH del proyecto GEMES. Para comprobar si el efecto del CART permanece tras el primer debut con sida se ha utilizado una extensión del modelo de Cox para analizar el tiempo desde la seroconversión a cada evento sida que tiene en cuenta el tiempo entre sucesivos eventos y que permite que el riesgo de referencia cambie con el número de sidas previas. Estos modelos analizan en conjunto los eventos recurrentes mejorando la precisión de las estimaciones. Para determinar el efecto CART, el calendario se dividió en tres períodos coincidiendo con la disponibilidad de diferentes regímenes de terapia antiretroviral (sin tratamiento, terapia combinada y haart, respectivamente). Se controlaron covariables como el sexo y la edad en el momento de la seroconversión.

Resultados: Los 1617 sujetos aportaron un total de 11045.78 personas-año. Al final del seguimiento 1263(78,11%) sujetos resultaron libres de sida. De los 359 que desarrollaron sida, 224(tasa de incidencia(TI) = 3,6% personas-año) tuvieron un único evento de sida, 68 (TI = 14,4% personas-año) tuvieron dos y 62 (TI = 36,8% personas-año) tuvieron tres o más eventos de sida. Si se analiza el tiempo al debut con sida el RR para el periodo CART se redujo a 0,53(CI 95% 0,40-0,69). Al analizar el efecto de CART a sucesivos eventos de sida se observan diferencias dependiendo del número de sidas previas, siendo el efecto para el segundo sida de 0,27(CI; 0,18-0,41) y 0,23(CI;0,15-0,35) para el tercero.

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran el efecto protector del CART contra la aparición tanto del primer evento definitorio de SIDA como de los subsiguientes eventos. El análisis conjunto de eventos recurrentes ha permitido obtener estimaciones más precisas que si los análisis se hubieran efectuado por separado.

Parcialmente financiado por FIS

FACTORES ASOCIADOS A CASOS DE SIDA PROCEDENTES DE OTROS PAÍSES NOTIFICADOS AL REGISTRO NACIONAL DE SIDAM. Díez¹, MJ Bleda¹, A. Díaz¹ y P. Sobrino¹¹Área de Vigilancia de VIH/sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. mdiez@isciii.es**Antecedentes/objetivos:** La proporción de casos de SIDA notificados al Registro Nacional cuyo país de origen es distinto de España ha ido aumentando en los últimos años de forma progresiva. El objetivo de este estudio es analizar las características de estos casos.**Métodos:** Estudio descriptivo utilizando como fuente de datos el Registro Nacional de Sida. Se obtuvieron distribuciones de frecuencias de las variables: sexo, edad, país de origen, año de diagnóstico de sida, grupo de riesgo, antecedentes de estancia en prisión, enfermedades defintorias de sida y comunidad autónoma de residencia. Se ha realizado un análisis univariante, bivalente (utilizando las pruebas de chi-cuadrado y t de Student) y por último se ha realizado un análisis multivariante ajustando un modelo de regresión logística (OR;IC95%). El software utilizado ha sido Stata 8.0.**Resultados:** En el periodo 2000-2005, se identificaron 12.677 casos, de los que 1.295 (10,2%) eran casos de otros países (COP). Comparados con los españoles, los COP presentaban mayor porcentaje de mujeres (25,1% frente a 21,3%), menor edad (35 años de mediana frente a 38 años) y menor frecuencia de antecedentes de prisión (6,3% frente a 13,6%). Entre los COP hubo mayor porcentaje de homo/bisexuales (20,9% frente a 13,2%) y de heterosexuales (49,3% frente a 23,5%), y menor proporción de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) (18,5% frente a 54,9%). A lo largo del periodo, el porcentaje de COP entre los casos de SIDA aumentó desde el 6,4% en 2000 al 16,5% en 2005. En el análisis multivariante los factores asociados positivamente con COP fueron: año de diagnóstico de sida; con respecto a los UDVP, haber adquirido el VIH a través de hemoderivados/transfusiones (OR = 3,6; 1,5-8,6), riesgo homo/bisexual (OR = 4,8; 3,9-5,9) o heterosexual (OR = 6,4; 5,4-7,7); y presencia de criptococosis, histoplasmosis, isporidiasis, toxoplasmosis, tuberculosis, otros mycobacterium, septicemia por salmonella y cáncer invasivo de cuello uterino como enfermedad defintoria de SIDA. Los factores asociados negativamente con COP fueron: presencia de neumonía por p. carinii, Imp, linfoma no Hodgkin y neumonía bacteriana recurrente como enfermedades diagnósticas de sida. Existe un efecto de la edad en el sentido de que los COP son más jóvenes que los españoles, pero dicho efecto es diferente para hombres y mujeres (existe una interacción entre edad y sexo).**Conclusiones:** Los casos de sida procedentes de otros países han aumentado notablemente desde el año 2000. Estas personas son más jóvenes que los casos españoles, presentan diferencias en las enfermedades defintorias de sida, y la frecuencia de UDVP es menor.**PREVALENCIA DE VIH EN PERSONAS QUE SE HICIERON LA PRUEBA EN UNA RED DE CENTROS DE DIAGNOSTICO EN 2000-04**P. Sobrino¹, I. Alastrué², J. Balaguer³, J. Belda⁴, F. Bru⁵, M.M. Cámara⁶, C. De Armas⁷, M.L. Junquera⁸, M.C. Landa⁹, et al¹CNE; ²Valencia; ³Cartagena; ⁴Alicante; ⁵Madrid-Montesa; ⁶Bilbao; ⁷Tenerife; ⁸Oviedo; ⁹Navarra.**Antecedentes/objetivos:** Describir la prevalencia de infección por VIH y sus factores predictivos en personas que se realizaron voluntariamente la prueba.**Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo sobre las personas analizadas para el VIH en 19 centros diagnósticos de VIH en 2000-04; en caso de pruebas repetidas, se utilizó el último resultado. Se recogió en un cuestionario anónimo sexo, edad, prácticas de riesgo para el VIH y lugar de origen. Se les clasificó según prácticas de riesgo excluyentes.**Resultados:** Se analizaron 79.382 personas, de las que el 68% acudía por primera vez. El 53,3% eran hombres, de edad media 31 años (DE = 9). El 53,1% eran heterosexuales, el 20,8% mujeres que ejercían la prostitución, el 17,8% hombres homo/bisexuales y un 4,2% usuarios de drogas inyectadas (UDI). El 35,7% procedía de otro país. La prevalencia global de VIH fue 2,6%. Fue superior en hombres (3,8%) que en mujeres (1,3%); en personas de 30 o más años (3,5%) frente a las más jóvenes (1,9%); y en las que acudían por primera vez (2,9%) frente a las que volvían a revisión (2%). Los españoles tuvieron una prevalencia (2,6%) menor que la de los subsaharianos (6,4%), y mayor que la de los latinoamericanos (2,2%) y europeos orientales (1,7%). Por prácticas de riesgo, en UDI fue del 15,1%, en hombres homo/bisexuales del 7,1%, y en el resto de grupos del 1%. En el análisis multivariante, ajustando por centro diagnóstico y edad, se encontró mayor prevalencia en mujeres OR = 1,21 (1,0-1,4); personas que acudieron por primera vez, OR = 2,4 (2,1-2,7); personas originarias de Europa del Este OR = 1,46 (1,1-2), Latinoamérica OR = 2,19 (1,9-2,5), África Subsahariana OR = 10,7 (8,6-13,2) y Norte de África OR = 2,1 (1,4-3,3) comparadas con los españoles; y frente a los heterosexuales, en UDI OR = 19,8 (16,8-23,4) y hombres homosexuales OR = 11,3 (9,7-13,1), mientras que las mujeres que ejercen la prostitución mostraban menor riesgo de infección OR = 0,48 (0,4-0,6).**Conclusiones:** La prevalencia de infección por el VIH sigue siendo elevada en UDI y hombres homosexuales, y las personas que acuden por primera vez presentan valores más altos. Comparados con los españoles con iguales prácticas de riesgo, edad y sexo, los originarios de otros países son más vulnerables a la infección por VIH. Financiación: FIPSE, Exp 3076/99, 36303/02 y 36537/05**MUY ALTA INCIDENCIA DE VIH Y VHC EN JÓVENES CONSUMIDORES DE HEROÍNA**

F. Vallejo, C. Toro, M.T. Brugal, L. de la Fuente, V. Soriano, V. Jiménez, R. Ballesta y M.J. Bravo

Centro Nac Epidemiología, Madrid. Hosp Carlos III, Madrid. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Secretaría del Plan Nac sobre el Sida. FADA, Sevilla. Depart. Med Preventiva, U Complutense, Madrid

Antecedentes/objetivos: No existen en España estudios de incidencia de VIH en cohortes de consumidores de drogas captados fuera de los servicios asistenciales que permitan evaluar la tendencia actual de la infección. Se analiza la incidencia de VIH y VHC en los jóvenes consumidores de heroína (< 30 años a la entrada), incluyendo inyectores y no inyectores, que habían sido reclutados fuera de servicios de tratamiento por métodos de referencia en cadena en las ciudades de Barcelona, Madrid y Sevilla.**Métodos:** Se realizó una entrevista cara a cara con un cuestionario estructurado y se recogió una muestra de sangre en papel secante. Se determinaron por Elisa anti-VIH y anti-VHC. Las muestras débilmente positivas de anti-VIH fueron confirmadas por Western Blot y las débilmente positivas frente a VHC por Inno-lia. Se calculan tasas de incidencia por 100 personas años (pa) con sus intervalos de confianza al 95%.**Resultados:** 474 consumidores VIH negativos en el basal realizaron al menos un seguimiento aportando 536,7pa de seguimiento en los inyectores y 436 pa en los no inyectores. La tasa de incidencia en los inyectores fue de 4,47/100 pa (IC 95%: 2,9-6,7), sin diferencias significativas entre ciudades y superior pero no significativamente en los hombres (4,9/100 pa) que en las mujeres (3,1/100pa). En los no inyectores fue de 1,15/100 pa (IC 95%: 0,9-1,4) siendo nula en Barcelona (sólo disponía de 72 pa), muy baja en Madrid (0,4/100 pa), pero llamativamente alta en Sevilla (3,4/100 pa; IC 95%: 0,9-8,7). Doscientos ochenta y dos VHC negativos en el estudio basal realizaron al menos un seguimiento aportando 152 pa de seguimiento en inyectores y 345 pa en no inyectores. La tasa de incidencia en los inyectores fue de 34,8/100 pa (IC 95%: 26-46), sin diferencias significativas entre ciudades: 32,6 en Barcelona, 38 en Madrid y 44,15 en Sevilla. En los no inyectores fue de 3,19/100 pa en e(IC 95%: 1,6-5,7) siendo nula en Barcelona (sólo 61 pa), y muy similar en Madrid (3,68/100 pa) y Sevilla (4,27/100 pa).**Conclusiones:** La de incidencia de VIH y sobre todo de VHC sigue siendo inaceptablemente alta en los jóvenes consumidores de heroína, tanto en inyectores como en no inyectores. Debe investigarse más a fondo en qué subgrupos de los mismos o en qué circunstancias se está produciendo la transmisión y las carencias de los programas preventivos puestos en marcha para poder mejorar su eficacia.

Financiado por Fipse 3035/99, FIS- PI051384 (RECEPS) y FIS: PI050959, PI051869 (RTA).

PREVALENCIA DE INYECCIÓN E INFECCIÓN POR VIH Y VHC ENTRE JÓVENES CONSUMIDORES DE COCAÍNA QUE NO CONSUMEN HEROÍNA

M.T. Brugal, C. Toro, V. Jiménez, L. de la Fuente, R. Ballesta, M.J. Bravo, G. Barrio y L. Royuela

Agencia de Salud Pública de Barcelona. Hosp Carlos III, Madrid. C Nac Epidemiología, Madrid. Secr Plan Nac sobre el Sida, Madrid. FADA, Sevilla. Dep Med Preventiva, U Complutense, Madrid. EMCCDA, Lisboa.

Antecedentes/objetivos: La cocaína está sustituyendo a la heroína como sustancia generadora de un mayor número de problemas de salud graves. Se analiza la prevalencia de infección por VIH y entre los jóvenes (< 30 años) consumidores de cocaína que no han consumido heroína más de 12 veces en los últimos 12 meses.**Métodos:** Estudio transversal de entrada a una cohorte que ha reclutado 607 participantes en las áreas metropolitanas de Barcelona (180), Madrid (224) y Sevilla (203) por métodos de referencia en cadena y fuera de los servicios asistenciales. Entrevista cara a cara con cuestionario estructurado asistido por ordenador y parcialmente autoadministrado por audiocasi. Toma de muestra de sangre en papel secante. Determinación por Elisa de anti-VIH y anti-VHC.**Resultados:** Sólo el 4,5% se había inyectado en alguna ocasión, con diferencias significativas entre ciudades: 12,27% en Barcelona, 4,5% en Madrid y sólo el 0,5% en Sevilla –una persona- (p < 0,000). Entre los que se habían inyectado en alguna ocasión sólo 2 personas (6,1%) no habían consumido nunca heroína, sólo el 12,1 no había consumido cocaína en forma de base y el 13,8% no la había consumido base en los últimos 12 meses. El 35,3% se había realizado alguna vez la prueba de VIH y conocía el resultado, aunque con diferencias significativas entre inyectores (76,5%) y no inyectores (33,9%) (p < 0,000) y por ciudades: 56,7% en Barcelona, 37,5% en Madrid y 13,3 en Sevilla (p < 0,000). Únicamente se encontraron 5 VIH positivos, 3 en los inyectores (dos mujeres y un varón) lo que supuso una prevalencia de infección del 9,1% (IC al 95%: 1,9-24,3%) y 2 (varones) en los que nunca se habían inyectado, 0,3% (IC: al 95%: 0,04-1,3). Los tres inyectores positivos se habían inyectado cocaína la primera vez que la consumieron, conocían ya su positividad y además estaban coinfectados por VHC. Los dos no inyectores desconocían que fueran positivos. Se encontró un 48,5% (IC al 95%: 30,8-66,5) de infectados por VHC entre los inyectores y 0,9% (IC al 95%: 0,3-1,9) entre los no inyectores.**Conclusiones:** La inyección y el consumo de base son conductas poco frecuentes y asociadas al mundo de la heroína. La infección por VIH es relativamente alta entre los inyectores y asociada con infección por VHC, mientras que es muy baja entre los no inyectores, pero éstos desconocen su estado serológico. Debe seguir estimulándose la realización de la prueba de VIH entre los consumidores de cocaína aunque no se inyecten.

Financiación por Fipse 3653/01, PNSD-2003, FIS- PI051384 (RECEPS) y FIS: PI050959 (RTA)

MORTALIDAD POR SIDA. ESPAÑA Y CASTILLA-LA MANCHA, 1985-2004

J. Castell, R. Rodolfo Saavedra y G. Gutiérrez Ávila

Servicio de Epidemiología, DGSP, Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.

Antecedentes/objetivos: La epidemia de SIDA ha sido el paradigma de enfermedad emergente en todo el mundo en los últimos 25 años, en los países desarrollados se ha producido una notable mejora en los indicadores de morbilidad y mortalidad en los últimos años; no obstante la vigilancia de la enfermedad sigue siendo un elemento clave para su control. El objetivo del estudio es describir la evolución de la mortalidad por SIDA en Castilla La Mancha y España en el periodo 1980-2004, según las características de tiempo, lugar y persona.

Métodos: Las fuentes de información fueron: a) Población: número anual de habitantes por grupos quinquenales de edad y sexo que se obtuvieron por interpolación geométrica tomando como momentos pivotaes los años de 1981, 1991 y 2001. b) Defunciones: estadísticas de mortalidad por causa (pagina Web del INE), con cálculo de tasas brutas y específicas de mortalidad ajustando por el método directo, tomando como población tipo la de España año 2004. La Razón de APVP se ha realizado con referencia a España 2,004

Resultados: Entre 1980 y 2004 las tasas de mortalidad por SIDA en España han pasado de 1,8 a 35,97 muertes por millón de habitantes para ambos sexos; 2,92 a 59,85 muertes por millón de habitantes para varones y de 0,72 a 12,78 para mujeres. En Castilla La Mancha aumentaron de 2,4 a 18,39 casos por 100.000 habitantes para ambos sexos siendo de: 4,83 a 27,01 para varones y de 0 a 9,75 para mujeres. Los grupos de edad de 25-34 y 35-44 años son los que presentan las mayores tasas tanto para varones 309,61 y 286,42 como para mujeres 87,02 y 53,62. para España y en Castilla La Mancha 137,68 y 128,18 para varones y 37,95 y 20,24 para mujeres. Respecto a la mortalidad prematura por SIDA, la Razón de mortalidad por años potenciales de vida perdidos (RMAPVP) ha evolucionado del 15,30% al 48,90% y en mujeres del 0 a 78,70%. En el último periodo de 1999-2004 la evolución ha ido de 157,40% a 100% y 86,60 a 48,90% en varones en España y Castilla La Mancha respectivamente y 144,10 a 100% y 68,10 a 78,70% en mujeres en España y Castilla La Mancha.

Conclusiones: Aunque el aumento en todos los indicadores de mortalidad fue espectacular en los primeros años de la epidemia de SIDA, en los últimos años se observa una notable mejoría de los mismos, así lo demuestran las RMAPVP tanto para España en ambos sexos como para Castilla La Mancha; en varones; pero no así para mujeres lo que obligaría a estudiar en detalle la razón de este hecho.

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 5 de octubre de 2006
15:30 a 17:00

Salud reproductiva

*Modera: Francisco Bolúmar Montrull
Universidad Miguel Hernández. Elche*

INGESTA DE FÓLICO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: DIETA Y SUPLEMENTACIÓNM. Rebagliato¹, M. Murcia¹, J. Vioque¹, A. Castelló¹, M. García¹, G. León¹, R. Ramón¹, E. Apolinar², T. Alvarez², et al¹Departamento Salud Pública Universidad Miguel Hernández. ²Fundación Investigación Hospital La Fe de Valencia

Antecedentes/objetivos: Existe un amplio consenso sobre la recomendación de consumir desde la fase preconcepcional y 1^{er} trimestre del embarazo 400 µg de fólido sintético, acompañado de una dieta rica en fólido, para prevenir los defectos del tubo neural y favorecer el crecimiento fetal. No existe, sin embargo, información actualizada sobre su cumplimiento en las embarazadas de la Comunidad Valenciana. **Objetivos:** 1) Describir el consumo de suplementos de fólido durante el periodo preconcepcional y 1^{er} trimestre de embarazo en una muestra poblacional de embarazadas de un área sanitaria de Valencia; 2) describir la ingesta total de fólido y estimar la prevalencia de ingesta inadecuada (PII); 3) analizar la asociación entre el inicio de la suplementación y factores maternos.

Métodos: Se estudian 401 embarazadas pertenecientes a la cohorte INMA-Valencia reclutadas en el periodo 02/04-06/05 en consultas prenatales del Hospital La Fe de Valencia. Mediante un cuestionario de frecuencia alimentaria, realizado en la semana 12 de gestación, se analiza la ingesta de folato alimentario y el consumo de suplementos desde los 3 meses previos al embarazo. Se estima la ingesta media y percentiles de fólido, la PII y el momento de inicio de la suplementación.

Resultados: El 98,8% de embarazadas consume suplementos de fólido y el 90,5% multivitamínicos con contenido en fólido. La dosificación de los suplementos varía entre 400µg y 15 mg/día, observándose un 20,9% de embarazadas que sobrepasan el límite superior recomendado de fólido sintético (1000 µg/día). El 30,0% inicia la suplementación de modo preconcepcional, el 31,4% entre la 2^a y la 6^a semana de gestación, y el 38,8% con posterioridad. El inicio postconcepcional se da con más frecuencia en las embarazadas más jóvenes, con menor nivel de estudios, emigrantes y con embarazos no planeados. La ingesta media de folato de la dieta es 354 µg/día, y la mediana 335 µg/día. La PII (< 520 µg/día), considerando la ingesta global (dieta+ suplementos), es 8,9% (IC 6,2, 12,1).

Conclusiones: A pesar de que la suplementación se recomienda en casi todas las embarazadas, un alto porcentaje la inician en el periodo postconcepcional, más frecuente en los grupos más desfavorecidos. Existe una gran variabilidad en la dosificación prescrita, superándose el límite recomendado en una proporción no explicable por antecedentes de riesgo obstétrico. Teniendo en cuenta el fólido obtenido mediante dieta y suplementos, aún existe una proporción reseñable de gestantes con ingesta inadecuada.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (G03/176, C03/09 y FIS-FEDER 05/1079).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE LAS MUJERES EXTRANJERAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA DEL CONTROL BÁSICO DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

R. Mas Pons, C. Barona Vilar, V. Escrivà Agüir, C. Calvo Mas, M.L. Carpio Gesta

*Servei de Salut Infantil i de la Dona. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana***Antecedentes/objetivos:** Describir las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres extranjeras atendidas en el programa del control básico del embarazo en el ámbito de la atención primaria en el año 2005.**Métodos:** Estudio transversal en el que se ha analizado una muestra aleatoria de 9261 mujeres que han acudido al programa de control básico del embarazo en los centros de salud de la Comunidad Valenciana durante el año 2005. La recogida de la información se realizó a través de la "Hoja Resumen del Embarazo", registro específico cumplimentado por las matronas de atención primaria en el que se recogen datos sobre la asistencia sanitaria prestada durante el embarazo, parto y puerperio, así como datos sociodemográficos de la gestante. Las variables incluidas en el estudio han sido: a) características sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de estudios, paridad, realización de un trabajo remunerado) y b) variables relacionadas con la atención sanitaria recibida (inicio del control del embarazo, número de consultas de la matrona y del obstetra, inducción del parto, utilización de anestesia, realización de cesárea, educación maternal). Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos.**Resultados:** Un 23,2% de los embarazos atendidos por las matronas en atención primaria corresponden a mujeres extranjeras. Las regiones de origen mayoritarias son Latinoamérica (35,3%), Europa Occidental (22,5%), Europa del Este (21,7%) y África del Norte (14,9%). Respecto a las mujeres embarazadas españolas, las gestantes extranjeras son más jóvenes (edad media 28 años), con un mayor porcentaje de embarazos en adolescentes (6,2%), menor nivel de estudios (8,7% sin estudios/analfabetas), mayor paridad (29,2% dos o más embarazos previos) y en menor medida ejercen un trabajo remunerado (42,8%). En cuanto a la atención sanitaria prestada, acceden más tarde al programa de control del embarazo (20,8% después de 12 semanas de gestación), reciben un menor número de consultas por parte de la matrona (25,3% menos de seis atenciones) y del obstetra (19,6% menos de tres atenciones) y asisten en menor medida a los cursos de educación maternal (45,7%). En la asistencia al parto destaca un menor porcentaje de partos inducidos (22,8%), de cesáreas (21,6%) y de utilización de anestesia epidural (37,1%).**Conclusiones:** Existen diferencias en el perfil sociodemográfico y obstétrico de las gestantes extranjeras que acuden al programa del control básico del embarazo, de especial importancia en el acceso a la atención sanitaria.**MADRES Y PADRES. ¿SON DIFERENTES LOS FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN PREPARTO?**V. Escrivà-Agüir^{1,2}, M.C. Gonzalez-Galarzo² y C. Barona-Vilar¹*¹Servei de Salut Infantil i de la Dona. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. ²Red temática de investigación de salud y género***Antecedentes/objetivos:** Identificar si existen diferencias entre las madres y sus parejas en el efecto de los factores de riesgo (psicosociales y personales) sobre la depresión durante el tercer trimestre del embarazo.**Métodos:** Se ha incluido una muestra aleatoria de 687 mujeres y sus parejas, captadas en Centros de Atención Primaria (provincia de Valencia), durante la 28 a 31 semanas de gestación. La recogida de información fue realizada por medio de un cuestionario, autocumplimentado de forma individual por las madres y sus parejas. La variable respuesta es la depresión durante el tercer trimestre del embarazo (DPP) de las madres y sus parejas, valorada por la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (punto de corte 11/12). Las variables explicativas son: a) factores psicosociales: apoyo social confidencial y afectivo (valorado por la escala de Duke), carga de trabajo doméstico, estatuto de empleo, clase social y país de origen; b) factores personales: edad, acontecimientos vitales desfavorables, embarazo planificado, patología obstétrica, paridad, antecedentes de depresión y presencia de depresión en la pareja durante el tercer trimestre del embarazo. Se han calculado las OR ajustadas y sus intervalos de confianza al 95%, por medio de una regresión logística.**Resultados:** La prevalencia de la DPP en las madres es del 13,8% y en los padres del 4,4%. En las madres y en sus parejas la probabilidad de presentar DPP es mayor en los expuestos a bajo apoyo afectivo (OR: 2,44; IC95% = 1,29-4,61 y OR: 5,39; IC95% = 1,72-16,89, respectivamente) y en los que presentan antecedentes de depresión (OR: 2,37; IC95% = 1,40-4,03 y OR: 3,92; IC95% = 1,32-11,70, respectivamente). En cambio, el bajo apoyo confidencial aumenta la probabilidad de DPP sólo en madres (OR: 1,91; IC95% = 1,01-3,65). En los padres, el hecho de que su pareja padezca DPP aumenta la probabilidad de que él también presente DPP (OR: 4,03; IC95% = 1,59-10,27). No se evidencia una asociación estadísticamente significativa con el resto de variables explicativas.**Conclusiones:** Se aprecia un efecto diferencial de los factores psicosociales y personales sobre la DPP entre las madres y sus parejas. El apoyo confidencial es factor de riesgo de DPP sólo en las madres. La presencia de DPP en la mujer predice la aparición de DPP sólo en sus parejas.*Trabajo parcialmente financiado por dos ayudas de investigación de la Conselleria de Sanitat-Generalitat Valenciana (PI-031/2004 y PI-59/2005) y dos del Instituto Carlos III (red de género y salud:G03/042 y FIS: PI050443).***DISEÑO DE UN MATERIAL DE PROMOCION DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES INMIGRADAS BASADO EN DETERMINANTES**

E. Díez, V. Vadillo, M. Foz y Ll. Estruga

*Agència de Salut Pública de Barcelona.***Antecedentes/objetivos:** En Barcelona está aumentando la proporción de mujeres inmigradas extracomunitarias en edad fértil. Los perfiles reproductivos de los países de origen difieren de los locales. En general tienen mayores tasas de fertilidad y de embarazo adolescente y menor proporción de uso de contracepción efectiva. Con la finalidad de acercar la contracepción a las mujeres que así lo deseen, se propone el desarrollo de un material educativo. Se basa en determinantes psicosociales explorados mediante grupos focales, entre los que destacan: la maternidad como valor, el rechazo al aborto, la falta de conocimientos sobre contracepción y el deseo de formación al respecto, las actitudes favorables a la contracepción por falta de recursos económicos, de tiempo y red de apoyo. Una parte importante carece de estudios y procede del ámbito rural. Los objetivos del presente estudio son: 1 Aplicar los determinantes mencionados al diseño del folleto y 2 Estudiar la valoración de la población diana en una serie de pruebas de pre-test de materiales hasta maximizar la satisfacción**Métodos:** Estudio cualitativo. Pre-test de materiales a una muestra de conveniencia de mujeres de diferentes comunidades y entrevistas a informantes clave. Ambito: comunitario. Periodo: febrero a mayo de 2006. Se realizaron entrevistas con cuestionario anónimo y se recogió la edad, la zona de residencia, el país de nacimiento, la percepción del atractivo, la comprensión, la utilidad y las ideas comunicadas, así como lo destacable a favor o en contra. Se llevó a cabo un análisis cualitativo de los datos.**Resultados:** Se realizaron 40 entrevistas sucesivas de pre-test de materiales. Las entrevistadas sugirieron mejoras en los formatos, textos y contenidos. Se retroalimentó al equipo de diseño hasta que se consiguió una apreciación muy elevada de las personas entrevistadas. El material consistió en un cuadrático para cada comunidad, con dibujos de parejas y niños, con mapas con la ubicación de los centros de salud reproductiva, imágenes de los métodos contraceptivos más efectivos y teléfonos de información, casi sin textos y traducidos a 5 idiomas.**Conclusiones:** El desarrollo de materiales basado en determinantes y pruebas pre-test permite llegar de manera culturalmente adecuada a poblaciones específicas. Es especialmente adecuado en temas sensibles como son la salud sexual y la salud reproductiva. Su aplicación sistemática puede ser muy útil en las intervenciones educativas contra las desigualdades en salud.*Este estudio ha sido financiado parcialmente por el FIS 2005/2727.***INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: DIFERENCIAS ENTRE RESIDENTES EN CATALUÑA Y RESIDENTES DE ORIGEN EXTRANJERO, 2005.**

M.M. Torné, A. Freitas, R. Bosser, R. Gispert y M. Femenias

*Servei d'Informació i Estudis, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.***Antecedentes/objetivos:** Des de 1987, el *Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs (IVE)* del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya recorre las IVEs que se realizan en los centros autorizados. En el año 2005, Cataluña incorporó al boletín de notificación dos nuevas variables: *país de origen* y *año de llegada* al Estado Español. El objetivo de este trabajo es describir las características diferenciales entre las mujeres residentes en Cataluña y las residentes de origen extranjero que se han sometido a este tipo de intervención.**Métodos:** Los datos analizados corresponden a 15.472 IVEs (datos provisionales) realizadas, el año 2005, a mujeres residentes en Cataluña. Para el análisis se identifican dos grupos en función de la variable *país de origen*. Se describe el perfil de cada grupo y se analizan las variables recogidas en el boletín de notificación (características de las usuarias y de la IVE, así como los antecedentes obstétricos).**Resultados:** El porcentaje de IVEs de mujeres residentes en Cataluña de origen extranjero, en el año 2005, representa casi un 40%, frente al 60% de IVEs de residentes españolas. Las de origen extranjero proceden mayoritariamente de Ecuador, Bolivia, Marruecos, Rumania y Perú (por orden de frecuencia) y llevan pocos años residiendo en Cataluña (media de 3,7 años). Su perfil es el de una mujer que convive en pareja y está soltera, con una media de edad de 27 años, trabajadora a sueldo y con nivel de estudios de enseñanza primaria. La mayor parte tiene un hijo vivo y ha realizado una IVE anterior. La gestación se interrumpe entre las semanas sexta y octava alegando casi siempre peligro de la salud de la madre (sólo un 1% alega motivo fetal). El perfil de la mujer española tiene la misma media de edad que la de origen extranjero, está soltera, aunque no convive en pareja, trabaja a sueldo y tiene un nivel de estudios ligeramente superior (enseñanza secundaria). La mayoría no tiene hijos vivos y su media de IVEs anteriores es menor. Interrumpen la gestación también entre las semanas sexta y octava, siendo el motivo principal el peligro de la salud de la madre, aunque aumenta hasta el 5% el motivo fetal.**Conclusiones:** En Cataluña, el porcentaje de IVEs de mujeres residentes de origen extranjero representan casi la mitad de las intervenciones. Aunque el perfil sociodemográfico de los dos grupos estudiados es similar, se encuentran algunas discrepancias, principalmente en los antecedentes obstétricos de las mujeres. *Financiación:* El presente trabajo ha contado con la financiación del ISCIII (RCESP C03/09).

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE LOS HOSPITALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

A. Carriazo, J.M. Aldana, J. García Rotllán, J. Carmona Díaz-Velarde y Grupo de Referencia de Reproducción Humana Asistida del SAS DGAS del Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/objetivos: El Servicio Andaluz de Salud (SAS) elaboró con expertos en reproducción humana asistida (RHA), un programa de oferta asistencial de RHA en sus hospitales. El nº de ciclos de inseminación artificial (IA), fertilización in vitro/microinyección intracitoplasmática de espermatozoides (FIV/ICSI), y parejas atendidas, era insuficiente y originaba esperas y desigual acceso. El programa debía asumir la demanda creciente de estos procedimientos, disminuir la demora en el acceso, ofertar nuevos procedimientos y disminuir la variabilidad clínica. Respecto a la propuesta de ampliación, contempla en dos fases (I:2004-5/II:2006-7): 1) estudio básico de esterilidad (EBE) en todos los hospitales, 2) IA en todos los hospitales, 3) FIV/ICSI en todas las provincias 4) nuevas técnicas: donación de ovocitos, laboratorio de alta seguridad biológica, biopsia testicular y diagnóstico genético preimplantatorio.

Objetivos. Valorar la actividad asistencial en RHA durante la fase I del programa.

Métodos: Análisis descriptivo de la actividad desarrollada en las unidades de RHA del SAS en 2004 y 2005. Se elaboró una ficha de recogida de datos a propósito. Las principales variables: nº de ciclos, pacientes y embarazos por técnica. Se realizó análisis de frecuencia y tasas. Todos los datos fueron agregados por hospital, recogidos y analizados en programa Excel 97.

Resultados: En el periodo analizado los hospitales que realizan IA han pasado de 9 a 18 y se ha mejorado la infraestructura de hospitales que realizaban FIV/ICSI. En consulta de EBE se atendieron 5.967 parejas nuevas y el 38% tuvo indicación de técnica de RHA. El nº de ciclos de IA realizados aumentó de 1.855 a 2.590 (40%). El nº de ciclos de FIV/ICSI realizados aumentó de 1.267 a 1.457 (15%), y el de ciclos por millón de habitantes de 168 a 194. La tasa de embarazo con IA fue de 12% con semen de pareja respecto a ciclos efectivos y de 21% con semen de donante. La tasa de embarazo con FIV fue de 20% respecto a ciclos efectivos y de 28% para ICSI.

Conclusiones: Los registros de RHA ofrecen datos obtenidos con distinta metodología y contexto social. Se publican ciclos FIV por millón de habitantes entre 100 (Castilla-León, 2000) y 1.538 (Finlandia) difíciles de comparar y pocos datos sobre IA. Los resultados dentro de nuestra experiencia indican un incremento importante de actividad en estos dos años y también respecto a datos anteriores (105 ciclos FIV/ICSI por millón de habitantes en 2003). Las tasas de embarazo se encuentran dentro de las cifras publicadas, y se espera un aumento superada la fase de aprendizaje. Es necesario evaluar si este incremento de actividad se traduce en una disminución de la demora y en una mayor satisfacción del usuario.

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 5 de octubre de 2006
15:30 a 17:00

Brotos epidémicos

Moderadora: Cristina Belío Blasco
Servicio Riojano de Salud

BROTE HOSPITALARIO DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA ASOCIADO A BRONCOSCOPIA

T. Dierssen-Sotos¹, P. Rodríguez-Cundín¹, M. Robles¹ y J. Llorca²
¹Servicio Cántabro de Salud. ²Universidad de Cantabria.

Antecedentes/objetivos: Doce casos de infección respiratoria por *Pseudomonas aeruginosa* multiresistente se produjeron durante el verano en pacientes ingresados en la UVI y en la planta 1B del Hospital Sierrallana de Torrelavega. Para investigarlo se llevó a cabo un estudio de casos y controles cuyos resultados se presentan en este trabajo.

Métodos: Por cada caso, se seleccionaron dos controles que hubieran estado ingresados en la misma unidad hospitalaria, emparejados por sexo y semana de hospitalización. Se obtuvo información sobre las características demográficas de los pacientes, enfermedad de base, motivo del ingreso y procedimientos médicos realizados durante el ingreso. El análisis se realizó mediante regresión logística condicionada.

Resultados: El único factor asociado significativamente fue la realización de broncoscopia (OR = 17.1; IC 95%: 2,1 – 142,0); el tratamiento con corticoides (OR = 3.4; IC 95%: 0,4 – 32,7) y la edad mayor de 70 años (OR = 2,32; IC 95%: 0,4 – 13,8) no alcanzaron significación. El cáncer (OR = 0,5; IC 95%: 0,1 – 4,2), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (OR = 0,87; IC 95%: 0,1 – 6,0) y otras enfermedades de base no presentaron ninguna asociación con el brote. Cuando se analizaron por separado los diferentes bronoscopios, se encontró que los de la marca Olympus tenían una asociación estadísticamente significativa con la infección: OR = 11,0 (IC 95%: 1,2 – 103,4).

Conclusiones: En la transmisión de la *Pseudomonas aeruginosa* jugaron un papel relevante los bronoscopios. Esta asociación se ha descrito previamente en brotes hospitalarios por la misma bacteria (Schelenz y French, J Hosp Infect 2000; Come et al, J Hosp Infect 2005; Cêtre et al, J Hosp Infect 2005), lo que obliga a enfatizar los procesos de limpieza y desinfección del material empleado en las bronoscopias.

BROTE DE SHOCK TOXICO POR ESTREPTOCOCO GRUPO A EN UNA GUARDERÍA DE CANTABRIA, MARZO 2006L. Gerstel^{1,3}, T. Pelayo², M. Valenciano³ y D. Herrera¹¹Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional de Epidemiología.²Consejería de sanidad, Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Cantabria.³European Programme for Intervention Epidemiology Training

Antecedentes/objetivos: La enfermedad invasiva por *Streptococo* grupo A (SGA) no es de declaración obligatoria en España, desconocemos su incidencia. Los brotes de SGA son poco frecuentes. En Cantabria no hay antecedentes. En marzo 2006 en una guardería en Cantabria, tres niños desarrollaron Síndrome de Shock Tóxico Estreptocócico (SSTE) dentro de una semana con defunción de uno de ellos. Para prevenir más STSS el hospital sometió a otros siete niños con fiebre a observación, la Consejería de Sanidad cerró la guardería durante diez días y prescribió antibióticos a 300 contactos que incluían a los niños y personal de la guardería, familiares y otros contactos. El objetivo de este estudio fue describir el brote, identificar posibles determinantes, evaluar las medidas de control y dar recomendaciones para el manejo de futuros brotes.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva en la guardería a partir de historias clínicas aportadas por los médicos de familia e información recogida en la guardería. Se definió como caso a todo niño con SSTE, cultivo positivo o detección de streptolisinas. El laboratorio realizó un cultivo de muestras orofaríngeas de los niños y los contactos e identificación del tipo M y electroforesis (PFGE) para distinguir entre las cepas y poder evaluar la profilaxis.

Resultados: Entre los 40 niños se detectaron 17 casos (43%) de 13 a 39 meses de las tres aulas de la guardería. Trece tenían cultivos positivos. Las tasas de ataque eran más altas en niños de más de dos años (RR 3,5; CI95% 1,2-10,1) y en el aula de los mayores (RR 2,4; CI95% 1,0-5,6). No se identificaron enfermedades subyacentes en los niños con STSS aunque uno había tenido varicela recientemente. Después de la profilaxis no se produjeron más casos de STSS. Catorce (5%) de los 262 contactos tenían SGA. En total se encontraron seis tipos M diferentes. M4 fue el único que se encontró en la guardería, indistinguible por PFGE. M4 no se aisló entre los contactos ni en los análisis rutinarios en la población general.

Conclusiones: Se confirmó la existencia de un brote en la guardería pero no se identificaron determinantes para infección con SGA. Los resultados sugieren que los casos fueron consecuencia de la introducción de una cepa de SGA que no circuló en la población. No hay evidencia de que fuera esencial tratar a los contactos. En futuros brotes en instituciones recomendamos limitar la profilaxis fuera de la institución. Es necesario revisar la vigilancia y desarrollar un protocolo para futuros brotes.

BROTE POR VIRUS DE LA PAROTIDITIS G1 EN UN DISTRITO SANITARIO DE LA PROVINCIA DE ALMERÍA

P. Barroso García, M.A. Lucerna Méndez y T. Parrón Carreño

Distrito Sanitario Levante Alto Almanzora, EP Hospital Poniente, Delegación Provincial de Salud de Almería.

Antecedentes/objetivos: El día 21 de marzo de 2005 se notificó un brote de parotiditis en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Los Vélez, que afectaba fundamentalmente a adultos. Posteriormente se extendió a otras ZBS y afectó a otros grupos de edad. Objetivos: describir la alerta comunicada y determinar agente causal

Métodos: Estudio descriptivo. Variables: ZBS, municipio, edad, sexo, tipo de población (autóctona e inmigrante), fecha inicio de síntomas, sintomatología, complicaciones, situación vacunal, prueba diagnóstica. Se solicitaron serologías y PCR del virus en saliva para confirmar agente etiológico, que se enviaron al Centro Nacional de Microbiología. Se comunicaron actuaciones para prevención y control: control del caso, confirmación de enfermedad y actuaciones en contactos. Fuentes de información: ficha de declaración de enfermedad, encuestas epidemiológicas (modelo del Centro Nacional de Epidemiología), datos del padrón 2005 y tarjetas de asistencia sanitaria a inmigrantes, datos microbiológicos, cartilla de vacunaciones y aplicación informática de vacunación infantil del Distrito. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medias y desviaciones estándar para las cuantitativas. Se estimaron tasas por 100.000 habitantes y tipo de población. Para comparar medias se utilizó t Student

Resultados: Se notificaron 145 casos, con afectación de 6 ZBS, el mayor número en la de Los Vélez (51%). Se notificaron casos en 17 municipios, con mayor número en el de Vélez Rubio (31%). Las edades oscilaron entre 1 y 79 años. Los afectados de la ZBS de Los Vélez (N = 74) tenían una media de edad de 20,7 (DE = 10,1) y los de la ZBS de Mármol (N = 38) 13,3 (DE = 8,8) (p < 0,001). El 63,4% fueron hombres. 97,2% de los casos correspondió a población autóctona (tasa de 124,4). El mayor número (18) inició síntomas entre el 25 de abril y el 1 de mayo. De los 40 casos encuestados, el signo más frecuente fue la inflamación de la parótida (100%), seguido de fiebre (72,5%) y un 9,7% de los hombres presentaron orquitis. 76 casos (52,4%) tenían vacunación documentada. Se solicitaron 59 serologías y 41 determinaciones de PCR (a 10 pacientes sólo PCR, a 31 PCR y serologías y a 28 sólo serologías). Un 50,8% de las IgM fueron positivas (vacunados 41,9% y no vacunados 76,9%), y un 48,8% de las PCR, para el virus de la parotiditis; con un total de 43 confirmados, identificándose en 6 de ellos genotipo G1

Conclusiones: Se confirma brote por virus de la parotiditis genotipo G1, con afectación importante de población autóctona de diferentes grupos de edad. Se considera que la rentabilidad de las pruebas diagnósticas ha sido baja, en el caso de la serología probablemente por los antecedentes de vacunación y en la PCR quizás debido a toma inadecuada de las muestras

BROTE DE HEPATITIS A POR CONSUMO DE ALIMENTOS CONTAMINADOS EN CEUTA

M.T. Ortega-Maján*, M. Caffaro-Rovira*, P. Soler-Crespo**, D. Herrera-Guibert** y A.I. Rivas-Pérez***

^{*}Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC), Centro Nacional de Epidemiología. ^{**}Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. ^{***}Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Ceuta.

Antecedentes/objetivos: La hepatitis A (HA) constituye una entidad de preocupación en salud pública en Ceuta. El 15 de febrero de 2006 se recibe una comunicación desde el Servicio de vigilancia epidemiológica de Ceuta sobre un aumento de casos de HA notificados al Sistema de Información Microbiológica (SIM) y Sistema EDO. El PEAC fue invitado a realizar el estudio con el objetivo de determinar si se trataba de un brote y controlar las causas que produjeron dicho aumento, entre la semana epidémica 48 de 2005 a la 8 de 2006.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo del sistema de vigilancia del SIM y EDO de Ceuta. Posteriormente un estudio descriptivo y uno de casos y controles. Para el estudio se definió como caso a toda persona residente o visitante de Ceuta, que entre el 12 de noviembre de 2005 y el 25 de febrero de 2006 presentara manifestaciones clínicas de hepatitis A y como control a toda persona con iguales características sociodemográficas que los casos con manifestaciones clínicas diferentes a la HA. Se elaboró un cuestionario, mediante el cual se recogió telefónicamente información sociodemográfica, clínica, de los alimentos consumidos, viajes y contactos. Se llevó a cabo un análisis univariante y multivariante calculando como medida de asociación la odds ratio (OR) junto a su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Se identificaron 19 casos en el periodo de estudio en toda la Ciudad, de ellos 15 son hombres y 4 mujeres; la edad media es de 32,95 ± 9. 18 presentaron síntomas. 16 casos consumieron moluscos bivalvos, 8 verduras crudas y 18 agua mineral. El consumo de moluscos y verduras fue en restaurantes y/o domicilios. En la investigación ambiental se comprobó que ninguno de los restaurantes inspeccionados disponía de autorización sanitaria de funcionamiento, ni de un sistema de registro y control de facturas. En el estudio univariante se encontró asociación entre enfermar y el consumo de verduras crudas [OR = 9,33 IC95% (1,51-57,65)] y de navajas [OR = 55, IC95% (4,3-703,43)]. En el análisis multivariante sólo se mantuvo la asociación con el consumo de navajas [OR = 36,1 IC95% (2,45-530,4)].

Conclusiones: Se confirma la existencia de un brote de HA asociado al consumo de navajas. Se realizó tratamiento y seguimiento de los casos y profilaxis a los contactos mediante vacunación. Ambas medidas demostraron ser eficaces en el control del brote. Las medidas higiénico-sanitarias inadecuadas en la conservación y preparación de los alimentos implicados son factores contribuyentes en la aparición del mismo.

BROTE POR SALMONELLA ENTERITIDIS: LAS TÉCNICAS MOLECULARES COMO COMPLEMENTO EN LA INVESTIGACIÓNE.J. Espiña Casals¹, J.L. Castro¹, A. Boullosa Cortés¹, A. Feijoo-Montenegro¹, Jaime Martínez Urtaza² y A. Pousa Ortega³¹Delegación Provincial de Sanidad de Pontevedra. ²Instituto de Acuicultura (Universidad de Santiago de Compostela). ³Dirección Xeral de Saúde Pública (Xunta de Galicia).

Antecedentes/objetivos: Entre el 1 y 2 de Septiembre de 2005 se produjeron 47 casos de un cuadro compatible con *Salmonella* en personas alojadas en un hotel de Vilanova de Arousa (Pontevedra). Los enfermos pertenecían a un grupo de excursionistas y a otros huéspedes alojados en el hotel sin relación entre ellos. El objetivo del estudio fue, determinar el vehículo de transmisión, el agente y el origen de la contaminación.

Métodos: Se realizó una encuesta sobre exposición a alimentos y para confirmar la hipótesis sobre el alimento se diseñó un estudio de cohortes retrospectivo y se realizó el cálculo del RR para un IC del 95%. Se realizaron coprocultivos a enfermos y manipuladores y se analizaron muestras del alimento problema. Las cepas de *Salmonella* aisladas se caracterizaron fenotípica y molecularmente mediante identificación bioquímica, PCR, electroforesis en campo pulsado, perfil de plásmidos y resistencia a antibióticos. Para determinar el factor contribuyente a la contaminación se realizó una evaluación cualitativa y de laboratorio de los posibles factores de contaminación.

Resultados: El alimento implicado fue la crema pastelera utilizada en 2 postres, natillas y brazo de gitano, (RR = 23,75; IC 95%: 1,555-362,019). Las natillas se sirvieron a huéspedes que no pertenecían al grupo de excursionistas y el brazo de gitano al grupo. Se aisló *Salmonella enterica* serotipo Enteritidis en 6 muestras de enfermos, una manipuladora y en la crema pastelera. La caracterización molecular de los aislados mostró un único patrón de restricción y diferenciado de las cepas de comparación, tanto cuando se empleaba la encima XbaI como con BlnI. Sólo una cepa presentaba una pequeña diferencia en el perfil de plásmidos que coincidía con la sensibilidad a furazolidona única de esta cepa. Las muestras de materia prima resultaron negativas y la manipuladora presentó diarrea poco después de preparar el alimento, que no consumió. La materia prima analizada fue negativa a *Salmonella*. La contaminación tuvo que suceder una vez preparada la crema, la cual estuvo a temperatura ambiente en el proceso de enfriado lo que permitió la multiplicación.

Conclusiones: Cuando se dispone de muestras de enfermos, alimentos y manipuladores, resulta útil el empleo de técnicas que caractericen molecularmente el agente puesto que permite reafirmar la relación epidemiológica entre los diferentes aislados y establecer el posible origen común, especialmente cuando el análisis epidemiológico muestra intervalos de confianza tan amplios, aunque el RR sea elevado.

BROTE DE GASTROENTERITIS POR NOROVIRUS EN UN HOSPITAL COMARCAL

P. Godoy*, J. Serra, R. Bartolomé, J. Torres, R. Pérez y .C Fumas
 Servicios Territoriales del Departamento de Salud de Lleida. Facultad de Medicina. Universidad de Lleida. Hospital Comarcal del Pallars (Trepmp. Lleida). Hospital de la Valle de Hebrón. Barcelona.

Antecedentes/objetivos: *Norovirus* es uno de los agentes responsables de brotes de gastroenteritis en la transmisión persona a persona. El objetivo del estudio fue investigar un brote de gastroenteritis que afectó a los trabajadores y pacientes de un hospital comarcal.

Métodos: El día 26/1/2006, se detectó un brote de gastroenteritis que afectaba a 12 pacientes ingresados del hospital comarcal del Pallars de Tremp con una unidad de agudos y un centro socio sanitario. Las dos unidades compartían el personal sanitario en turno de tarde. El hospital también compartía cocina con otro centro sanitario en el que no se habían presentado casos. Se realizó un estudio de cohortes bidireccional retrospectivo y prospectivo sobre riesgo de enfermar asociado a compartir habitación, colectivo afectado (pacientes agudos, del socio sanitario, acompañantes y trabajadores) y grado de dependencia. Mediante entrevista personal y los registros del centro sanitario se recogió información sobre grado de dependencia, sintomatología clínica y la fecha de inicio de síntomas. Se realizó coprocultivo y determinación por técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de la presencia del ADN de *Norovirus* en heces de 18 enfermos. La implicación de cada factor se estudió con el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se entrevistaron 261 pacientes. La tasa de ataque global fue de 20,3% (53/261). La proporción de síntomas fue: diarrea 75,5% (40/53), vómito 48,1% (25/53), dolor abdominal 41,5% (22/53), náusea 35,8% (19/53), cefalea 26,4% (14/53), y fiebre 22,6% (12/53). La curva epidémica indicó existencia de transmisión durante 15 días y fue compatible con transmisión persona a persona. La tasa fue superior en los pacientes socio sanitarios (RR = 2,7 IC95% 1,6-4,5) y en sus acompañantes (RR = 2,1 IC95% 1,1-4,4) respecto a la tasa en los trabajadores. El riesgo de enfermar también se asoció con el hecho de compartir habitación con un enfermo del brote (RR = 4,3; IC 95% 3,3-5,7). El análisis parasitológico y los coprocultivos fueron negativos. En el análisis por PCR, 9 muestras de heces de enfermos, resultaron positivas a *Norovirus*.

Conclusiones: La vía de transmisión y la etiología del brote se confirmó mediante la implicación epidemiológica del tipo de enfermo, compartir habitación y el resultado positivo a *Norovirus*. En los hospitales comarcales se deben establecer medidas de control estrictas para prevenir la transmisión entre los residentes, sus familiares y los propios trabajadores y también evitar compartir habitación, cuando aparecen casos de gastroenteritis por virus, entre enfermos y susceptibles.

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 5 de octubre de 2006
 15:30 a 17:00

Salud ambiental

Moderadora: Ana María García García
 Universidad de Valencia

EVALUACIÓN DEL BENEFICIO POTENCIAL EN SALUD DE DIFERENTES ESCENARIOS DE REDUCCIÓN DE PM_{2,5} EN 4 CIUDADES ESPAÑOLAS

F. Ballester¹, S. Medina², E. Boldo³, M. González-Cabré⁴, K. Cambra⁵, A. Daponte⁶, L. López⁷, N. Valero⁴, C. Iñiguez¹ et al

¹Escuela Valenciana de Estudios en Salud. ²Instituto Nacional de Vigilancia en Salud Pública, Francia. ³ISCIII-Centro Nacional de Epidemiología. ⁴Agencia de Salud Pública de Barcelona. ⁵Gobierno Vasco, DG Salud Pública. ⁶Escuela Andaluza de Salud Pública. ⁷DG Salud Pública y Alimentación, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: la contaminación atmosférica por partículas supone un grave problema para la Salud Pública. La Unión Europea propone en una nueva Directiva una media anual de PM_{2,5} de 25 µg/m³, mientras que la OMS establece 10 µg/m³ en las Guías de Calidad del Aire, reconociendo que no parece existir un umbral de partículas por debajo del cual no haya efectos. El objetivo fue comparar los beneficios potenciales en mortalidad prematura prevenida considerando distintos escenarios de reducción de niveles anuales de PM_{2,5} en 4 ciudades españolas participantes en el programa europeo APHEIS: Barcelona, Bilbao, Madrid y Sevilla.

Métodos: los datos de PM₁₀ y de mortalidad fueron del año 2002 (2001 en Sevilla). A partir de niveles de PM₁₀ (corregidos para ajustarse a los métodos gravimétricos), se estimó la concentración de PM_{2,5} con un factor de conversión local (0,51 en Madrid y 0,6 en Barcelona) o europeo (0,7 en Bilbao y Sevilla). Los escenarios contemplados fueron para una reducción del promedio anual de PM_{2,5} a 25, 20, 15 y 10 µg/m³. La Evaluación de Impacto en Salud (EIS) se realizó con funciones de concentración-respuesta (FCR) para mortalidad por todas las causas del estudio de cáncer de EEUU (Pope et al 2002, JAMA 287: 1132-1141).

Resultados: el número de defunciones y los niveles estimados para PM_{2,5} para Barcelona, Bilbao, Madrid y Sevilla fueron respectivamente de: 14345, 5804, 25915 y 5475 defunciones; y de 23,8; 30,4; 17,0 y 32,0 µg/m³ de PM_{2,5}. Para el conjunto de ciudades, la EIS indica que reducir los niveles de PM_{2,5} a 25, 20, 15 y 10 µg/m³ podría contribuir a la prevención de 413 (IC 95% 110-778), 1060 (283-1807); 2092 (563-3548) y 3557 (963-5994) defunciones prematuras, respectivamente.

Conclusiones: los resultados deben interpretarse con cautela debido a la aplicación de un factor de conversión europeo y de FCR obtenidas en poblaciones diferentes. No obstante, dado que se acepta una relación causal cercana a la linealidad, puede concluirse que si los niveles de PM_{2,5} se redujeran significativamente en las ciudades españolas se obtendría un beneficio importante en términos de mortalidad prematura. Dicho beneficio aumenta gradualmente cuanto más se reducen los niveles de PM_{2,5}.
 Financiación: APHEIS (DG SANCO SI2.131174[99CVF2-604]/ SI2.297300 [2000CVG2-607]/ SI2.326507[2001CVG2-602])

NECESIDADES DE INFORMACIÓN PARA CUANTIFICAR EL IMPACTO EN SALUD POR CONTAMINACIÓN DEL AGUA DE CONSUMO EN EUROPA

E. Boldo¹, S. Elreedy², S. Medina³, P. Martín-Olmedo⁴, M.J. Carroquino¹, A. Ramírez¹, M. Posada¹, D. Dalbokova⁵ y M. Krzyzanowski⁵

¹Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ²Agencia para la Seguridad en la Salud Ambiental y Ocupacional, Francia. ³Instituto para la Vigilancia de la Salud Pública, Francia. ⁴Escuela Andaluza de Salud Pública, España. ⁵OMS, Centro Europeo para Medio Ambiente y Salud, Alemania.

Antecedentes/objetivos: Los riesgos sanitarios derivados de la presencia de contaminantes biológicos y químicos en el agua de consumo son motivo de preocupación en la protección de la Salud Pública. El proyecto ENHIS (Implementing Environmental and Health Information System in Europe) evaluó la viabilidad de cuantificar el impacto de la contaminación del agua de bebida (CAB) sobre la salud con distintas metodologías, considerando especialmente a los niños.

Métodos: La Evaluación de Impacto en Salud (EIS), la Evaluación de Riesgos en Salud (ERS) y la Carga Global de Enfermedad (CGE) se contemplaron como distintos enfoques posibles para estimar el impacto de la CAB sobre la salud. A través de un cuestionario, circulado entre 9 países europeos participantes en ENHIS (Austria, República Checa, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Polonia, Rumanía y España), se evaluó la disponibilidad de información necesaria para implementar las metodologías consideradas. Mediante una revisión de literatura, se identificaron las necesidades de investigación futuras para poder abordar la EIS.

Resultados: La falta de estudios epidemiológicos orientados hacia la estimación de funciones exposición-respuesta (FER) es el principal obstáculo para el desarrollo de EIS. La escasez de información sobre exposición a determinados contaminantes en áreas geográficas concretas y sobre características de la población expuesta (no disponibilidad de encuestas sobre peso corporal, ingesta diaria de agua o duración de la exposición) dificulta la realización de ERS. La incidencia real de brotes y los efectos potenciales de la exposición a largo plazo a contaminantes químicos son desconocidos. La indeterminación del parámetro "severidad" para enfermedades concretas relacionadas con la exposición a CAB y la falta de datos sobre el número de personas afectadas impiden la estimación de la CGE.

Conclusiones: más investigación epidemiológica, con especial atención en niños, es necesaria para obtener FER relacionadas con los efectos en la salud de la CAB. Los sistemas de vigilancia y de monitorización del agua implementados en los países europeos considerados deben ser mejorados. Existe una necesidad de validación local de la "severidad" de CGE, así como de la estimación de su valor para más consecuencias potenciales en la salud derivadas de la exposición a contaminantes del agua de bebida.

Financiación: ENHIS está financiado por la Unión Europea (DG SANCO Grant: SPC 2003112)

NIVELES DE PLOMO EN SANGRE EN PAREJAS JÓVENES DE DOS ÁREAS SANITARIAS DE MADRID: PROYECTO BIO-MADRID

B. Pérez-Gómez, M. Pollán, M. Fernández, A. Iriso, J.F. García, C. de Paz, M. Martínez, M.J. González y N. Aragonés

Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII. Instituto Salud Pública-CM. Instituto Química Orgánica-CSIC.

Antecedentes/objetivos: El proyecto Bio-Madrid es un estudio piloto de biomonitorización de contaminantes ambientales en humanos. Incluye parejas que están esperando un niño, y al bebé tras el nacimiento en 2 áreas: un distrito urbano de la capital (Vallecas) y los distritos de Parla y Getafe (corona metropolitana). Presentamos los primeros resultados sobre niveles de plomo (Pb) en sangre de las mujeres gestantes y sus parejas.

Métodos: Se reclutaron 145 parejas en las clases de preparación al parto, obteniendo sangre de 117 mujeres embarazadas en el control del 3er trimestre y de 117 varones. Se recogió información individual sobre consumo de tabaco, ocupación, variables socioeconómicas, ambientales y otros factores de riesgo mediante cuestionario. Se cuantificó el plomo usando AAS con cámara de grafito. La variable resultado (Pb) se normalizó mediante transformación logarítmica. Se calcularon medias geométricas e intervalos de confianza al 95% para cada subgrupo. La correlación del Pb en padres y madres se estimó con el coeficiente de correlación de Pearson. Para estudiar la asociación entre niveles de Pb > = 25µg/L y los posibles factores de riesgo se ajustaron modelos de regresión logística.

Resultados: Los niveles de Pb en hombres (31,6 µg/L, IC95%:28,9-34,6) son significativamente superiores a los de las mujeres (17,8 µg/L, IC95%:16,3-19,5). No existen diferencias entre las 2 Áreas. La correlación de los niveles de padres y madres es de 0,22 (p < 0,05). En las mujeres, mayores niveles de plomo se asocian con haber fumado en la vida (OR: 2,33 IC95%0,93-5,82), nº de años de consumo tabáquico (OR:1,04 IC95%0,98-1,10) y con la exposición activa o pasiva durante el embarazo (OR:1,88 IC95% 0,77-4,60). También presentan mayores niveles las mujeres que residen en entorno urbano (OR: 7,79 IC95%0,99-61,14) y a menos de 20 metros de una calle con tráfico intenso (OR: 3,17 IC95% 1,11-9,11). La relación del tabaco con los niveles de plomo en hombres es similar: haber fumado en la vida (OR: 1,80 IC95%0,80-4,02), años de consumo tabáquico (OR: 1,03 IC95%0,93-1,08), exposición activa o pasiva durante el embarazo (OR: 2,00 IC95%0,86-4,65). El nivel de Pb no se asocia con la localización del domicilio. Finalmente, los hombres con menor nivel de estudios tienen mayores concentraciones (OR: 2,79 IC95% 1,14-6,82).

Conclusiones: Los niveles de plomo son similares a los de otros países de nuestro entorno. Los resultados sugieren que existe una relación entre el tabaco y el plomo en sangre. La biomonitorización es útil para conocer la dosis interna de exposición a los principales contaminantes ambientales.

Financiación: ProyectoFIS-PI040777, apoyoRed RCESP-FIS C03-09.

MOLESTIA POR CONTAMINACIÓN AMBIENTAL Y CORRELACIÓN CON NO2 EXTERIOR. PROYECTO INMA-VALENCIA

S. Llop, A. Esplugues, C. Iñiguez, A. Aguirre, R. Fernández-Patier, M.P. Rodríguez, M. Estarlich, J. Sunyer, F. Ballester et al

Escuela Valenciana d'Estudis en Salut; Centro Nacional de Sanidad Ambiental, ISCIII, Fundación Investigación Hospital La Fe, Institut Municipal d'Investigació Mèdica.

Antecedentes/objetivos: La Organización Mundial de la Salud afirma que la molestia por contaminación ambiental afecta al bienestar de las personas, reconociendo esto como un efecto adverso para la salud 'per se'. Por otro lado el grado de molestia respecto a contaminación podría ser un indicador de exposición. El proyecto INMA evalúa los efectos de la contaminación ambiental y de la dieta en varias cohortes de embarazadas y sus hijos. En esta comunicación se describe el grado de molestia frente a ruido y contaminación atmosférica de las mujeres de la cohorte INMA-Valencia. También se examina su correlación con los niveles de NO₂ medidos en el exterior

Métodos: Durante el tercer trimestre de gestación, se realizó un cuestionario a 786 mujeres incluyendo entre otras preguntas la molestia por contaminación ambiental en su lugar de residencia y distancia a una calle con tráfico denso. La molestia por ruido y por contaminación atmosférica se midieron mediante una escala de 11 puntos (0: ninguna molestia; 10: molestia insuportable). Se consideró molestia alta las puntuaciones de 7 a 10. La zona se clasificó según cuatro tipos: urbana, metropolitana, semiurbana y rural. Para estudiar la exposición a contaminación atmosférica se realizaron cuatro mediciones de NO₂ en ambiente exterior mediante captadores pasivos en 93 puntos distribuidos por el área de estudio. Por técnicas de kriging se obtuvo una predicción para el nivel de NO₂ en cada punto. Para este trabajo se han utilizado datos promediados de las cuatro mediciones.

Resultados: La edad media de las mujeres fue de 30,6 años (dt: 4,6). El 19,8% de ellas afirman que la molestia ocasionada por ruido exterior es alta. El 14,2% refieren una molestia alta por contaminación atmosférica. La media del grado de molestia por ruido en la zona urbana, metropolitana, semiurbana y rural es respectivamente: 4,91, 4, 2,92 y 2,56 y para contaminación atmosférica: 3,95, 3,57, 2,56 y 1,76. La correlación de Spearman entre el NO₂ exterior y el grado de molestia por ruido es 0,208 (p < 0,001) y por contaminación atmosférica 0,201 (p < 0,001); la correlación entre la distancia a una calle con tráfico continuo y el grado molestia por ruido es de -0,437 (p < 0,001) y por contaminación atmosférica es de -0,337 (p < 0,001).

Conclusiones: Las mujeres estudiadas perciben mayor molestia por ruido exterior que por contaminación atmosférica. Ambas molestias correlacionan significativamente con el nivel estimado de NO₂ exterior, aunque los coeficientes son moderados o bajos.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (G03/176), y FIS-FEDER 03/1615 y 04/1509.

NIVELES DE MERCURIO Y ARSÉNICO EN SANGRE DE PAREJAS JÓVENES DE DOS ÁREAS SANITARIAS: PROYECTO BIO-MADRID

N. Aragonés, B. Pérez-Gómez, J. Astray, E. Gil, A.M. Pérez, J.C. Sanz, M.R. Cisneros, A. Santos y G. López-Abente

Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII. Instituto Salud Pública-CM. Instituto Química Orgánica-CSIC.

Antecedentes/objetivos: El proyecto Bio-Madrid es un estudio piloto de biomonitorización de contaminantes ambientales en humanos. Incluye parejas que están esperando un niño, y al bebé tras el nacimiento en 2 áreas: un distrito urbano de la capital (Vallecas) y los distritos de Parla y Getafe (corona metropolitana). Aquí se presentan los resultados de niveles de mercurio (Hg) y arsénico (As) en sangre de las mujeres gestantes y sus parejas.

Métodos: Se reclutaron 145 trios. Se obtuvo sangre de 117 mujeres embarazadas en el control del 3er trimestre y de 117 hombres. Se recogió información individual sobre dieta, tabaco, ocupación, variables socioeconómicas, ambientales y otros factores de riesgo mediante cuestionario. Se cuantificó el As total mediante AAS con cámara de grafito y el Hg por la técnica de generación de hidruros. El As se dicotomizó usando como dintel el límite de detección (5µg/L). Para el Hg se usó transformación logarítmica y una variable dicotómica (> 5,8µg/L). Se calcularon medias geométricas e intervalos de confianza al 95% para cada subgrupo. La correlación en padres y madres se estimó con el coeficiente de correlación de Pearson. Para estudiar la asociación entre niveles altos de Hg y As y posibles factores de riesgo se ajustaron modelos de regresión logística.

Resultados: Todos los sujetos tienen niveles de Hg detectables. Los niveles son mayores en padres (GM: 5,40 IC95% 4,63-6,30) que en madres (GM: 4,00 IC95% 3,42-4,68), con alta correlación entre ellos (r = 0,65 p < 0,05). En mujeres, niveles altos de Hg se asocian con edad > 30 (OR: 2,57 IC95% 1,17-5,64) y consumo de tabaco (fumar > 100 cig/vida OR: 2,45 IC95% 1,11-5,39; años de consumo OR: 1,08 IC95% 1,03-1,14; fumar en embarazo OR: 2,75 IC95% 1,01-7,51). No se ha encontrado relación con la dieta ni con los empastes dentales. En hombres, no se observa asociación con edad ni tabaco, y sí con consumo de pescado grande blanco (OR: 1,45 IC95% 1,01-2,08) y azul (OR: 1,61 IC95% 1,02-2,53). También existe relación con número de empastes (OR: 1,10 IC95% 0,99-1,22) y empastes en el último año (OR: 2,92 IC95%: 0,97-8,74). Para el As, aparecen niveles detectables en el 29% de los padres y en un 18 % de mujeres (p = 0,058). Sólo se ha encontrado asociación significativa entre presencia de arsénico y consumo de bebidas alcohólicas en hombres (OR: 1,63 IC95% 1,03-2,61).

Conclusiones: Las asociaciones encontradas para los dos metales en ambos sexos son diferentes. Los resultados relativos al Hg en hombres corresponden con lo esperado según la bibliografía, mientras que en mujeres aparece una asociación con el consumo de tabaco no esperada.

ProyectoFIS-PI040777, apoyoRed RCESP-FIS C03-09.

COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 6 de octubre de 2006
9:00 a 11:00

Vigilancia epidemiológica

Modera: Aurelio Barricarte Gurrea
Instituto de Salud Pública. Navarra

MEJORANDO LA SENSIBILIDAD DE UNA DEFINICIÓN DE GRIPE PARA EUROPA.

M. Rondy, F.J. Luquero, M.S. Gutiérrez Pérez y A.T. Vega Alonso
Observatorio de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Valladolid. Castilla y León.

Antecedentes/objetivos: Desde distintos estamentos como el European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) o el European Influenza Surveillance Scheme (EISS) se han propuesto nuevas definiciones que pretenden normalizar los criterios de definición de gripe. El objetivo del presente trabajo es doble, por un lado describir la presencia de los diferentes síntomas y signos y comparar la sensibilidad de las distintas definiciones propuestas hasta el momento. Por otro, evaluar la sensibilidad de una nueva propuesta de definición.

Métodos: Se analizaron 360 casos de gripe confirmados microbiológicamente mediante cultivo celular, procedentes de las bases de datos de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León de 1996 a 2005. Se determinó la frecuencia de aparición de los distintos signos y síntomas considerados, así como la sensibilidad de cuatro definiciones de gripe: CIPSAP (seis de los siguientes: aparición súbita, fiebre, escalofríos, astenia, mialgias, tos, síntomas respiratorios o contacto con un enfermo; o cuatro en periodo epidémico), propuesta del ECDC (aparición súbita y fiebre; y uno de los siguientes: astenia, mialgias, tos o síntomas respiratorios), propuesta del EISS (aparición súbita; tos o síntomas respiratorios; y uno de los siguientes: fiebre, astenia, mialgias o dolor de cabeza) y una nueva definición (PCYL) (aparición súbita o fiebre; un síntoma local: tos, síntomas respiratorios o epidemia; y un síntoma sistémico: mialgias, astenia, escalofríos o dolor de cabeza).

Resultados: Se observaron diferencias en la frecuencia de los distintos síntomas. Fueron más sensibles los sistémicos: fiebre (97,2%), astenia (95,0%), escalofríos (91,1%), mialgias (89,7%), aparición súbita (89,7%), dolor de cabeza (81,5%); que los locales: síntomas respiratorios (85,0%), tos (84,2%) y la situación epidémica (70,8%). La definición propuesta en este estudio (PCYL) muestra la mayor sensibilidad (96,4%), seguida por la de CIPSAP (93,8%), siendo inferiores la del ECDC (86,3%) y la del EISS (82,0%).

Conclusiones: Se está buscando una definición de gripe sencilla y sensible que pueda ser utilizada por todos los países que forman parte del sistema de vigilancia europeo, de modo que se facilite el intercambio de información y la comparabilidad de los resultados. A la vista de los resultados, y a pesar de que los datos han sido obtenidos siguiendo la orientaciones de los criterios de la CIPSAP, parece evidente que la aparición súbita no puede ser incluida dentro de la definición de gripe como un criterio necesario si se pretende obtener una alta sensibilidad diagnóstica. La nueva combinación de criterios que sugiere este trabajo incrementa la sensibilidad que se obtiene con la definición de la CIPSAP y las otras propuestas evaluadas. No obstante, parece oportuno estudiar la especificidad de las distintas definiciones, de modo que se pueda adoptar la más operativa.

MORTALIDAD POR GRIPE Y NEUMONÍA E INCIDENCIA DE ENFERMEDAD GRIPAL. TEMPORADAS 1996/1997 A 2002/2003

S. Fernández*, M.S. Gutiérrez y T. Vega
Dirección General de Salud Pública y Consumo. Junta de Castilla y León.

Antecedentes/objetivos: En este trabajo se estudia la relación entre incidencia de gripe y mortalidad por gripe y por neumonía en Castilla y León en las temporadas gripales de 1996/97 a 2002/03

Métodos: La mortalidad incluye para gripe los códigos: 487 de la CIE-9ª rev. y J10, J11 de la CIE 10ª rev. y para neumonía los códigos: 480 al 486 de la CIE 9ª rev. y J12 a J18 de la CIE 10ª rev. La población de referencia corresponde a la del segundo año de la temporada según la revisión anual del padrón. Los datos de incidencia proceden de la Red de médicos centinelas de gripe de Castilla y León, la población de referencia corresponde a la población vigilada semanalmente. Se han establecido siete grupos de edad: menor de 4 años; 5 a 14; 15 a 24; 25 a 44; 45 a 64; 65 a 74 y 75 y más años. Se han obtenido tasas de mortalidad por gripe y neumonía y de incidencia de gripe para toda la población y por grupos de edad, para ambos sexos y por 100.000 habitantes. Se ha estudiado la correlación entre las variables y realizado un análisis de regresión, la variable independiente ha sido la incidencia semanal de gripe.

Resultados: La tasa de gripe por temporada ha variado entre 562,83 y 5.931,86. Por grupos de edad, en las cuatro últimas temporadas las tasas más altas se observan entre 15 y 24 años y las más bajas en personas con 75 y más años y en menores de 5 años. Las tasas de mortalidad de gripe han variado entre 0,24 y 5,46 y las de neumonía entre 10,97 y 17,81. En ambos casos las tasas más altas se observan en población con 75 y más años de 0,24 a 4,78 en gripe y de 9,11 a 14,80 en neumonía. El coeficiente de correlación es de 0,82 en mortalidad por gripe y de 0,57 por neumonía. Ambos con significación estadística. El análisis de regresión indica que el 67,80% de la variabilidad de la mortalidad por gripe se explicaría por la incidencia y que por cada 1.000 casos de aumento en la tasa de incidencia semanal la mortalidad semanal aumentaría 0,66 (IC: 0,60-0,72). La incidencia de gripe explicaría el 33,28% de la variabilidad en la mortalidad por neumonía y por cada 1.000 casos de aumento en la tasa semanal de incidencia la mortalidad semanal aumentaría 0,74 (IC: 0,61-0,88). Ambos con significación estadística ($P < 0,0001$).

Conclusiones: La mortalidad por gripe y neumonía es mayor en edades avanzadas aunque la incidencia es menor que en otras edades. La correlación entre incidencia de gripe y mortalidad es clara con respecto a la gripe. La variabilidad no explicada podría relacionarse en neumonía con la incidencia de otras etiologías y en gripe con la codificación de mortalidad

RIESGO DE IMPORTACIÓN DE POLIOVIRUS EN ESPAÑA: CASO DE POLIO IMPORTADO DE MARRUECOS

Galmés Truyols¹, C. Bosch Isabel¹, C. Garau Horrach¹, I. Peña², B. Suarez², M.V. Martínez de Aragón²

¹ Servei d'Epidemiologia, Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears.
² Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: La circulación del poliovirus (PV) salvaje está hoy restringida a muy pocos países, pero mientras no se haya erradicado hay riesgo de importación. La circulación de PV atenuados incluidos en la vacuna oral (VPO) entre población susceptible, con bajas coberturas vacunales, favorece su capacidad de recuperar neurovirulencia y ocasionar brotes. En España en 2004 se sustituyó la vacuna VPO por la inactivada, pero existe riesgo de importación de cepas derivadas desde países del entorno. Nuestro objetivo es constatar el riesgo de importación de PV, manifiesto tras la detección de un caso de polio, residente en Baleares, asociado a virus derivado de la vacuna (VDVP) importado de Marruecos y describir las medidas de control aplicadas.

Métodos: Activación del plan de erradicación de polio. Investigación epidemiológica y clínica, seguimiento virológico de caso y contactos, estudio de aguas residuales. Intervenciones de control de difusión del VDVP. Revisión de coberturas vacunales de los niños de la zona básica (ZB) de salud. Vigilancia activa de PFA.

Resultados: Varón de 7 meses de edad vacunado en su país con 2 dosis de VPO que ingresa en un hospital español por patología respiratoria y desarrollo de parálisis flácida (nov. 2004), y que es diagnosticado de inmunodeficiencia grave. Ocho meses después, tras sucesivos ingresos en 5 hospitales españoles se sospecha polio e inicia investigación con aislamiento de VDVP. Estudio de los contactos de riesgo (8 domiciliarios y 1 hospitalario), detección de excreción de VDVP en 3 familiares (uno durante 8 meses). El caso fue excretor hasta su muerte (enero 2006). Investigación en aguas residuales negativa. Aislamiento del entorno familiar de hermana inmunodeficiente hasta negativización de excretores. El 84% de los 1.921 menores de 15 años residentes en la ZB tenía vacunación documentada, el 96% de ellos completa. Los niños con pautas incompletas o indocumentadas fueron vacunados. El estudio del VDVP indicaba el momento más probable de infección poco antes del inicio de síntomas.

Conclusiones: Durante 8 meses hubo, al menos, un excretor de VDVP sobre el que no se mantuvo ningún control, con el consiguiente riesgo de difusión del virus en condiciones del entorno menos favorables (altas coberturas de vacunación, buenas infraestructuras sanitarias). Por ello, en las últimas fases de la erradicación mundial sigue siendo necesario garantizar elevadas coberturas vacunales y una vigilancia de alta sensibilidad con detección rápida y capacidad de respuesta inmediata, y sensibilizar al personal sanitario de la existencia de riesgo de importación de casos de polio.

CARACTERIZACIÓN DE BROTES DE PAROTIDITIS EN ESPAÑA 2005-2006 Y ESTIMACIÓN DE EFECTIVIDAD VACUNAL

B. Suárez Rodríguez¹, J. Almazán Isla^{1,2}, I. Peña-Rey I.¹, J. Echevarría Mayo³, F. De Ory Manchón³, V. Martínez de Aragón¹

¹Centro Nacional de Epidemiología, ²PEAC, ³Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/objetivos: La parotiditis es una infección viral, generalizada y aguda, de transmisión aérea, que afecta principalmente a niños en edad escolar y adolescentes. La vacuna se incluyó en 1981 en el calendario de vacunación (triple vírica:SRP) a los 15 meses. En 1995 se incorpora una segunda dosis (11-13 años), que se adelanta en 1999 (3-6años). se continúa vacunando a los 11-13 años los que no hubieran recibido la segunda dosis. Las coberturas de vacunación desde 1985 son > del 80% y desde 1998 > del 90%. En un estudio se utilizaron como cepas vacunales la Jeryl-Lynn y la Urabe(retirada en 1992) la cepa Rubini se utilizó entre 1993-1999 (retirada por su baja efectividad).La incidencia de parotiditis desciende a partir de 1985. Durante el año 2005 y 2006 se ha informado brotes en varias CCAA, con elevado número de casos en vacunados./Caracterizar a las poblaciones afectadas y estimar la efectividad de la vacuna.

Métodos: Estudio descriptivo de las variables de interés de casos informados (individualizada y/o agrupada) por 10 CCAA y estimación de la efectividad vacunal por el método de screening (Orenstein, Halloran, Farrington) calculando el I.C. con un modelo de regresión logística para datos agrupados, aplicando las coberturas vacunales nacionales medias, para las cohortes correspondientes.

Resultados: Han sido notificados 1.742 casos confirmados (1.014 del año 2005,728 del 2006),el mayor porcentaje procedía de la CA gallega seguido de Baleares y Andalucía. El 77% se agrupan entre los > de 15 años, y el 46% en las edades de 15 a 24. El 42% de los casos estaban vacunados, el 18% no vacunados y 40% desconocido. Entre los de 15-19 años el 67% estaban vacunados y entre los de 10-14 el 76%. El Genotipo G1 que nunca había sido detectado en España, ha sido identificado de forma mayoritaria en casos del 2005 y 2006.Se observa un descenso de la efectividad vacunal en las edades de 10-19 años, siendo consistentes los resultados por los 3 métodos, con datos agrupados e individualizados (Tabla 1).

Tabla1. Efectividad vacunal 2005-2006 por grupo de edad (Farrington)

Grupo edad	PPV	PCV	EV	I.C. 95%
0-15m	-	-	-	-
16m-4a	0,97	0,64	0,947	0,92
5-9a	0,94	0,67	0,866	0,75
10-14a	0,89	0,76	0,596	0,31
15-19a	0,84	0,67	0,598	0,35
20-24a	0,61	0,33	0,685	0,49

Conclusiones: Se observa un descenso de la efectividad vacunal en cohortes vacunadas entre 1993-1999, periodo de uso de la cepa Rubini, estando en el resto en el rango esperado. El genotipo G1 circula de forma generalizada en estos dos años, este genotipo circula en otros países de nuestro entorno y en EEUU.

EFFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN POBLACIÓN SUJETA A VIGILANCIA CENTINELA EN LAS ÚLTIMAS TEMPORADAS GRIPALES

A. Larrauri, S. Mateo, J. Oliva y S. Villarubia

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Antecedentes/objetivos: Dada la variabilidad antigénica de los virus de la gripe, la composición de la vacuna antigripal se adapta anualmente para asegurar una buena correspondencia con los virus que se espera circulen en la temporada siguiente, si bien hay veces que la aparición de variantes antigénicas es posterior a la elaboración de las vacunas antigripales, y no se logra esa perfecta concordancia necesaria para una óptima efectividad de la vacuna. El objetivo de este trabajo es estimar la efectividad de la vacuna antigripal utilizada en las cinco últimas temporadas, mediante métodos de screening, y valorar su evolución.

Métodos: Los datos epidemiológicos han sido obtenidos del Sistema Centinela de Vigilancia de la Gripe en España en las cinco últimas temporadas (2001-2006). Para cada una de ellas se ha dispuesto del total de casos de gripe notificados en este sistema durante el periodo de actividad gripal y de la proporción de casos con antecedente de vacunación antigripal (PCV). La cobertura vacunal en cada temporada fue estimada por extrapolación geométrica a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud realizada en los años 1997, 2001 y 2003. Los datos fueron agrupados por temporada y grupo de edad (< 5, 5-14, 15-64 y +64 años) y para cada categoría se calcularon el número total de casos declarados de gripe, los casos vacunados y la cobertura vacunal. La efectividad de la vacuna (EV) se estima con datos estratificados por edad con el método de Farrington, mediante modelos de regresión logística aplicados a datos binomiales, que estiman el riesgo de enfermedad en vacunados frente a no vacunados (OR), siendo EV = 1-OR. Los análisis se han realizado con SPSS v14.0 y Stata v8.0.

Resultados: La actividad gripal en cada una de las temporadas estudiadas fue diferente, y los valores de PCV varían de forma significativa, en cada grupo de edad, en el conjunto de las temporadas. La EV difiere sensiblemente en relación con la edad y, para todas las temporadas analizadas, los menores valores de EV corresponden siempre al grupo de mayores de 64 años. Como hecho a destacar, cabe citar el importante descenso de la EV en el grupo de 0-4 años en la última temporada, 2005-2006, caracterizada por un predominio de circulación de una variante antigénica del virus de la gripe B no incluida en la vacuna recomendada para esa temporada y elevada incidencia de la enfermedad en menores de 15 años. Frente a valores de EV habitualmente por encima del 74% en menores de 5 años, esta última temporada la EV en ese grupo de edad descendió al 44,73% (IC 95%: 23,30%-60,18%).

Conclusiones: Los métodos de screening, a pesar de sus limitaciones, son muy utilizados en Vigilancia por permitir una evaluación continua y rápida de la efectividad de una vacuna. La detección de variaciones significativas en los valores de EV, estimados con esos métodos, puede constituir un indicador que alerte precozmente de cambios en el patrón epidemiológico de las enfermedades sujetas a programas de inmunización.

EFFECTO DE LA GRIPE EN NIÑOS SOBRE LA INCIDENCIA GLOBAL

M. Ordoñas, S. Cañellas, C. García-Fernández, A. Estirado, I. Rodeiro, L. García Comas, M.A. Gutiérrez y R. Ramírez

Sección Enfermedades Transmisibles. Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: En los últimos años se considera que el impacto sanitario de la gripe en niños es mayor que el que se creía y que los escolares constituyen un núcleo fundamental de la transmisión poblacional. En la Comunidad de Madrid (CM) la gripe forma parte de los procesos vigilados por la Red de Médicos Centinela (RMC), basada en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria que atienden a una población representativa de la Región. Este estudio pretende describir la influencia de los casos infantiles sobre el conjunto de la actividad epidémica gripal.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de gripe, declarados a la RMC de la CM desde la temporada 2001-2002 a la 2005-2006. Se analiza la duración (nº de semanas por encima del umbral e identificación de virus circulante) y tipo de virus identificado. Se estima la incidencia acumulada global y la específica para 0-14 años y para el resto de edades, semanales y por temporada utilizando como denominador la población cubierta por la red, corregida según cobertura de notificación. Se calcula el porcentaje de casos totales atribuible a los casos infantiles mediante la proporción atribuible poblacional.

Resultados: La incidencia acumulada para cada temporada ha variado entre 2844,5 x10⁵ en 2001-2002 y 850 x10⁵ en 2005-2006. La incidencia acumulada específica infantil ha variado entre 5762,0 x10⁵ en 2001-2002 y 2289,0 x10⁵ en 2005-2006; en los adultos (15 y más años) la variación ha sido entre 2566,8 x10⁵ en 2001-2002 y 578,1 x10⁵ en 2005-2006. Durante la actividad epidémica en la temporada 2001-2002, que duró 8 semanas, se identificaron virus influenza AH3 y B, en la temporada 2002-2003, que duró 6 semanas, B y AH1, en la 2003-2004 que duró 7 semanas, AH3, en la 2004-2005 que duró 9 semanas, AH3 y B, y en la 2005-2006 que ha durado 3 semanas AH3 y B. La proporción poblacional atribuible a la edad pediátrica fue muy variable, con un mínimo del 0,3% en la temporada 2004-2005 y máximo del 32,0% en la temporada 2005-2006. Las estimaciones semanales también son muy variables, encontrando los valores más altos en la temporada 2005-2006 y los menores en la 2004-2005. En todas las temporadas, los valores semanales más altos del riesgo atribuible, coinciden con los de incidencia acumulada mayor.

Conclusiones: La influencia de la incidencia infantil en la actividad epidémica es muy variable. Esta variabilidad puede estar influida por el dispar comportamiento de las epidemias de gripe, causadas por virus cambiantes ante los que la respuesta inmunitaria hace variar el comportamiento epidemiológico.

RESISTENCIA A ÁCIDO NALIDÍXICO EN SALMONELLA ENTERITIDIS. ESPAÑA. 2001-2004

E.V. Martínez, P. Soler, R. González-Sanz, G. Hernández, A. Echeíta, M. Usera y M.J. Bleda

Centro Nacional de Epidemiología; Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes. *Salmonella* es la principal causa bacteriana de diarrea notificada en España, con una media anual de 7.621 casos en los últimos 5 años (Sistema de Información Microbiológica) y de 6.143 altas hospitalarias de 1999 a 2002 (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria). El Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) es, actualmente, la fuente de información sobre resistencias. El objetivo de este estudio fue describir la epidemiología de la resistencia a ácido nalidíxico (Nx) en *S. Enteritidis* en España.

Métodos. Los laboratorios de microbiología de todo el territorio español envían sus cepas de *Salmonella* de manera voluntaria al LNR junto a la información epidemiológica del paciente (sociodemográfica, fecha de aislamiento de la cepa, muestra de procedencia, asociación con brote, entre otras). De todas las cepas recibidas se realiza el estudio de susceptibilidad antimicrobiana a una muestra obtenida por muestreo sistemático escogiendo una de cada tres cepas por orden de llegada al LNR (años 2001-2004). De esta muestra se escogieron para el estudio todas las cepas de *S. Enteritidis* de casos aislados y una cepa de cada brote. Se realizó un análisis descriptivo y pruebas de comparación para proporciones y medias considerando un nivel de significación alfa igual 0,05.

Resultados. Se estudiaron 4.595 cepas de *S. Enteritidis*. El 50% presentó resistencia a Nx. Este porcentaje no varió a lo largo del periodo estudiado. Por fagotipos el que presentó mayor porcentaje de resistencia fue el fagotipo 1. La edad media de los casos con cepas resistentes fue de 32,52 (DE 31,9) no siendo diferente a la de los casos con cepas sensibles. Por sexos tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas. La distribución de los porcentajes de cepas resistentes por Comunidades Autónomas comparado con la media nacional muestra un porcentaje estadísticamente superior en Cataluña, Castilla y León y Comunidad Valenciana, y un porcentaje estadísticamente inferior en Asturias, Canarias y Madrid. La estacionalidad en la salmonelosis es la misma para cepas resistentes o sensibles. Más del 95% de las cepas se aislaron de heces. El 47,3% de las cepas asociadas a brote y el 52,7% de las no asociadas a brote fueron resistentes.

Conclusiones. 1) En *S. Enteritidis* destacó la resistencia a Nx asociada al fagotipo 1 que es el más frecuente en España. 2) Esta resistencia no ha disminuido a lo largo del periodo estudiado. 3) Hay que estudiar más profundamente los motivos de las diferencias geográficas encontradas.

TENDENCIA Y ESTACIONALIDAD DE LA TUBERCULOSIS EN ESPAÑA.F.J. Luquero Alcalde¹, E. Sánchez Padilla² y F. Simón Soria³¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/objetivos: La tuberculosis sigue siendo un grave problema de salud pública en el siglo XXI. El diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo, junto con el control del VIH gracias a la terapia antirretroviral de gran actividad, han conseguido disminuir el número de casos en los países desarrollados. Sin embargo, existen muchos países en los que la tuberculosis constituye una patología emergente. Países como el nuestro reciben en la actualidad un importante flujo de inmigrantes provenientes de países con alta prevalencia de tuberculosis.

El objetivo de este estudio es determinar cuál es la tendencia en el número de casos declarados en España, así como conocer si existe un patrón estacional.

Métodos: Se analizaron las declaraciones de tuberculosis respiratoria (Código 011) realizadas al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria durante un período de nueve años (1996-2004). Se agruparon los datos en periodos de cuatro semanas para minimizar la fluctuación aleatoria debida a la irregularidad en el diagnóstico y en la declaración de la enfermedad. Se descompuso la serie original asumiendo un modelo aditivo. Se obtuvo la tendencia, mediante una media móvil de 13 elementos, y los coeficientes estacionales para cada una de las cuatrisesmanas. El análisis estadístico se realizó con el programa informático R 2.3.0.

Resultados: Durante el período de estudio se declararon un total de 71.553 casos de tuberculosis respiratoria. La media de casos cuatrisesmanales declarados fue de 611,6 (DE 121,35). La media móvil de 13 elementos muestra una tendencia estable los dos primeros años de estudio, para luego ir descendiendo paulatinamente hasta situarse en 500 declaraciones por cuatrisesmana en el último año. Se obtuvieron coeficientes estacionales positivos de la segunda a la séptima cuatrisesmanas. Los máximos de declaración se observaron en la tercera ($c = 113,7$) y en la sexta ($c = 110,2$) cuatrisesmanas, que coinciden con el final del invierno y el principio del verano.

Conclusiones: Se observa una tendencia descendente en la declaración de casos de tuberculosis respiratoria en los últimos años. No obstante, los cambios sociales que se están produciendo en nuestro país, entre los que cabría destacar la inmigración proveniente de países con alta prevalencia de tuberculosis, podrían modificarla. Se identifica una época de mayor declaración que abarca seis cuatrisesmanas, con dos máximos en la cuatrisesmana tres y en la seis. Este patrón puede reflejar la dificultad del diagnóstico de tuberculosis y el consiguiente retraso en la declaración. Es preciso realizar estudios y desarrollar modelos que permitan explicar el patrón estacional y detectar variaciones en la tendencia, máxime cuando no se dispone de un plan nacional para el control de la tuberculosis en nuestro país.

COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 6 de octubre de 2006

9:00 a 11:00

Políticas y desigualdades en salud

Modera: Carme Borrell Thio
 Agencia de Salud Pública. Barcelona

DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 8 A 18 AÑOS

S. Berra, C. Tebé, U. Ravens-Sieberer y L. Rajmil

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona, España. Robert Koch Institute, Alemania.

Antecedentes/objetivos: El capital social y económico de las familias, así como su distribución en una población, son determinantes del estado de salud. Recientemente se han descrito desigualdades sociales en la salud de adolescentes. El objetivo de este trabajo fue analizar las desigualdades sociales en salud declarada en el estudio KIDSCREEN sobre la población española de 8 a 18 años de edad.

Métodos: Se seleccionó una muestra de hogares con chicos/as de 8 a 18 años mediante un sistema de generación aleatoria de números telefónicos de todas las provincias del Estado español. Se administraron cuestionarios a chicos/as y madres/padres por correo postal. Las variables dependientes fueron: declaración de una o más enfermedades crónicas, limitación de actividades (inasistencia escolar ≥ 10 días por un problema de salud), el sobrepeso [≥ 25 kg/m² o equivalencia para la edad (Cole et al., 2000)] y problemas psiquiátricos de conducta, hiperactividad y emocionales (cribado con resultado posible o probable según el *Strengths and Difficulties Questionnaire*). Se compararon grupos sociales extremos según la clase socio-ocupacional (CS), una escala de recursos materiales de la familia (FAS: *family affluence scale*) y el sexo, mediante el cálculo del índice de desigualdad relativa entre clases (IDRC según CS o FAS) y entre sexos (IDRG) como la odds ratio entre el grupo más desfavorecido respecto del más favorecido (y mujeres respecto de varones), ajustando modelos de regresión logística por edad, sexo, clase social y FAS, evaluando interacciones.

Resultados: Participaron 430 chicas y 446 chicos, con adecuada representatividad de la población española de 8 a 18 años, según edad y sexo. No hubo diferencia entre sexos (según el IDRG) en enfermedades crónicas, limitación de actividad y sobrepeso, pero sí en problemas psiquiátricos de hiperactividad (IDRG = 0,26; IC95% = 0,13-0,50). El IDRC por CS reveló desigualdad en sobrepeso (IDRC = 2,37; IC95% = 1,14-4,92), mientras que el IDRC por FAS reveló desigualdad en enfermedades crónicas (IDRC = 1,55; IC95% = 1,04-2,36), en sobrepeso (IDRC = 2,72; IC95% = 1,47-5,09), y en problemas psiquiátricos emocionales (IDRC = 3,63; IC95% = 1,39-9,47).

Conclusiones: Se comprobaron desigualdades sociales en salud en la población infantil y adolescente española. Los niños/as y adolescentes de familias menos favorecidas presentaron peores indicadores de salud, sobresaliendo el sobrepeso y la salud mental, con diferencias de género.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, becas FIS: PI042504, PI042315 y Red IRYSS G03/202.

DESIGUALDADES EN MORTALIDAD POR CÁNCER ORO-FARÍNGEO EN LOS HOMBRES DE BARCELONA Y SAO PAULOJ.L. Ferreira Antunes¹, C. Borrell², G. Pérez², A.F. Boing¹ y V. Wünsch Filho³¹Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. ²Agència de Salut Pública de Barcelona. ³Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Antecedentes y objetivos: En diversos estudios se han descrito las desigualdades sociales y económicas en cáncer oro-faríngeo y como aumenta la distancia entre grupos de población. Sin embargo, la mortalidad por este tipo de cáncer podría disminuir mediante intervenciones preventivas en relación con los factores de riesgo como el hábito tabáquico y el abuso de alcohol así como mejorando la accesibilidad a los servicios sanitarios. El objetivo es describir y comparar las desigualdades sociales y económicas en la mortalidad por cáncer oro-faríngeo en los hombres de dos ciudades: Barcelona y Sao Paulo.

Métodos: Estudio de diseño ecológico que compara la mortalidad por cáncer oro-faríngeo de los hombres residentes en Sao Paulo, Brasil y Barcelona, España entre 1995 y 2003. Las fuentes de información fueron los registros oficiales de mortalidad. El nivel socio-económico (NSE) se obtuvo a partir del censo del 2001 en Barcelona y del censo del 2000 en Sao Paulo. Los indicadores de NSE fueron la tasa de paro, la tasa de población con educación insuficiente entre 16 y 64 años, la tasa de titulados superiores en mayores de 19 años, y el índice de desarrollo económico de las Naciones Unidas que además de los índices anteriores incluye la esperanza de vida al nacer. Se obtuvieron las tasas estandarizadas de mortalidad por los 38 barrios de Barcelona y los 96 distritos de Sao Paulo. Se utilizaron modelos GLM (General linear models) para establecer la asociación en las tasas de mortalidad y los índices de NSE para cada ciudad.

Resultados: La mortalidad del periodo fue de 8,04 por 100.000 en Barcelona y 10,23 en Sao Paulo. En la primera, la tendencia en el periodo es decreciente mientras que en la segunda es estacionaria. Barcelona presenta un mayor gradiente de mortalidad por cáncer oro-faríngeo entre los barrios que Sao Paulo. Los barrios y los distritos con mayor tasa de paro, con nivel de instrucción insuficiente se asocian significativamente al aumento de la mortalidad por cáncer oro-faríngeo. Mientras que una tasa elevada de estudios universitarios y del índice de desarrollo humano se asocian a un descenso de la mortalidad en ambas ciudades.

Conclusiones: Este estudio muestra una desigual distribución de la mortalidad por cáncer oro-faríngeo en los barrios de Barcelona y los distritos de Sao Paulo de forma que los barrios y distritos más pobres de ambas ciudades tienden a mostrar una mayor mortalidad.

GÉNERO, CLASE SOCIAL Y ROLES FAMILIARES DETERMINAN EL EFECTO DEL DESEMPLEO EN LA SALUD MENTAL

I. Cortés y L. Artazcoz

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: Analizar las diferencias de género en el impacto del desempleo en la salud mental, teniendo en cuenta la clase social, los roles familiares y las condiciones de desempleo.

Métodos: Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Catalunya de 2002. La población de estudio fueron las personas ocupadas y desempleadas de 25 a 64 años. La salud mental se midió con el GHQ-12 con un punto de corte superior a 2. La clase social ocupacional se agrupó en dos (manual y no manual), los roles familiares se midieron con dos variables: estado civil (soltero/a, casado/a o en pareja y previamente casado/a) y convivir con menores de 15 años. Se consideró la percepción de prestación de desempleo. Para medir la asociación entre la salud mental y el desempleo se calcularon odds ratios ajustadas por la edad (ORa) con intervalos de confianza del 95% (IC) ajustando modelos de regresión logística separados por sexo. Se hizo un análisis estratificado en tres fases para valorar posibles interacciones: 1) asociación entre la salud mental y el desempleo, y con la percepción de prestación, 2) asociación entre las anteriores variables estratificada por la clase social y 3) estratificación por la clase social y los roles familiares.

Resultados: La proporción de desempleados fue superior en las mujeres y en la clase manual. La situación más frecuente entre los hombres ocupados fue vivir en pareja, entre las mujeres sobretodo en las de clase manual. Poco más de la mitad de los hombres y de una tercera parte de las mujeres en paro recibía prestación. El 30% de los hombres desempleados de clase manual que no cobraban prestación tenía mala salud mental. Se identificó un patrón distinto de asociación para hombres y mujeres. Los hombres mostraron una OR = 4,48 (IC = 2,79-7,19) y un patrón distinto según la clase social y los roles familiares. Destacan los hombres de clase manual sin prestación y que vivían en pareja (OR = 10,44; IC = 3,55-30,73) y los que convivían con menores de 15 años (OR = 19,23; IC = 4,26-86,76). Por el contrario, entre los hombres de clase no manual, la prestación se asoció a una peor salud mental en ambas situaciones (OR = 6,87; IC = 1,91-24,78 y OR = 8,05; IC = 1,85-35,07). Entre las mujeres el desempleo se asoció a la mala salud mental en sentido contrario a los hombres (OR = 0,44; IC = 0,22-0,89). Solamente en las solteras de clase manual, no recibir prestación se asoció a mala salud mental, aunque sin ser estadísticamente significativa (OR = 2,54; IC = 0,56-11,64).

Conclusiones: El efecto del desempleo en la salud mental es distinto según el género, los roles familiares y la clase social. Las diferencias entre hombres y mujeres reflejan un patrón consistente con la división sexual del trabajo. La clase social es un mediador del efecto de las prestaciones económicas de desempleo.

OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL Y DESIGUALDADES SOCIALES EN BALEARES

E. Cabeza*, G. Artigues*, B. Villalonga***, A Pujol**, P. Henriquez*** y A. Pallicer*

^{*}DGSP. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears. ^{**}Ib-salut. Direcció Asistencial. ^{***}Centro de Salud Arquitecto Bennisar. ^{****}Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Antecedentes/objetivos: La obesidad infantil emerge como uno de los retos sanitarios más importantes del siglo XXI. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de la obesidad infantil y juvenil de Baleares y los factores asociados, entre ellos la actividad física y el entorno socioeconómico.

Métodos: Estudio transversal sobre una muestra representativa de la población escolarizada en el curso 2004-5 en 1º Y 6º de Educación Primaria (EP) y 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Se calculó el IMC a partir del peso y la talla utilizando los percentiles 85 y 97 de las tablas de Hernández (Fundación Orbegozo) para definir sobrepeso y obesidad. De los padres obtuvimos el peso y altura autorreportada y el nivel de estudios. Los alumnos de 6º y 4º autocumplimentaron un cuestionario que incluía, nº de horas diarias de televisión y la actividad física extraescolar.

Resultados: Participaron 2053 escolares (92,2% de la muestra teórica) (608 1º EP, 702 6º EP y 743 4º ESO) de 87 centros. Un 19,4% (IC 95%:17,3-21,7) presenta sobrepeso (p85) y el 9,4% (IC 95%:7,7-11,0) obesidad (p97). Se observa una relación directa entre obesidad materna e infantil (45,6% de alumnos con exceso de peso entre madres obesas vs 14,2% entre madres con peso adecuado)(p < 0,001) e inversa con el nivel de estudios materno (23% de alumnos con exceso de peso entre madres con bajo nivel de estudios frente al 12,8% entre madres con estudios universitarios)(p < 0,01). Entre los alumnos de 6º y 4º, la prevalencia de obesidad es mayor entre los que más horas diarias dedican a ver televisión. A menor nivel de estudios materno disminuye el nº de horas deportivas extraescolares (p = 0,035) y aumenta el nº de horas que dedican a ver la televisión, videojuegos y ordenador (p = 0,01).

Conclusiones: La obesidad es un problema emergente en la población infantil. El peso y el nivel de estudios maternos es un factor determinante. Además, el nivel de estudios materno influye en la actividad física extraescolar y el número de horas que ven la televisión y se deberá de tener en cuenta a la hora de planificar intervenciones en salud.

AUMENTO DE LAS LESIONES POR TRÁFICO: IMPACTO DEL CAMBIO LEGISLATIVO DEL PERMISO DE CONDUCIR MOTOCICLETA

K. Pérez, M. Mari-Dell'Olmo y C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).

Antecedentes/objetivos: En España en octubre de 2004 se cambió la ley por la cual un conductor de coche con tres años de experiencia puede conducir una motocicleta de ≤ 125 cc y hasta 15 c.v. de potencia sin necesidad de tener permiso específico para conducir motocicleta. A partir de este momento las ventas de motocicletas de ≤ 125 cc aumentan de forma notable y se empieza a observar un incremento en el número de accidentes de tráfico en la ciudad, después de varios años de descenso continuado. Se plantea como objetivo: evaluar el impacto de esta ley en la accidentalidad en Barcelona.

Métodos: Se trata de un estudio de series temporales con grupo de comparación. La población de estudio son los lesionados implicados en un accidente en Barcelona desde mayo 2002 a abril 2006, notificados por la Guardia Urbana. Las variables dependientes fueron número de accidentes y número de lesionados en los que había implicada una motocicleta (grupo de intervención) y en los que no había implicada una motocicleta (grupo de comparación). Se han ajustado modelos de regresión de Poisson controlando por los comportamientos tendenciales y estacionales. Se ha calculado el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%) y la fracción atribuible (FA) del periodo posterior al cambio legislativo respecto al periodo previo.

Resultados: El RR de tener un accidente en el que hubiera una motocicleta implicada en el periodo posterior al cambio legislativo fue de 1,16 (IC95% 1,03-1,30) o de ser lesionado 1,18 (IC95% 1,06-1,32) respecto al periodo anterior a la ley. La FA fue de 30% y 34% respectivamente, lo cual supone que 1.699 accidentes y 2.110 heridos serían atribuidos al cambio de ley. Por otra parte, durante el mismo periodo el RR de tener un accidente en el que no hubiera una motocicleta implicada fue 1,01 (IC95% 0,96-1,07) sin observarse ningún cambio al introducir el cambio de ley.

Conclusiones: El cambio de ley en el tipo de permiso de conducción de motocicletas ha tenido un impacto en un aumento de la accidentalidad en Barcelona, especialmente en los accidentes en los que hay implicadas motocicletas. Es necesario estudiar, en que medida, este aumento de accidentalidad es debido a un aumento de la exposición, causado por el aumento de motocicletas circulando, o a la influencia de otros factores como la inexperiencia de los nuevos conductores sin formación.

EXPOSICIONES LABORALES DURANTE EL EMBARAZO EN POBLACIÓN GENERAL Y EN MUJERES INMIGRANTES

A.M. García, M.L. Estarlich, M.C. González, F. García García, R. Ramón, A. Esplugues, M. Rebagliato y F. Ballester

*Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Universidad de Valencia. Fundación Investigación Hospital La Fe. Universidad Miguel Hernández.***Antecedentes/objetivos:** Describir las características personales y laborales de la cohorte completa de mujeres embarazadas (red INMA-C.Valenciana)**Métodos:** La cohorte incluye a las mujeres que acuden a consulta por embarazo en el Hospital de la Fe de Valencia durante los años 2004 y 2005. Un 52% de las mujeres contactadas aceptan participar en el estudio. En esta comunicación se analizan los datos de la cohorte completa (700 mujeres). La información se recoge mediante entrevista personal en la semana 32 de gestación a través de un cuestionario en el que se incluye información sobre características personales y laborales de las mujeres.**Resultados:** La media de edad es de 32 años (rango 18-45 años). Un 84% de las mujeres residen en municipios de más de 10.000 habitantes. Un 9,7% (n = 68) de las mujeres son inmigrantes (Latinoamérica, África, Europa del este). Un total de 457 embarazadas (65%) han realizado algún trabajo remunerado desde un mes antes hasta la semana 32 de embarazo. El 22% de las mujeres tiene contratos temporales y el 15% trabaja sin contrato (en mujeres inmigrantes, 28% y 46% respectivamente). Un 9% de las mujeres trabajan con horario nocturno (13% de las inmigrantes). En cuanto a carga física, el 51% de las encuestadas declara pasar más de 4 horas de la jornada laboral de pie, un 23% levanta cargas de más de 5 kg todos los días y un 6% manipula cargas de más de 20 kg (en inmigrantes respectivamente 71%, 31% y 10%). El 46% de las encuestadas (62% de las inmigrantes) consideran que su trabajo es siempre monótono y repetitivo. En cuanto a riesgos químicos la exposición más frecuente (43%) es en la categoría de "Otros" (mayoritariamente productos de limpieza), siendo también frecuente la exposición a disolventes (16%) y plaguicidas (13%) (en mujeres inmigrantes respectivamente 62%, 9% y 12%). En cuanto a contaminantes físicos, las exposiciones más frecuentes (respectivamente total e inmigrantes) son campos electromagnéticos (50%, 38%) y ruido muy elevado (35%, 18%). Un 9% de las encuestadas (total e inmigrantes) están expuestas a riesgo biológico.**Conclusiones:** El análisis del perfil de exposiciones laborales en la cohorte de mujeres embarazadas de INMA-Valencia será de interés para el análisis en relación con el resultado del embarazo y desarrollo (en proceso). El colectivo de mujeres inmigrantes presentan exposiciones más frecuentes para algunos riesgos, especialmente carga física y psíquica y riesgo químico.*Financiado por el Instituto de Salud Carlos III (G03/176) y el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 03/1615)***IMPUTACIÓN DE LA RENTA MEDIA DE LA SECCIÓN CENSAL DE RESIDENCIA A PARTIR DE INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS CENSALES**

A. Rodríguez Laso, J. Segura del Pozo, F. Domínguez Berjón, M.J. Soto Zabalgogezcoa, A. Gandarillas Grande, I. Duque Rodríguez de Arellano, B. Zorrilla Torras, I. Abad Sanz y L. Lopez Carrasco

*Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid. Subdirección General de Estadísticas de Población e Inmigración (INE)***Antecedentes/objetivos:** En el proyecto MEDEA (Mortalidad en áreas pequeñas Españolas y Desigualdades socio-Económicas y Ambientales) se cuenta con el indicador de Renta Familiar Disponible Bruta Per Cápita (RFBDB), elaborado a partir de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, además de con otras variables socioeconómicas escogidas para analizar las desigualdades en mortalidad. Todas estas variables están disponibles a nivel de sección censal hasta el año 2001 menos la renta, que se corresponde al año 2000. Además, está referida al sectionado de 1996 (3697 secciones) por lo que falta para las 230 secciones dadas de alta entre 1996 y 2000. Se describe la metodología utilizada para imputar valores de renta a estas secciones, que representan un 5% del total.**Métodos:** Se ha empleado un modelo de regresión lineal múltiple que relaciona la renta media de las secciones en las que se dispone de información con variables predictoras de nivel educativo, ocupación, envejecimiento, características de las viviendas y hacinamiento-emigración-formas de convivencia. Se han eliminado del modelo las variables colineales, las que no demostraron una relación gráfica de ningún tipo con la variable renta y aquellas cuya proporción de valores atípicos univariados fue superior al 1% o que dieron lugar a índices de Mahalanobis muy alejados del resto, incluso después de transformarlas matemáticamente.**Resultados:** En el modelo resultante final la renta media está relacionada solamente con el porcentaje de universitarios y de viviendas con dos ó más coches en la sección censal. El modelo es significativo con una F (2,3674) = 15933,3, p < 0,001, y presenta una R² corregida de 0,90. El coeficiente de correlación de Pearson de la renta (inversa) con el porcentaje de universitarios (raíz cuadrada) es de -0,94, y el de la renta (inversa) y porcentaje de viviendas con dos o más coches (logaritmo) de -0,41. Las dos variables predictoras están correlacionadas (r = -0,32). El coeficiente de correlación semiparcial al cuadrado de la variable de universitarios es de 0,73, mientras que el de la de automóviles es de 0,01.**Conclusiones:** Se ha obtenido un modelo que predice muy bien la renta media de una sección censal a partir de variables socioeconómicas fáciles de obtener. Es de destacar, a nivel de sección censal, la alta relación entre nivel de renta y nivel de estudios.*Financiación: Mortalidad en áreas pequeñas Españolas y Desigualdades socio-Económicas y Ambientales: FIS: PI040069***EVALUACIÓN DE LOS PLANES PREVENTIVOS CONTRA LA SINIESTRALIDAD LABORAL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

F. Rodrigo, A.M. García, J.M. Gil, A. Gari, P. Boix, C. Bosch y F.G. Benavides.

*Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Universidad de Valencia. Universidad Pompeu Fabra. Unión de Mutuas.***Antecedentes/objetivos:** Los Planes de Choque contra la Siniestralidad (PCS), iniciados en Aragón en 1998, son una de las principales iniciativas de las administraciones laborales para reducir las lesiones por accidente de trabajo (LAT). El objetivo de este proyecto es llevar a cabo una evaluación de la efectividad de estos planes analizando distintos indicadores de siniestralidad laboral en función de las características de los PCS en cada comunidad autónoma (CCAA).**Métodos:** Se obtiene información sobre los PCS mediante contacto directo con los correspondientes responsables políticos y sindicales en cada CCAA. A partir de la documentación disponible se determina la cronología del plan (año de inicio y seguimiento) y su calidad (según criterios previamente consensuados por expertos). Se obtienen datos de las LAT notificadas (1997-2004) y los denominadores de población a riesgo (EPA). Se calculan las tasas de incidencia anuales de LAT mortales totales (excluyendo in itinere y no traumáticos) dos años antes (Ia) y dos años después (Id) del año de implantación del PCS en cada CCAA, así como la diferencia de incidencia entre ambas fechas (Ia-Id). En CCAA sin planes vigentes durante el periodo de análisis se calcula esta diferencia entre 2004 (Id) y 2000 (Ia).**Resultados:** Siete de las diecisiete CCAA no tenían PCS en marcha en el periodo considerado. En las CCAA sin PCS, la incidencia de LAT mortales totales en 2000-2004 había disminuido entre 0,17 (Castilla-La Mancha) y 7,26 (País Vasco). En una comunidad (Madrid) dicha incidencia había aumentado (Ia-Id = -3,6). En las CCAA con PCS la incidencia de LAT mortales totales para cada periodo en función del año de inicio de dichos planes había disminuido entre 2,19 (Cantabria) y 15,79 (La Rioja). En dos comunidades (Aragón y Cataluña) dicha incidencia había aumentado. La disminución media en la incidencia en las CCAA sin PCS fue de 4,02 (DE = 2,68) y en las CCAA con PCS fue de 6,47 (DE = 4,38), p = 0,251.**Conclusiones:** Este primer análisis pone de manifiesto resultados contradictorios: en algunas CCAA pioneras en la implantación de PCS (como Aragón) la efectividad de estos planes, al menos respecto al indicador utilizado, no se confirma. Las diferencias entre CCAA con PCS implantados y CCAA sin tales planes no son significativas. El análisis sobre distintos tipos de accidentes y la categorización de la calidad de los planes permitirá evaluar con mayor exactitud la relación entre los Planes de Choque contra la Siniestralidad y la accidentabilidad laboral en las CCAA. *Financiado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (referencia FIPROS2005-39)*

COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 6 de octubre de 2006
9:00 a 11:00

Estilos de vida

Moderada: Santiago Esnaola Suquía
Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE CANNABIS EN UNA COHORTE DE ESCOLARES DE BARCELONA

C. Ariza, A. Pérez, E. Giménez, M. Nebot, O. Juárez y M.J. López
Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: El consumo experimental de cannabis se duplicó entre 1999 y 2004 entre los escolares de 14 años de Barcelona. En 2005 se inició el diseño y evaluación de una intervención preventiva. En este estudio se describe la prevalencia de consumo de cannabis en una muestra de escolares que formaban parte del grupo control.

Métodos: Entre enero y marzo de 2005 se administró una encuesta, basada en la de los estudios FRESC de Barcelona y adaptada para el estudio específico del consumo de cannabis. El cuestionario incluía preguntas sobre factores sociodemográficos, frecuencia de consumo de cannabis, así como de tabaco, alcohol y otras drogas, y algunas circunstancias y factores asociados al consumo. Se administró el cuestionario a 2.197 escolares de 3º de ESO de 47 escuelas de la ciudad de Barcelona. Para el análisis se ha distinguido el consumo experimental de cannabis (haberlo probado alguna vez), el reciente (consumo en los últimos 12 meses) y el habitual (en los últimos 30 días). Se presentan las prevalencias de consumo por sexo, tipo de escuela y rendimiento académico autodeclarado (clasificado en tercio alto, medio o bajo en relación al conjunto de la clase).

Resultados: Se presentan datos de 1.042 chicos (50,9%) y 1004 chicas (49%), con una edad media de 14,5 años. La edad media de inicio en el consumo era de 13,5 años. La prevalencia de consumo experimental fue del 36,7%, mientras que un 17,8% había consumido recientemente y un 10,7% eran consumidores habituales. El consumo habitual era superior en chicas (11,2%) que en los chicos (10,3%); por tipo de escuela, el consumo era superior en las escuelas públicas (14,1%) que en las concertadas o privadas (8,8%); en relación al rendimiento escolar, la proporción de consumidores habituales era del 5,4% en los que se autocalificaban en el tercio alto, 10,9% en el medio y 18,2% en el bajo. Las diferencias por tipo de escuela y nivel de rendimiento escolar fueron significativas ($p < 0,005$).

Conclusiones: El consumo experimental y habitual de cannabis es muy alto en la muestra estudiada. Los escolares de escuelas públicas de la muestra fumaron cannabis significativamente más que los de escuelas concertadas o privadas. Existe un gradiente inverso entre el incremento del consumo y la percepción de los escolares de su rendimiento académico, asociación consistente con la relación ya descrita en la literatura entre consumo de cannabis y disminución del rendimiento escolar.

URGENCIAS HOSPITALARIAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN LA RIOJA

E. Ramalle-Gómara¹, J. del Pozo², C. Nuez² y L. Echeverría³

1Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. La Rioja. 2Comisionado Regional para la Droga. La Rioja. 3Servicio de Documentación Clínica. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja.

Antecedentes/objetivos: El consumo combinado de alcohol y otras drogas genera con frecuencia efectos tóxicos que requieren la atención de los servicios de urgencias (SU). La sustancia que genera mayor número de urgencias es el alcohol, seguido generalmente de cocaína. El objetivo del estudio es describir el perfil epidemiológico de las urgencias por consumo de alcohol y otras drogas atendidas en el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja en el año 2005.

Métodos: El Servicio de Documentación Clínica codifica (CIE-9 MC) los motivos de consulta del Servicio de Urgencias. En el proceso de codificación se identifican todas las referencias a consumo de alcohol y otras drogas que aparecen en la historia actual o que se derivan de la analítica toxicológica. Se ha considerado sustancia principal a aquella así referida por el médico que atendió el caso. Se excluyeron del estudio las personas con edades inferiores a 8 años. El periodo de estudio ha sido el año 2005.

Resultados: Durante el año 2005 se atendieron un total de 95.566 episodios en urgencias, de los que 487 fueron por consumo de algún tóxico (5,1 por mil del total de atendidas). El 67% eran varones. La edad media ha sido de 33,5 años (Mínimo 12 y máximo de 78 años). Un 10% de los casos tenía 18 o menos años. El 78% de los episodios lo fue por alcohol, el 9,5% por cocaína, el 4,3% por cannabis y el 3,7% por heroína. No hay diferencias por sexo, excepto en el consumo de heroína (Todos varones). El 42% de los episodios presentaba policonsumo. El 7% de los episodios en menores de 18 años fueron por cannabis. El 14% de los episodios en el grupo de edad de 19 a 30 años lo fue por cocaína. El 25% de los episodios se produjeron en domingo y el 60% en el turno de noche. El 4% necesitó ingreso hospitalario. El 37% fue dado de alta a su domicilio sin necesidad de más cuidados. No se produjo ningún fallecimiento. Hubo un aumento significativo de las urgencias atendidas en las fechas de fiestas patronales, todas ellas por alcohol.

Conclusiones: Cinco de cada mil urgencias hospitalarias lo son por los efectos tóxicos del alcohol y otras drogas. Dos de cada tres se generan por varones. El alcohol es la causa más frecuente que requiere atención sanitaria entre las urgencias relacionadas con el consumo de tóxicos en todos los grupos de edad. El 9% de las urgencias atendidas se relacionaron con el consumo como sustancia principal de cocaína. Menos del 4% eran consumidores de heroína y todos ellos varones. La frecuencia de policonsumo es elevada.

Financiado parcialmente con ayuda de la Consejería de Salud de La Rioja y el Plan Nacional de Drogas.

BINGE DRINKING: DESCRIPCIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EXCESIVO PUNTUAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

J.L. Valencia Martín, I. Galán Labaca y F. Rodríguez Artalejo

Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid; Instituto de Ciencias de la Salud. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid.

Objetivos: Describir la prevalencia y características del patrón binge drinking en población adulta de la Comunidad de Madrid.

Método: Estudio transversal continuo, basado en 12.037 encuestas telefónicas representativas de la población adulta, de 18 a 64 años de edad, residente en la Comunidad de Madrid (SIVFRENT), realizado entre los años 2000 y 2005. Definimos el patrón binge drinking o consumo excesivo puntual como la ingesta, en alguna ocasión durante los últimos 30 días, de ≥ 80 ml de alcohol puro en hombres ó ≥ 60 ml en mujeres, en una misma sesión de bebida. Se calcularon las prevalencias crudas de este patrón y su distribución según las principales variables sociodemográficas a través de un análisis bivariable, y se ajustaron dichas prevalencias mediante un modelo de regresión logística, según las variables sociodemográficas y el año de la encuesta.

Resultados: La prevalencia global del binge drinking fue del 10,3% (IC95%: 9,8-10,8), con diferencias entre hombres y mujeres (14,4% y 6,5%). Entre los 18-24 años de edad se observan las mayores prevalencias (30,8% en hombres y 18,2% en mujeres), que van disminuyendo a medida que aumenta la edad (entre 25-34 años, 21,9% y 10,5%; con 35-44 años, 9,4% y 2,6%; y entre 55-64 años, 2,2% y 0,6%). Cuanto mayor es el nivel de estudios completados mayores son también las prevalencias observadas, tanto en mujeres (9,2% en universitarias, 8,6% en secundarios de 2º grado, 3,1% en secundarios de 1º grado y 0,5% en primarios o menores) como en hombres, aunque en éstos de forma menos clara (14,9%, 16,9%, 12,3% y 6,3% en las mismas categorías); por el contrario, según la clase social no se aprecia una tendencia evidente. Las prevalencias ajustadas confirman las tendencias, decreciente a medida que aumenta la edad y creciente según aumenta el nivel de estudios, tanto en hombres como mujeres, al igual que la ausencia de diferencias significativas según la clase social. Entre los que tuvieron un consumo excesivo puntual, la media de episodios durante los últimos 30 días fue de 3,1 en hombres (SD 2,5) y 2,5 en mujeres (SD 2,0). Las prevalencias globales de este patrón se mantuvieron estables durante todo el periodo 2000-2005, tanto en hombres como en mujeres.

Conclusiones: El patrón binge drinking o consumo excesivo puntual es una forma de ingesta de alcohol de riesgo con una elevada prevalencia en nuestro medio, sobre todo entre adultos jóvenes, de sexo masculino y con alto nivel de estudios.

CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES ADOLESCENTES

J.A. Mirón Canelo*, M. Alonso Sardón*, A.J. Chamorro Fernández**, S. Manjón González*** y L.C. Fernández Martín****

*Medicina Preventiva y Salud Pública.Universidad de Salamanca. **Facultativo.Medicina Interna. ***Trabajadora Social.Servicio de Asuntos Sociales.Universidad de Salamanca. ****Psicólogo Clínico.

Objetivo: Conocer el consumo de alcohol en jóvenes adolescentes pertenecientes a diferentes niveles educativos y socioeconómicos. Así como valorar la efectividad de un Programa de Educación para la Salud (EPS) sobre Alcohol.

Métodos: Estudio multicéntrico de intervención "cuasi-experimental" (longitudinal y prospectivo), evaluación "antes-después", intervención de EPS multiprofesional y multifactorial. Instrumento de medida: cuestionario autocomplimentado (32 ítems sobre conocimientos, actitudes y comportamientos de los jóvenes en relación al consumo de bebidas alcohólicas). Tamaño de la muestra: 545 jóvenes adolescentes de diferentes centros escolares de la ciudad de Salamanca.

Resultados: El 10% ± 3 (54/545) afirman no haber consumido bebidas alcohólicas, frente al 90% ± 3 (491/545) que al menos alguna vez lo han consumido. El consumo más frecuente se produce los fines de semana (55,4% ± 4). Edad media de inicio: 14 años. El 66,6% ± 4 (363/545) declara haberse embriagado alguna vez. Entre éstos, el 24,2% ± 4 (88/354) en más de 10 ocasiones en el último año. Además, en el 64,2% ± 4 (233/354), el último episodio embriaguez se ha producido el último mes, específicamente, el 21,5% ± 3 (78/354) la última semana. El 86% beben habitualmente con grupos de iguales; principal motivo: *diversión*. Un 40,6% ± 4 (221/545) reconoce que sí ha tenido alguna vez la *sensación de que debería beber menos*. El consumo de alcohol se asocia al consumo de otras drogas, 22,2% ± 3 (121/545). Significativamente ($p = 0,000$), los alumnos de mayor edad, 2º Bachillerato, Programas de Diversificación y Garantía Social son los que presentan un consumo más regular todos los fines de semana y una frecuencia mayor de episodios de embriaguez, mientras que los alumnos de menor edad, niveles académicos inferiores, limitan su consumo a fiestas especiales. No se observan diferencias significativas respecto a género. Entre la evaluación "antes-después" de la intervención de EPS, existen diferencias significativas ($p = 0,000$) a favor de un descenso en el consumo diario (de 3,9% en el pretest pasa a 1,7% en el postest) y de fin de semana (de 55,4% a 47,9%), así como un descenso de los episodios de embriaguez (de 66,6%-pretest a 61,4%-postest).

Conclusiones: El consumo de alcohol aumenta y se hace habitual en este grupo de edad, además se asocia al consumo de otras drogas. Un porcentaje del 40% refiere la necesidad de controlar el consumo. Lo que justifica la intervención en este grupo de edad. El Programa de EPS se muestra efectivo a corto plazo (3-6 meses).
Financiación: Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo).

ACCIDENTES ENTRE LOS JÓVENES CONSUMIDORES DE COCAÍNA: PREVALENCIA, CIRCUNSTANCIAS, Y FACTORES ASOCIADOS

F. Sánchez, J. Pulido, G. Barrio, R. Ballesta, A. Rodríguez, Y. Castellano, A. Domingo-Salvany y E. Regidor

Centro Nacional de Epidemiología, Madrid. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Depart Med Preventiva. U Complutense.Madrid. Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias. Sevilla. Institut Municipal d'Investigació Mèdica-IMIM, Barcelona.

Antecedentes/objetivos: El uso y los problemas por cocaína han crecido mucho en España recientemente, desplazando a la heroína como primera droga ilegal generadora de urgencias hospitalarias o nuevos tratamientos de la dependencia. Se asume que los usuarios de cocaína tienen mayor riesgo de accidentes, pero la literatura no es consistente, y no se conocen bien las circunstancias en que los accidentes ocurren. Se analiza la prevalencia y circunstancias de los accidentes en un grupo de jóvenes usuarios de cocaína (< 30 años) que no han usado heroína más de 12 veces el último año.

Métodos: Estudio transversal de entrada a una cohorte que lleva reclutados 681 participantes mediante referencias en cadena fuera de los servicios asistenciales en las áreas metropolitanas de Barcelona (219), Madrid (232) y Sevilla(230). Se hizo entrevista cara a cara con cuestionario estructurado asistido por ordenador y en parte autoadministrado por AUDIOCASI.

Resultados: La prevalencia de accidentes el último año fue 27,9% (10,6% más de uno, y 13,4% con asistencia sanitaria). En el análisis bivariante el riesgo de accidentes aumenta al disminuir la edad y el nivel de estudios, y al aumentar el nº de días en que usaron alcohol, cocaína, o cannabis, salieron a divertirse, o condujeron vehículos de motor. También aumenta al hacerlo los Km recorridos en estos vehículos (sobre todo en moto). El riesgo es mayor en los hombres, los que van habitualmente en moto a divertirse o han tenido sesiones intensas de uso de cocaína (pasones). 136 sujetos tuvieron accidentes con asistencia médica en los últimos 2 años, de los que un 69,9% fueron de tráfico (45,6% de moto, 18,4% de coche). Un 50% de los afectados habían tomado cannabis en las 4 horas previas al accidente, un 33,3% alcohol, y un 13,6% cocaína.

Conclusiones: El riesgo de accidentes en usuarios de cocaína es mayor que en la población general de igual edad (11,2% en último año en la población de 16-34 años en la Encuesta Nacional de Salud 2003). La moto está implicada a menudo en los accidentes. El uso de cocaína, cannabis y alcohol parece aumentar el riesgo de accidente, aunque esto ha de confirmarse con regresión logística, y análisis de *case-crossover*.

Financiado por FIPSE 3653/01, PNSD 2003, FIS-PI051384 (RECEPS) y FIS: PI050959,PI051869(RTA)

PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO Y PASIONES DE COCAÍNA Y ALCOHOL ENTRE JÓVENES CONSUMIDORES DE COCAÍNA.

Y. Castellano¹, D. Lacasa¹, A. Gimeno¹, A. Rodríguez¹, T. Silva², J. Pulido², F. Fernández³, R. Ballesta³ y M.T. Brugal¹

¹Agència de Salut Pública de Barcelona. ²Centro Nacional de Epidemiología. ³Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias. Sevilla.

Antecedentes/objetivos: Según la literatura, los consumos intensos de cocaína y alcohol (pasones) están relacionados con prácticas sexuales no protegidas, las cuales se han asociado a un incremento de enfermedades de transmisión sexual y VIH entre los jóvenes. Se analiza las prácticas sexuales de riesgo (relación con una pareja ocasional o un cliente en la que hubo alguna penetración vaginal o anal sin preservativo), especialmente durante pasones, entre los jóvenes (< 30 años) consumidores de cocaína que no han consumido heroína.

Métodos: Estudio transversal de entrada a una cohorte que ha reclutado 660 participantes en las áreas metropolitanas de Barcelona (208), Madrid (224) y Sevilla (228) por métodos de referencia en cadena y fuera de los servicios asistenciales. Entrevista cara a cara con cuestionario estructurado asistido por ordenador y parcialmente autoadministrado por audiocasi. La significación estadística de las diferencias de proporciones se evaluó con la prueba ji-cuadrado y la de las diferencias de medias con el test t-student.

Resultados: El 38,6% de los consumidores, sin diferencias estadísticamente significativas entre ciudades, habían practicado alguna conducta sexual de riesgo. De éstos, el 65,5% habían realizado algún pasón de cocaína en los últimos 12 meses, observándose diferencias significativas entre ciudades (Barcelona: 45,2%, Madrid: 78,7%, Sevilla: 72,0%), mientras que el 27,5% habían mantenido prácticas sexuales de riesgo durante el pasón, con diferencias significativas entre ciudades (Barcelona: 36,9%, Madrid: 27,0%, Sevilla: 18,3%). El consumo medio de cocaína en las prácticas sexuales de riesgo con pasón fue de 0,70 gramos, inferior a la consumida durante los pasones sin práctica sexual, 2,29, en ambos casos se observaron diferencias significativas entre ciudades (Barcelona: 0,73 vs 2,77, Madrid: 0,61 vs 1,77, Sevilla: 0,76 vs 2,59). El porcentaje de jóvenes con consumo de alcohol superior a 50 gramos durante la práctica sexual con pasón fue de 66,7%, inferior al mismo tipo de conducta en los pasones sin práctica sexual, 89,6%. El consumo medio de alcohol en el primer grupo fue de 76,9 gramos y de 196,1 en el segundo, con diferencias significativas entre ciudades (Barcelona: 81,4 vs 160,7, Madrid: 58,0 vs 188,1, Sevilla: 97,7 vs 221,4).

Conclusiones: La prevalencia de jóvenes con prácticas sexuales de riesgo y consumos intensos de cocaína y alcohol es elevada. Éstos tienen un consumo tanto de cocaína como de alcohol inferior a los que han practicado algún pasón sin conducta sexual de riesgo.

Financiado por Fipse 3653/01, FIS- PI051384 (RECEPS) y FIS PI050959 y PI051869 (RTA).

OPINIONES DE LOS CONSUMIDORES SOBRE EL EFECTO DEL CONSUMO DE COCAÍNA Y OTRAS SUSTANCIAS SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES

J. Pulido, D. Lacasa, F. Fernández, D. Fernández, M. Neira, F. Sánchez, M.J. Bravo y L. de la Fuente

C Nac Epidemiología, Madrid. Secr Plan Nac sobre el Sida, Madrid. Agència de Salut Pública de Barcelona. Dep Med Preventiva, U Complutense, Madrid. FADA, Sevilla.

Antecedentes/objetivos: Analizar el grado de acuerdo con varias afirmaciones en relación con efectos relevantes de las sustancias psicoactivas, especialmente la cocaína, sobre las relaciones sexuales.

Métodos: Estudio transversal de entrada a una cohorte de jóvenes (< 30 años) consumidores de cocaína que no han consumido heroína más de 12 veces en los últimos 12 meses, que ha reclutado 607 participantes en Barcelona, Madrid y Sevilla por métodos de referencia en cadena y fuera de los servicios asistenciales. Entrevista cara a cara con cuestionario estructurado asistido por ordenador y parcialmente autoadministrado por audiocasi.

Resultados: Más de 4 de cada 5 consumidores habían tenido relaciones sexuales bajo el efecto de la cocaína. En el conjunto de la muestra, menos del 10% de los sujetos indicó que estaba muy/bastante de acuerdo con que la heroína, la ketamina, los tranquilizantes, la metadona u otros opiáceos "permiten ligar y tener relaciones sexuales más fácilmente", un 15% para el LSD, un 32% para el cannabis, y un 40% las anfetaminas y la cocaína, mientras que para el éxtasis o las drogas de diseño fue el 64,7% y para el alcohol el 76%. El efecto positivo de las anfetaminas, cocaína, éxtasis y alcohol fue valorado significativamente más por las mujeres. Un 68,4% estuvo muy/bastante de acuerdo con que "con cocaína hay menos inhibición para tener experiencias sexuales nuevas o diferentes" (65,2% en varones y 74,7% en mujeres). Un 79,4% estuvo muy/bastante de acuerdo con que "la cocaína prolonga la excitación antes de llegar al orgasmo", pero el mismo porcentaje señaló que "a veces impide llegar al orgasmo". Los que tuvieron relaciones bajo el efecto de la cocaína muestran un grado de acuerdo significativamente mayor con casi todas las afirmaciones. Ahora bien, el 51,3 de también señalan que las relaciones sexuales han sido "más o menos igual de placenteras". El 73,3% afirmó que cuando tuvo relaciones sexuales bajo el efecto de la cocaína utilizó el preservativo más o menos con la misma frecuencia, el 6% que con más frecuencia, pero un 21% que con menos frecuencia.

Conclusiones: El alcohol es la sustancia mejor valorada por su capacidad para "ligar y tener relaciones sexuales" muy por encima de la cocaína. Las mujeres valoran más el efecto desinhibidor de las sustancias. Los consumidores han usado menos el preservativo cuando han tenido relaciones sexuales bajo el efecto de la cocaína.
Campo financiado por Fipse 3653/01 y Fipse 24530/05 y el análisis por FIS- PI051384 (RECEPS)- y FIS: PI050959(RTA)

EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE CONSUMO DE HEROÍNA EN ESPAÑA

A. Sánchez-Niubó, A. Domingo-Salvany, J.M. Suelves, J.F. Correa, G. Barrio y G. Scalia-Tomba

Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Consejería de Sanidad de Murcia. Plan Nacional sobre Drogas. Università di Roma "Tor Vergata"

Antecedentes/objetivos: Mediante indicadores indirectos (inicios de tratamiento, urgencias, etc.) se dedujo una disminución de la incidencia de consumo de heroína en los años 90. Sin embargo no existe información directa respecto a su evolución. El objetivo es estimar la evolución de la incidencia de consumo de heroína en España.

Métodos: La población de estudio parte del indicador de inicios de tratamiento del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Se seleccionaron 152.319 individuos entre 15 y 54 años de edad que iniciaron su primer tratamiento por abuso o dependencia de heroína entre 1991 y 2002. Se utilizó un modelo log-lineal para una tabla de contingencia que clasifica a cada individuo según el año de su primer consumo y el tiempo que ha tardado en iniciar su primer tratamiento, llamado período de latencia (PL). A partir de las marginales del modelo estimado se calculó la incidencia de consumo y la distribución del PL, estratificando por comunidades autónomas (CCAA). Las incidencias estimadas se han expresado en tasas.

Resultados: La distribución del PL global pone de manifiesto que el 50% tarda 2,5 años en iniciar su primer tratamiento de heroína. La curva de incidencia muestra su máximo entre 1979 y 1982, luego decrece rápidamente hasta 1993, y más suavemente hasta 2002. En cuanto a la distribución del PL por CCAA, globalmente se observan diferencias significativas, siendo Asturias donde en el conjunto del periodo se tardó menos en iniciar un primer tratamiento (el 50% tardó 1,5 años), mientras que en Madrid es donde el tiempo fue mayor (el 50% tardó 6 años). Las tasas de incidencia estimadas por CCAA tienen una evolución similar pero de diferente magnitud: Canarias, Ceuta y Melilla muestran las más altas, y Navarra y Castilla-La Mancha las más bajas.

Conclusiones: La incidencia estimada en este estudio se refiere a los que llegan a tratarse en un centro público. Aún así, marca la evolución de la incidencia global asumiendo que la proporción de consumidores no observados es constante. La magnitud de la incidencia estimada puede estar sesgada porque el modelo empleado requiere que el PL sea estable en todos los años de estudio. Además, debemos suponer que los registros de información son consistentes entre CCAA. La evolución de la incidencia de consumo de heroína confirma el descenso de la incidencia que sugieren los indicadores indirectos, aunque se inició a principios de los 80. Sin embargo, aún se observan nuevos inicios de consumo.

Estudio financiado por: PI041783 (FIS); C03/09 (RCESP); G03/05 (RTA); DURSI-GEN-CAT (2005-SGR-00491)

COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 6 de octubre de 2006
9:00 a 11:00

Cribado

Modera: Jorge Doreste Alonso
Departamento de Ciencias Clínicas.
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

IMPACTO EN LA MORTALIDAD DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA DE LA CIUDAD DE BARCELONA

M. Pons-Vigués, R. Puigpinós, G. Cano-Serral, M. Mari-Dell'Olmo y C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivo: El principal objetivo de un programa poblacional de cribado de cáncer de mama es disminuir la mortalidad por esta causa. Los estudios realizados muestran que el cribado puede reducir entre un 20% y un 30% la mortalidad después de 10 años de iniciarse. El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de la ciudad de Barcelona se inició a finales de 1995, finalizando su implantación en 2004. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto del Programa en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres de 50-74 años de la ciudad.

Métodos: Estudio de diseño casi experimental, a partir de las defunciones por cáncer de mama de las mujeres de 50 a 74 años residentes en Barcelona entre 1984 y 2004. Las fuentes de información utilizadas fueron el Registro de Mortalidad y los Padrones de Habitantes del periodo analizado. Las variables estudiadas fueron la edad, el año de defunción y las Áreas Básicas de Salud (ABS) agrupadas en 4 zonas según el año de implantación del Programa. Se realizó un análisis descriptivo de la mortalidad según el año de defunción y edad para cada zona. Se ajustaron modelos de regresión de Poisson, siendo la tasa de mortalidad por cáncer de mama la variable dependiente, y la edad, el año de defunción y la zona las variables independientes. Se calculó el riesgo relativo de morir antes y después del inicio del Programa en toda Barcelona y en cada zona. Se elaboró un modelo para determinar el riesgo relativo de morir en la ciudad en función del grado de implantación del Programa. Todos los modelos fueron ajustados por el nivel socioeconómico de cada ABS.

Resultados: Entre 1984-2004, murieron por cáncer de mama 3764 mujeres de 50 a 74 años residentes en Barcelona. A lo largo de este periodo, la tasa de mortalidad en la ciudad fue fluctuando hasta llegar al nivel más alto en 1991 (85,5 muertes por 100.000 habitantes) y a continuación empezó a disminuir. Por zonas, se observa el mismo patrón. En las mujeres de 50 a 74 años, la mortalidad por cáncer de mama se ha reducido significativamente un 17% en la fase de completa implantación del Programa respecto al periodo anterior a su introducción. El riesgo relativo de morir por cáncer de mama en el conjunto de la ciudad antes del inicio del Programa disminuía un 1% anual (RR = 0,99 IC95% = 0,98-0,99). Una vez iniciado el Programa, este riesgo pasó a disminuir un 5% cada año (RR = 0,95 IC95% = 0,92-0,99).

Conclusiones: Los resultados muestran la contribución del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama en la disminución de la mortalidad por esta causa. Esta disminución es inferior a la descrita en otros estudios debido a la alta presencia de cribado oportunista. Se requieren más años de seguimiento.

CARACTERIZACIÓN DE MUJERES QUE NO ACUDEN AL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

P. Barroso García, I. Ruiz Pérez, F. Puertas de Rojas, T. Parrón Carreño y E. Corpas Nogales

Distrito Sanitario Levante Alto Almanzora (Almería), Escuela Andaluza de Salud Pública, Delegación Provincial de Salud de Almería.

Antecedentes/objetivos: En el Distrito Levante Alto Almanzora de Almería la participación en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDCPM) es baja. El objetivo planteado fue conocer las causas de no participación de las mujeres en dicho programa

Métodos: Estudio casos controles. Se eligió una muestra, por muestreo monoetápico por conglomerados, de mujeres de 50 a 65 años invitadas a participar en la segunda vuelta del PDCPM, entre Octubre de 2002 y Febrero de 2004. Se hizo entrevista sobre: características de las encuestadas (variables sociodemográficas y cargas familiares), relacionadas con el programa (conocimiento, accesibilidad, actitudes), antecedentes familiares, personales y estado de salud. Se analizó si había diferencias entre las mujeres que acudieron y las que no, mediante análisis bivariante (χ^2 , estadístico de Fischer o t-Student) y multivariante mediante regresión logística. Se calculó odds ratio e intervalo de confianza al 95%

Resultados: Se realizaron 720 cuestionarios, 350 casos y 370 controles. Las mujeres con estudios medios o superiores presentaron mayor riesgo de no acudir al programa que aquellas sin estudios (OR 2,7; IC 1,4-5,1). Las que afirmaron no conocer el programa (OR 1,6; IC 1,1-2,3), no conocerlo por carta (OR 1,4; IC 1-2), ni a través de reunión (OR 2,2; IC 1,1-4,1) y no conocer el motivo de la mamografía (OR 2,6; IC 0,9-7,6), mostraron mayor riesgo de no acudir. Las que no recibieron carta (OR 12,4; IC 5,6-27,4) y aquellas a las que no les venía bien la cita (OR 6,7; IC 2,6-17,1) mostraron mayor riesgo de no acudir. Las que tenían mamografía fuera del programa (OR 3,5; IC 2,3-5,1) y las que no tenían ninguna enfermedad que requiriera revisiones médicas tenían mayor riesgo de no acudir (OR 2,2; IC 1,6-3,1). En el análisis multivariante se encontró que las variables asociadas con mayor riesgo de no acudir fueron: no haber recibido carta (OR 11,2; IC 4,6-29,9), haberse realizado mamografía fuera del programa (OR 4,4; IC 2,8-6,9), no tener enfermedades que requirieran revisiones médicas (OR 2; IC 1,3-2,6), y tener miedo al resultado (OR 1,8; IC 1,2-2,6)

Conclusiones: Se ha encontrado riesgo mayor de no acudir al programa en aquellas mujeres que no recibieron carta o que tenían mamografía fuera del programa, de ahí la necesidad de mejorar la depuración de la base de datos. Hay que seguir divulgando el programa y realizando educación sanitaria en las mujeres con miedo al resultado; así como facilitando el acceso, con adaptación de fechas a las personas con dificultades

Financiación: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 36/04

COBERTURA Y FACTORES ASOCIADOS DEL CRIBADO DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN ESPAÑA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA POBLACIONAL EN 17 COMUNIDADES AUTÓNOMAS

E. Roura¹, S. de Sanjosé¹, L.M. Puig-Tintoré², X. Cortés³, A. Torné², C. Méndez⁴, X. Castellsagué¹

¹Institut Català d'Oncologia, Barcelona, ²Servicio de Ginecología, Hospital Clínic, Barcelona, ³Ginecología, Palma de Mallorca, ⁴GlaxoSmithKline, España.

Antecedentes/objetivos: El cribado cervical ha demostrado ser eficaz en disminuir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello de útero. En nuestro país disponemos de una información limitada de la cobertura de esta estrategia preventiva. El objetivo es estimar la cobertura de la citología cervical en la prevención del cáncer de cuello uterino en España y conocer los factores asociados al cribado.

Métodos: Estudio transversal a través de una encuesta postal mediante la técnica de Access Panel en una muestra de mujeres de entre 18 y 70 años representativa por comunidad autónoma, edad, nivel socio-económico y tamaño del municipio (hábitat). Se enviaron 11.086 cuestionarios para asegurar una muestra mínima de 5.765 mujeres.

Resultados: Un total de 6.852 mujeres (61,8%) respondieron el cuestionario. El 79,7% de las mujeres refieren haberse realizado alguna vez una citología: el 42,1% en el último año, el 68,7% en los últimos 3 años y el 73,4% en los últimos 5 años. La cobertura de cribado citológico en los últimos 5 años oscila entre el 58,3% en Extremadura y el 85,3% en Canarias. Esta cobertura por grupo de edad es: 33,2% (< 26 años), 77,0% (26-35), 84,2% (36-55), y 63,1% (> 55 años). El grado de cobertura mantiene una relación directa con el nivel socio-económico (58,7% en el nivel bajo; 82,8% en el alto) y con el tamaño del hábitat (61,1% en municipios de < 5.000 habitantes; 77,6% en municipios de > 200.000 habitantes). El 89,0% de las citologías son realizadas por el ginecólogo. Las citologías se realizan principalmente en centros de asistencia primaria o de planificación familiar (39,1%), en consultas privadas (36,0%) y en los hospitales (22,9%). El 6,5% de las mujeres cribadas refieren estudio con colposcopia y/o biopsia tras la citología. El 92,2% de las mujeres afirman haber mantenido relaciones sexuales completas con penetración, con una edad media al primer coito de 20,9 años y un número medio de parejas sexuales distintas de 1,7. El 51,8% de las mujeres cribadas desconocen la utilidad de la citología cervical en la prevención del cáncer de cuello uterino.

Conclusiones: La cobertura del cribado cervical en España es alta y cercana a la óptima del 80%. Sin embargo debería mejorar en las mujeres de más de 55 años, en las zonas rurales, en los niveles sociales menos privilegiados y en algunas comunidades autónomas. Es necesario mejorar la difusión a la mujer de la información y utilidad de la citología cervical para la prevención del cáncer de cuello uterino. *Este proyecto está financiado por GSK España.*

INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA: BARCELONA.

R. Puigpinós, F. Macià, M.T. Puig, J.J. Otal, X. Bargalló, M. Casamitjana, M.J. Quintana, X. Martínez, J. Solà et al.

Agència de Salut Pública de Barcelona. IMAS. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Hospital Vall d'Hebrón. Hospital Clínic. Consorci Sanitari de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: En 1995 se inició el programa poblacional de detección precoz de cáncer de mama de Barcelona, que convoca a las mujeres de 50 a 69 años a una revisión cada dos años. Progresivamente se extendió a toda la ciudad. En el 2001, la Agencia de Salud Pública de Barcelona, asumió las funciones de Oficina Técnica: comunicación, coordinación, seguimiento y evaluación. El objetivo prioritario, fue consensuar y unificar criterios entre los distintos hospitales responsables del cribado. Como objetivo secundario, establecer un sistema de retorno de información a administraciones responsables del programa, proveedores, red sanitaria y social de la ciudad.

Métodos: Para el objetivo principal, entre los años 2002 y 2004, se establecieron distintos grupos de trabajo que elaboraron protocolos de actuación respecto a: criterios radiológicos, indicadores de evaluación y elementos de comunicación dirigidos a población y profesionales, elaboración de materiales y renovación de la imagen del programa. Para el objetivo secundario, anualmente se elaboran indicadores de rendimiento: participación, cobertura, tasa de detección. También indicadores indirectos de calidad como: reconvocatoria, pruebas invasivas y sus valores predictivos, que se difunden a través de informes, boletines y sesiones informativas específicas

Resultados: Los productos elaborados a partir de los grupos de trabajo son los distintos protocolos de actuación, nueva imagen del programa y material con mensajes revisados y en distintos idiomas, así como boletines e informes. Los indicadores de rendimiento muestran que durante el 2004 la participación en Barcelona fue del 49,5%, inferior a la de años anteriores, la cobertura del 80,9% y la tasa de detección de 4,4 cánceres por mil mujeres cribadas, siendo un 16,7% carcinomas in situ, 24,5% invasivos de menos de 10 mm, 18% con afectación ganglionar y pudiendo aplicar tratamiento conservador a un 80,4% de los cánceres detectados. La reconvocatoria fue del 4,1% y los diagnósticos por citología y corebiopsia fueron el 89%, muy por encima del 50% recomendado por las guías europeas de calidad.

Conclusiones: Los protocolos elaborados entre todos los implicados en el programa, se han mostrado efectivos en la unificación de criterios y pautas entre los distintos hospitales. Los resultados obtenidos se hallan dentro de los niveles recomendados por las guías europeas a excepción de la participación, especialmente baja en Barcelona debido a la doble cobertura, y los controles avanzados anuales.

RESULTADOS DEL PROGRAMA PILOTO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT (BARCELONA)

G. Binefa i Rodríguez, L. Muñoz-Ortiz, O. López Ciércoles, M. Navarro García y M. Peris Tuser

Servei de Prevenció i Control del Càncer. Institut Català d'Oncologia, Hospital Durán i Reynals.

Antecedentes: El cáncer colorrectal (CCR) constituye la primera causa de cáncer en los países occidentales, si se tienen en cuenta ambos sexos. La estimación anual en Cataluña es de aproximadamente 4000 nuevos casos de CCR, con una mortalidad de 2000 personas/año. Los programas de cribado, constituyen una buena estrategia para disminuir el impacto de esta enfermedad en la población ya que permiten detectar lesiones premalignas y tumores malignos en fases más precoces. Presentamos los resultados de las dos primeras rondas del programa piloto de cribado de cáncer colorrectal en la ciudad de l'Hospitalet de Llobregat.

Métodos: El Programa va dirigido a los residentes de l'Hospitalet de Llobregat con edades comprendidas entre 50 y 69 años y se basa en la realización, cada dos años, de la prueba de detección de sangre oculta en heces (PDSOH) y de colonoscopia bajo sedación en los casos positivos. Ante la detección de lesiones, se procedía a poliplectomía o cirugía oncológica en los casos de cáncer invasivo. La población diana se obtiene del Sistema de Información de Atención Primaria a la que se invita a participar en el programa por Área Básica de Salud (ABS) de referencia y mediante carta nominal. Desde su inicio en el año 2000, se han llevado a cabo 2 rondas y, para cada una de ellas, se han calculado las tasas de participación, positividad a la PDSOH y detección de neoplasias.

Resultados: La participación fue del 17,2% en la 1ª ronda (1R) y 22,2% en la 2ª (2R), llegando al 28% en 2 de las 12 ABS. La positividad a la PDSOH fue del 3,2% en la 1R y 0,8% en 2R. Entre los positivos se detectaron 35 cánceres invasivos, 122 adenomas de alto riesgo y 26 adenomas de bajo riesgo, representando una tasa de detección para cualquier neoplasia de 11,3 por 1.000 personas cribadas en 1R y de 4,3 en 2R. El valor predictivo positivo (VPP) en 1R y 2R fue del 6,6% y 9,7% para el cáncer invasivo, 24,0% y 43,0% para los adenomas de alto riesgo y 37,1% y 57,0% para cualquier neoplasia. El 59,1% de los cánceres invasivos hallados en 1R y el 76,9% de 2R, se diagnosticaron en estadios precoces (I y II). Tres cánceres y 7 adenomas de alto riesgo detectados en 2R, fueron diagnosticados en personas con resultado negativo en la 1R.

Conclusiones: A pesar de la limitada participación, los resultados obtenidos en cuanto a la detección de lesiones premalignas y malignas, son similares a otros programas pudiéndose instaurar el tratamiento adecuado en función de los hallazgos. Estos resultados confirman que es factible un programa de cribado de CCR aunque requiere mayores esfuerzos en informar a la población de los beneficios que se derivan de participar en este tipo de programas.

CARACTERIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA POBLACIONAL DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA.

J.J. Abellán¹, A. Schiaffino², C. Vida² y M. Peris²
¹Imperial College of London; ²Institut Català d'Oncologia.

Antecedentes/objetivos: El umbral de la proporción de mujeres que debe participar para que un programa de cribado de cáncer de mama se considere efectivo en términos de reducción de la mortalidad se estima en un 70%. Para conseguirlo, es clave la caracterización de la población participante. El Institut Català d'Oncologia promovió el presente estudio cuyo objetivo es caracterizar los dos tipos de participación (prevalente e incidente) en el programa de cribado de cáncer de mama de la región sanitaria Costa Ponent (PCMCP).

Métodos: Se han utilizado los datos agregados a nivel de área básica de salud (ABS) de las mujeres invitadas a participar en el PCMCP durante el bienio 2003-04 que se disponen del propio registro del programa. Se han considerado para el análisis aquellas ABS que tenían cobertura en el bienio considerado (54 en la prevalente y 46 en la incidente). Para cada ABS, las covariables disponibles fueron: ruralidad, proporción de mujeres con estudios universitarios, proporción de mujeres con edad entre 50 y 69 años, la tasa de ingresos hospitalarios por cáncer de mama. También se dispuso de información sobre el número de días que las unidades radiológicas (UR) ofrecen para la realización de mamografías y de su tipo de localización (centro de atención primaria u hospital). Para el análisis de la participación incidente se consideró además la participación prevalente del periodo anterior y la tasa de recitación de la UR. Se han calculado las odds ratio (OR) e intervalos de credibilidad (ICr) al 95% de las variables asociadas con cada una de las dos participaciones mediante un modelo jerárquico Bayesiano ecológico a nivel de ABS. Se han incluido factores aleatorios que recogen la posible autocorrelación espacial o de heterogeneidad tanto de las ABS como de la UR. Para cada una de las OR se ha calculado la probabilidad a posteriori de ser mayor de 1 (Pr(OR > 1)).

Resultados: La participación prevalente global fue del 53%. Las ABS con mayor participación prevalente son rurales (OR = 0,66 Pr(OR > 1) = 0,08 ABS urbana), tienen un porcentaje bajo de mujeres con estudios universitarios (OR = 0,95 Pr(OR > 1) = 0,01) y presentan tasas bajas de ingreso hospitalario por cáncer de mama (OR = 0,88 Pr(OR > 1) = 0,07). La participación incidente (87,5%) es mayor en las ABS que tienen mayor participación prevalente en el periodo anterior (OR = 2,06 Pr(OR > 1) = 0,99), que presentan tasas bajas de ingreso hospitalario por cáncer de mama (OR = 0,94 Pr(OR > 1) = 0,05), y que tienen una mayor oferta diaria en la UR (OR = 1,95 Pr(OR > 1) = 0,92).

Conclusiones: Las participaciones prevalente e incidente son muy diferentes, tanto en lo que se refiere a su asociación con las variables consideradas como en su distribución geográfica.

Juanjo Abellán cuenta con financiación del MEC (MTM2004-03290).

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO. ESTIMACIONES DE ACTIVIDAD PARA UN PROYECTO PILOTO Y PRIMEROS RESULTADOS

F. Pérez-Riquelme*, J. Cruzado**, M.C. Cavas*, E. Torrella***, A.E. Gómez***, A. Chaves***, L.F. Carvallo***, M.D. Lázaro**, J.J. Gutiérrez* y grupo del Proyecto Piloto del PPCC-R de la Región de Murcia.

*Dirección General de Salud Pública, **Gerencia de Atención Primaria Murcia, ***Hospital Morales Meseguer.

Antecedentes/objetivos: Comprobar el grado de ajuste entre la actividad estimada para las diferentes unidades participantes y los resultados obtenidos en un proyecto piloto destinado a la prevención del cáncer de colo-rectal.

Métodos: Se ha calculado la actividad para la captación, laboratorio (determinación de sangre oculta en heces), consulta de captación de positivos, unidad de colonoscopia, anatomía patológica y tratamientos a partir de la estimación del valor predictivo positivo (VPP) y la tasa de participación prevista. Para el cálculo del VPP se ha utilizado la fórmula: $\text{prevalencia} \cdot \text{sensibilidad} / (\text{prevalencia} \cdot \text{sensibilidad} + (1 - \text{especificidad}))$. La prevalencia se ha estimado a partir de la incidencia y del tiempo de adelanto que se ha considerado de tres años. La detección de adenomas se ha estimado en el cuádruplo de los cánceres detectados. Los resultados del proyecto piloto corresponden al periodo comprendido entre enero (fecha de inicio) y abril de 2006.

Resultados: Los datos estimados para una población invitada de 29988 personas entre 50 y 69 años son: 20900 participantes (cobertura 70%); 41800 muestras procesadas (dos por persona), 1060 consultas de captación de positivos (3,55%), 1060 colonoscopias, 300 personas con adenomas (1,44%) y 60 con cáncer (0,29%). Esta actividad corresponde a dos años (periodo intertest). Los resultados obtenidos en el proyecto piloto para 3485 invitados son: 1308 participantes (tasa participación 37,5%, cobertura estimada tras recaptura 61%); 159 positivos (12,2%); 156 consultas de captación, 150 colonoscopias aceptadas (11,5%); 642 hallazgos tumorales en 113 personas con adenomas (tasa de detección del 8,6% y una media de 5 por paciente) y 16 personas con cáncer (tasa de detección 1,2%); 8 invasivos y 8 in situ (tasa 0,6%).

Conclusiones: La tasa de positivos obtenida ha duplicado la estimada, sin pérdida de la calidad del proceso (en todos los casos hay justificación clínica del sangrado). El número de hallazgos tumorales benignos es muy superior al estimado, tanto en número de personas como de lesiones por persona, por tanto, el tiempo por colonoscopia y los estudios anatómo-patológicos se han infraestimado, aunque se está en el inicio del proyecto y estos datos pueden variar sustancialmente. En cualquier caso, la epidemiología proporciona herramientas que ayudan a planificar los programas preventivos, pero es imprescindible la realización de proyectos pilotos antes de su extensión a toda la población.

Financiación: Consejería de Sanidad.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN LA REGIÓN DE MURCIA. RESULTADOS DEL BIENIO 2004-05

F. Pérez-Riquelme, F. Luna Meseguer, E. Jiménez García, I. Castro Rodríguez y J.J. Gutiérrez García

Dirección General de Salud Pública, Murcia.

Antecedentes/objetivos: A finales de 1994 se inició en la Región de Murcia un programa de prevención del cáncer de mama basado en la mamografía bilateral y bienal para la detección y tratamiento precoz en mujeres entre 50 y 64 años. En 1999 se acabó su extensión a toda la Región y en 2002 se amplió hasta los 69 años. En la actualidad se utilizan cinco unidades mamográficas (tres fijas y dos móviles) y tres unidades de mama de referencia, para diagnóstico y tratamiento definitivo. Se presentan los resultados de algunos de los indicadores de evaluación correspondientes al bienio 2004-05 y relativos a la población diana del periodo estudiado, que son mujeres entre 50 y 69 años.

Métodos: A partir de los datos registrados en la aplicación informática que gestiona el programa y de la búsqueda activa de los casos derivados a las unidades de mama, se construyen los indicadores siguiendo las indicaciones de la Guía Europea de Control de Calidad en Cribado Mamográfico, tercera edición.

Resultados: Se han citado 114349 mujeres y han participado 81003, siendo la tasa de participación del 70,8%, el 62,6% en mujeres de cribado inicial y el 90,2% en cribados subsiguientes. Por grupos de edad, son las mujeres entre 65 y 69 las de menor participación tanto en cribado inicial (51,1%) como en cribado subsiguiente (88,3%). La tasa de recitas para estudios complementarios por imagen es del 2,8%, habiéndose indicado la revisión anticipada en el 6% de las mujeres estudiadas. Se derivaron a las unidades de mama 597 mujeres (0,74%), resultando en cánceres 264, VPP de la derivación 44,3%. La tasa de detección en mujeres de cribado inicial es del 0,39%, con una razón detección incidencia de 2,79; la tasa de detección en mujeres de cribado sucesivo es 0,3% y 2,21 la razón detección incidencia. Se han practicado 433 biopsias cerradas y 292 abiertas siendo la razón biopsias benignas/malignas de 0,8. La proporción de cánceres in situ es del 6,8%, los invasivos = < de 10 mm el 17,1%, el 70,5% sin afectación ganglionar. En el 60,6% se practicó cirugía conservadora, alcanzándose el 70,9% en las mujeres con cánceres en estadio = < I.

Conclusiones: La mayor parte de los indicadores están dentro del rango aceptable o deseable de los criterios de calidad de la Guía Europea. La tasa de detección en cribado inicial es algo inferior a lo deseable, en tanto que la misma tasa en mujeres de cribado subsiguiente es superior a la esperada. Esto quizá se debe a que una parte de mujeres en cribado inicial lo son para el programa, aunque se hayan realizado mamografía con anterioridad y por tanto en realidad corresponden a mujeres de cribado subsiguiente.

COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 6 de octubre de 2006
9:00 a 11:00

Vacunas y Otras enfermedades Infecciosas

Moderadora: Miren Dorronsoro Iraeta
Departamento de Sanidad. Dirección Territorial de
Guipúzcoa. Gobierno Vasco

COBERTURA VACUNAL EN HIJOS DE INMIGRANTES EN EL DISTRITO DE CIUTAT VELLA (BARCELONA)

X. Sintés^a, E. de Frutos^b, N. Robert^b, R. Besora^b, A. Capitán^b, E. Muñoz^a y M. Nebot^a

^aAgència de Salut Pública de Barcelona. ^bInstitut Català de la Salut.

Antecedentes y objetivos: la inmigración ha aumentado de manera muy importante durante la última década en nuestro país. Aunque se ha sugerido que en algunos colectivos especialmente vulnerables las tasas de cobertura vacunal podrían ser inferiores a las de la población general, se han realizado pocos estudios en nuestro medio que investiguen cómo se adapta la población inmigrada a nuestro calendario vacunal sistemático. El objetivo de este estudio es evaluar la cobertura vacunal en una cohorte de hijos de inmigrantes atendidos en Centros de Atención Primaria.

Métodos: se estudiaron retrospectivamente todos los niños visitados en 4 Centros de Salud del distrito de Ciutat Vella (Barcelona) que habían nacido en 2002 en España. Mediante la revisión de historias clínicas se recogió información sobre el país de nacimiento de los padres y el estado vacunal (número de dosis recibidas) a los 12 y 24 meses de vida. Los casos se clasificaron según el origen de los padres en inmigrantes (ambos padres nacidos fuera de España), autóctonos (ambos nacidos en España) y familias de composición mixta (únicamente el padre o la madre nacido en España). Se calcularon las coberturas vacunales por grupos de origen a los 12 y 24 meses para las vacunas incluidas en el calendario vacunal sistemático de Cataluña y se compararon mediante una prueba ji cuadrado.

Resultados: se incluyeron en el estudio 581 niños. Las coberturas vacunales a los 12 meses para 3 dosis de vacuna DTP, antipoliomielítica (polio), anti-*Haemophilus influenzae b* (Hib) y de vacuna antimeningocócica conjugada tipo C (MCC) (3:3:3:3) fueron del 95,6% en inmigrantes, 91,7% en niños de origen mixto y 93,6% en autóctonos, mientras que a los 24 meses un 92,6% de niños inmigrantes, 92,0% de niños de origen mixto y 94,0% de autóctonos habían recibido 4 dosis de vacuna DTP, polio, Hib, 3 dosis de MCC y 1 dosis de vacuna triple vírica (4:4:4:3:1), sin diferencias significativas en ninguno de los casos. Las coberturas para 3 dosis de vacuna antinefritis B fueron algo superiores en los inmigrantes, si bien tampoco se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre los diversos grupos a los 24 meses (82,3% en inmigrantes, 72,0% en niños de origen mixto y 75,3% en autóctonos; $p = 0,095$).

Conclusiones: los hijos de inmigrantes nacidos en España que utilizan los servicios de Atención Primaria presentan altas coberturas vacunales a los 12 y a los 24 meses de vida, similares a las alcanzadas en hijos de origen mixto y autóctonos. Las modestas coberturas vacunales para la hepatitis B podrían deberse a que la vacuna se implantó sistemáticamente en el calendario vacunal durante el segundo trimestre de 2002.
Financiación: Red de Centros de investigación cooperativa en Epidemiología y Salud Pública (C03/09)

CASOS ESPORÁDICOS DE GASTROENTERITIS POR CAMPYLOBACTER: ASOCIACIÓN CON EL CONSUMO DE FIAMBRE COCIDO

M. Fajó, P. Godoy, J. Aramburu y A. Nogués

Dep. Micro, Med Prev y Salud Pública. Universidad Zaragoza. Huesca. Dep. Cirugía. Universidad Lleida. Laboratorio Microbiología. Hospital Universitario Arnau. Lleida.

Antecedentes/objetivos: *Campylobacter* es la segunda causa de gastroenteritis aguda bacteriana en España. Los brotes que serían la principal fuente de información de factores de riesgo de campilobacteriosis, son raros en nuestro entorno. Además los factores de riesgo de los casos esporádicos pueden ser distintos de los brotes y su importancia relativa varía geográficamente. Nuestro objetivo fue identificar determinantes de casos esporádicos de gastroenteritis por *Campylobacter* en edad pediátrica.

Métodos: Se diseñó un estudio de casos y controles prospectivo. Los casos fueron niños de 6 meses a 14 años residentes en la provincia de Lleida que entre el 15-1 al 31-6 de 2005 presentaron diarrea y aislamiento en heces de *Campylobacter* realizado en el laboratorio del hospital Arnau de Lleida. Las muestras procedían del propio hospital y la atención primaria. Se excluyeron aquellos con aislamiento de otro germen entérico o inicio de síntomas > 1 mes antes del aislamiento. Los controles fueron nominados por el pediatra y emparejados por grupo de edad. Se excluyeron aquellos con diarrea el mes anterior o historia de campilobacteriosis. Mediante entrevista telefónica estructurada se recogió información sobre consumo de alimentos/agua, manejo/preparación/lugar de adquisición de alimentos, contacto con animales en la semana anterior a la diarrea. Mediante regresión logística condicional se calcularon odds ratios ajustados (OR_a) y su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se notificaron 53 casos en niños con una incidencia para el periodo de 187,95 por 10⁵. Se incluyeron 45 casos y 45 controles tras excluir siete casos y no poder localizar a uno. La edad mediana de los casos fue 1,58 a (rango: 6m-9,42a). La razón de masculinidad fue 1,66 y 1,25 para casos y controles ($p = 0,67$). El consumo de fiambre cocido $OR_a = 11,98$ (2,06-69,57), de pollo $OR_a = 8,76$ (1,55-49,42) y tomar antibióticos el mes anterior a la diarrea $OR_a = 9,13$ (1,41-59,09) estuvieron independientemente asociados con la enfermedad. Lavar el pollo bajo el grifo de la cocina resultó marginalmente asociado $OR_a = 3,22$ (0,94-10,99).

Conclusiones: Este estudio confirma la relación entre consumo de pollo y ocurrencia de casos esporádicos en niños, biológicamente plausible dada la frecuencia de aislamiento de *Campylobacter* en carne de este animal. La asociación de la enfermedad con el consumo de fiambre cocido no es tan común en la literatura, sugiriendo una contaminación cruzada por manejo no higiénico de carne cruda en el punto de compra o en la cocina. El presunto nexo entre el lavado de pollo bajo el grifo y la enfermedad apoyaría la hipótesis de que la contaminación se hubiera producido en el hogar.

PREVALENCIA Y DETERMINANTES DE LA INFECCIÓN POR VPH DE ALTO RIESGO EN MUJERES ESPAÑOLAS E INMIGRANTES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN SOBRESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO DE SU COMUNICACIÓN

J. del Amo, C. González, E. Fernández, J. Belda, I. Gómez, L. Muñoz, A. García-Saiz y M. Ortiz

Dpto Salud Pública, UMH, Alicante. Centro de Información y Prevención del SIDA, Alicante. Centro Nacional de Microbiología, ISCIII, Madrid

Antecedentes/objetivos: Estimar la prevalencia de infección por VPH-AR y sus determinantes en mujeres que ejercen la prostitución y que acuden a un Centro de Información y Prevención del SIDA (CIPS) de Alicante

Métodos: Estudio transversal de una muestra de mujeres que ejercen la prostitución y que acudieron al CIPS de Alicante entre 2003 y 2006. Se diseñó un cuestionario ad-hoc que recogía información sobre características socio-demográficas, salud general, salud sexual y reproductiva, prácticas sexuales en el ámbito privado y comercial, condiciones de trabajo y hábitos tóxicos. Se indagó sobre las características de las parejas sexuales privadas (edad, país de origen, infección por VIH). La información se recogió mediante una entrevista cara a cara realizada por las médicas encargadas del cuidado de estas mujeres. Se recogieron datos de serología de VIH y otras ETS. A todas las mujeres se les realizó una citología cervical. La infección por VPH de AR se determinó mediante el método de captura de híbridos que detecta los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68. Los tipos de VPH se caracterizaron mediante la amplificación de L1 con los primers de consenso MY09/MY11. Se utilizó regresión logística múltiple para el cálculo de las asociaciones de interés y se valoró confusión y modificación de efecto

Resultados: Se han estudiado 549 mujeres; 16% eran españolas, 55% Latinoamericanas (AL), 16% de Europa del Este (EE), 9% de África Sub-Sahariana (ASS) y 3% del Norte de África (NA). Las mujeres españolas y de NA eran las más mayores, las más jóvenes de EE y ASS, teniendo las AL edades intermedias. La prevalencia de VPH-AR fue 31% (IC95%:27%-35%) existiendo diferencias estadísticamente significativas entre regiones ($p = 0,04$); 28% en españolas, 32% en LA, 32% en EE, 16% en ASS y 65% en mujeres de NA. La prevalencia de VIH en españolas fue 9%, 1% en EE y AL y 8% en ASS. Se detectaron interacciones entre la prevalencia de VPH, región de origen y otras variables por lo que se realizaron análisis estratificados por región de origen. Para las españolas, las variables asociadas con la prevalencia de VPH-AR fueron la edad (8% menor riesgo por año), ser VIH-positiva (OR 1,9 IC95%: 0,3-15,3) y tener una pareja habitual VIH-positiva (OR 38,3 IC95%: 6,3- 630). Para las mujeres de AL, los determinantes fueron la edad (8%), el índice de masa corporal (IMC) (< 20: OR 1,00, 20-25: OR 0,6 IC95%: 0,2-1,4, 25-30 OR 0,4 IC95%: 0,1-1,0, y el tiempo de ejercicio de prostitución (menos de 1 año OR 1,00, 2-10 años OR 0,6 IC95%: 0,3-1,0, > 10 años OR 1,01). Para las mujeres de EE, el único determinante fue la edad (14% menor riesgo por año). Para las mujeres de ASS fueron determinantes ser VIH-positiva (OR 48,3 IC95%: 2,7- 852) y carecer de estudios (OR 10,0 IC95%: 0,9-111)

Conclusiones: Las mujeres que ejercen la prostitución tienen una elevada prevalencia de infección por VPH-AR. Tanto la prevalencia como sus determinantes varían en función de la región de procedencia. Se identifican el status VIH, tanto propio como de la pareja como factores de riesgo para la infección por VPH

INCIDENCIA Y ACLARACIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VPH EN MUJERES DE POBLACION GENERAL SEGÚN PAÍS DE ORIGEN Y EDAD

C. González, M. Ortiz, I. Jarrín, L. Muñoz, A. García-Saiz, J. Canals y J. del Amo

1Dpto Salud Pública, UMH, Alicante. 2Centro de Información y Prevención del SIDA Alicante. 3Centro Nacional de Microbiología, ISCIII, Madrid.

Antecedentes/objetivos: Estimar la incidencia y aclaración del Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres de población general que acuden a un centro de planificación familiar en Alicante

Métodos: Estudio de cohortes de 1011 mujeres de población general que acuden a un centro de planificación familiar en Alicante, la entrada al estudio fue, desde mayo 2003 hasta diciembre 2004 y el seguimiento de las mujeres finalizó en junio del 2006. En la primera visita se realizó una entrevista personal con un cuestionario estructurado *Ad Hoc*, y una exploración ginecológica con toma de citología cervical, Test Digene HPV y colposcopia con biopsia si estaba indicado clínicamente. Las mujeres que aceptaron participar en el estudio se las ofreció regresar al año para hacer un seguimiento (citología y VPH Test). La infección por VPH de alto riesgo fue determinada por Digene HPV Test. Captura de híbridos II. Aquellas muestras que fueron positivas a Digene se tiparon posteriormente con PCR mediante amplificación en L1 con MY09/MY11 primers. Se calcularon tasas de incidencia y % de aclaramiento de la infección con Intervalos de Confianza (IC) al 95% y las tasas se modelizaron con la regresión de Poisson

Resultados: De las 1011 mujeres que participan en el estudio se ha hecho seguimiento a 570 mujeres. La mediana de seguimiento es 17,4 meses (rango IC 13,81-24,62). De estas 570 mujeres, la prevalencia de infección por el VPH en primera visita fue del 11% (IC 95% 8,44-13,72) y durante el seguimiento, se infectaron por VPH 25 mujeres, resultando una incidencia acumulada de 5% (IC 95% 3,20-7,17). A los 17,4 meses la prevalencia es del 8% (IC 95% 5,96-10,61) y la tasa de incidencia es de 3% personas-año (IC 95% 2,04-4,46). No hay diferencias significativas en la incidencia de infección entre las latinas y las españolas (RR 1,21 IC 95% 0,36-4,05) ni tampoco entre las < 25 años y las > 25 (RR 1,40 IC 95% 0,42-4,70). De las 62 mujeres infectadas por el VPH, 41 aclararon la infección durante el seguimiento. El porcentaje de aclaración es del 66,12% (IC 95% 52,99-77,7). No hay diferencias significativas en el aclaramiento del VPH en las latinas respecto a las españolas (RR 1,12 IC 95% 0,58-2,17). Las mujeres > 25 años aclaran antes la infección que las < 25 años aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa (RR 1,15 IC 95% 0,53-2,50)

Conclusiones: La tasa de incidencia de infección por el VPH en estas mujeres es elevada pero también lo es el aclaramiento. No se encuentran diferencias significativas en la incidencia y el aclaramiento del VPH según el país de origen ni tampoco por grupos de edad. El seguimiento de toda la cohorte permitirá aumentar la potencia estadística del estudio para valorar estos resultados

CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN POR VIRUS VARICELA-ZOSTER EN LA COMUNIDAD DE MADRID 2002-2004

C. García-Fernández, M. Ordoñez, A. Estirado, A. Gutiérrez, L. García, S. Cañellas, I. Rodero y J. García

Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Antecedentes/objetivos: En julio de 2005 se modificó el calendario de vacunaciones sistemáticas en la Comunidad de Madrid (CM) introduciendo la vacuna de varicela a niños de 11 años que no referían haber pasado la enfermedad, ni haber sido vacunados. Este estudio pretende conocer las características clínicas y de riesgo de la infección por virus varicela-zoster en la época prevacunacional.

Métodos: Estudio descriptivo de varicela y herpes zoster (HZ) en la CM durante el periodo 2002-2004. Las fuentes de información utilizadas han sido la Red de Médicos Centinelas (RMC) representativa de la población de la CM y el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que recoge las altas de hospitales públicos y privados. La RMC permite conocer la incidencia de varicela-HZ y las características de persona para ambas enfermedades. Respecto a varicela se analizan variables de exposición y complicaciones. Se utilizó el CMBD para conocer las características de los casos graves de varicela y HZ. Se seleccionaron los casos que presentaban los códigos (CIE-9-MC) correspondientes a varicela (052,0-052,9) y HZ (053,0-053,9) en el diagnóstico principal. Se analizaron edad, sexo, estancia media, complicaciones y a través de los diagnósticos secundarios patología subyacente causante de inmunosupresión. Se consideró como tal la infección por VIH (079.5 y 042), los trasplantes (V42), radioterapia/quimioterapia (V58.0 y V58.1) neoplasias (140 a 239) e inmunodeficiencias (279).

Resultados: La incidencia media anual estandarizada por población europea fue 1136,9 casos de varicela por 10⁵ habitantes y 322,1 de HZ. La mediana de edad fue de 4 años en varicela y 62 en HZ, con predominio femenino en HZ. La principal fuente de infección en varicela fue la exposición a otro caso, 67%. La incidencia media anual de ingresos ha sido de 5,1 por 10⁵ habitantes en varicela y 3,0 en HZ, siendo la mediana en días de ingreso de 5 en ambas. El patrón de edad de ingresados es similar al de la RMC, con un ligero predominio en hombres con varicela y mujeres con HZ. El 24% de los ingresados por varicela presentaron neumonitis y el 2,4% complicaciones neurológicas. En HZ las complicaciones más frecuentes fueron neurológicas, 36,1% y oftalmológicas 10,6%. El 9,7% de los ingresados presentaban algún criterio de inmunodepresión, siendo de un 35,9% en HZ. El 1% de los ingresos por varicela y 1,9% de HZ fallecieron.

Conclusiones: La repercusión sanitaria de la varicela-HZ ha sido importante en la época prevacunacional, más en los casos que presentaban patología subyacente. Es necesario seguir monitorizando estas enfermedades para detectar los cambios que pueda producir la vacunación.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA EN NAVARRA. IMPACTO DE LA VACUNA CONJUGADA

A. Barriarte¹, M. Arriazu¹, M. García Cenoz¹, F. Irisarri¹, L. Torroba², A. Gil-Setas³ y J. Castilla¹

1Instituto de Salud Pública de Navarra, Pamplona. 2Hospital Virgen del Camino, Pamplona. 3Ambulatorio General Solchaga, Pamplona.

Antecedentes: En 2001 se comercializó en España la vacuna neumocócica conjugada heptavalente (VNC7), que había demostrado alta eficacia en la prevención de enfermedad neumocócica invasora (ENI) por serotipos incluidos en la vacuna. Hemos evaluado el impacto de esta vacuna en la incidencia de ENI en Navarra

Métodos: Los laboratorios de microbiología de Navarra declaran desde 2000 todos los aislamientos de *S pneumoniae* en muestras de sangre, líquido cefalorraquídeo o de otros lugares normalmente estériles. Analizamos la incidencia de ENI en niños < 5 años entre las semanas 41 de 2000 y 40 de 2005

Resultados: Entre las temporadas 2000-2001 y 2004-2005 la población < 5 años aumentó de 26.690 a 29.634 y las dosis de VNC7 vendidas de 96 a 11.518. Asumiendo pautas de 4 dosis por niño, la proporción de vacunados habría aumentado del 0,1% al 27% (al 48% en < 2 años). Entre las 5 temporadas se diagnosticaron 103 casos de ENI. La incidencia presentó oscilaciones importantes incluso antes de que pudiera esperarse el efecto de la VNC7, con un aumento de 67 a 86 casos por 100.000 entre las temporadas 2000-2001 y 2001-2002 (p = 0,445). La incidencia de ENI por serotipos incluidos en la vacuna alcanzó el máximo en la temporada 2001-2002 (47 por 100.000) y, coincidiendo con la extensión de la VNC7 disminuyó un 78% hasta 10 por 100.000 en la temporada 2004-2005 (p = 0,017). En ese mismo periodo la incidencia de ENI por serotipos no vacunales aumentó un 63% (de 35 a 57 por 100.000) y, aunque este cambio no alcanza significación estadística (p = 0,235), contrarrestó en gran parte el efecto positivo atribuible a la vacuna. La incidencia global de ENI disminuyó entre ambos periodos sólo un 22% (de 86 a 67 por 100.000, p = 0,433). El porcentaje de casos de ENI que habían recibido la VNC7 aumentó progresivamente hasta alcanzar el 45% en la temporada 2004-2005 (p < 0,0001). Las formas más graves de ENI (meningitis y neumonía), supusieron el 42% de los casos, sin cambios significativos a lo largo del periodo (p = 0,442). El porcentaje de bacteriemias sin foco, que es indicador de la exhaustividad de la declaración, no mostró ninguna tendencia definida (p = 0,539) ni cambios significativos (p = 0,428) que afecten a la comparabilidad en el tiempo

Conclusiones: La incidencia de ENI presenta gran variabilidad, lo que dificulta la evaluación del impacto de la vacuna. La eficacia de la VNC7 no se traduce en el descenso esperado de la incidencia de ENI, debido el aumento de casos por serotipos no cubiertos por la vacuna. Este reemplazo de serotipos hace que la inclusión de la VNC7 en el calendario vacunal infantil sea cuestionable

AUSENCIA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN DONANTES DE SANGRE HBSAG NEGATIVOS Y ANTI-HBC POSITIVOS

L. González-Ponte¹, T. Dierssen-Sotos^{2,3}, P. Rodríguez-Cundín^{2,3} y J. Llorca⁴

1Hospital de Laredo. 2Gerencia del Servicio Cántabro de Salud. 3Medicina Preventiva. Universidad de Cantabria.

Antecedentes/objetivos: El riesgo actual de infección postrafusional se estima en 0,4-5 trasmisiones del VIH, 4-36 del virus de la hepatitis C y 7-32 del virus de la hepatitis B (VHB) por millón de unidades de sangre. Por lo tanto, el VHB vuelve a ser el principal riesgo de infección en transfusiones sanguíneas. Tradicionalmente, se consideraba que los sujetos con HbsAg negativo no eran portadores del VHB por lo que podían ser donantes seguros; sin embargo, se ha comprobado que 3 de 6 hígados y 1 de 42 riñones trasplantados desde donantes con HbsAg negativo y Anti-HBc positivo han transmitido la hepatitis B. Se ha producido la detección de ADN del VHB en sangre de sujetos con HbsAg negativo y anti-HBc positivo, aunque con prevalencias muy variables (0 - 50%); ninguno de dichos estudios se ha realizado en España, por lo que este trabajo es el primero en nuestro medio en determinar la presencia o ausencia del VHB en este tipo de donantes.

Métodos: El estudio se llevó a cabo en el Banco de Sangre de Cantabria. De 9078 donaciones consecutivas con HbsAg negativo, 421 resultaron positivas para anti-HBc. En ellas, se procedió a la búsqueda de ADN del VHB mediante reacción en cadena de la polimerasa y amplificación mediada por la transcriptasa.

Resultados: No se encontró ADN del VHB en ninguna de las muestras estudiadas (IC 95%: 0,0 - 0,7%). La realización de controles externos al laboratorio, así como la repetición de la búsqueda de ADN en posteriores donaciones de los mismos sujetos descartan que el resultado negativo pueda deberse a errores de laboratorio. Los diferentes resultados hallados en varios estudios erróneos se atribuyen a diferencias en el genotipo del VHB, en la carga viral -en función, por ejemplo, de la raza o de la distribución geográfica- o a la presencia de diferentes polimorfismos del complejo mayor de histocompatibilidad.

Conclusiones: En nuestro medio, los donantes con HbsAg negativo y anti-HBc positivo no son portadores del VHB, por lo que pueden considerarse seguros como fuente de donaciones.

Este proyecto ha sido financiado por el FIS (PI021034)

EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA

M. Martín Millán^{1,2}, C. Fariñas Álvarez¹, MC Fariñas², G. Gutiérrez-Marcos³, M. López-Brea³ y J. Llorca⁴

¹Medicina Preventiva, Hospital Sierrallana. ²Enfermedades Infecciosas, Hospital U. Marqués de Valdecilla. ³Gerencias de Atención Primaria 1 y 2. ⁴Medicina Preventiva, Universidad de Cantabria

Antecedentes/objetivos: En el año 2002, se inició en Cantabria la vacunación antineumocócica con la vacuna 23-valente que incluía por primera vez la indicación de vacunación en sujetos inmunocompetentes \geq de 65 años. Dado existen controversias sobre el grado de efectividad de la vacuna y aprovechando la oportunidad única que suponía la reciente implantación del programa, nos planteamos como objetivo valorar la efectividad de dicho programa de vacunación en Cantabria para la prevención de la Enfermedad Neumocócica Invasiva (ENI).

Métodos: estudio prospectivo realizado en los hospitales públicos de Cantabria desde enero de 2003 hasta abril de 2005. A través de los laboratorios de microbiología, se identificó a los pacientes con aislamiento de *S. pneumoniae* en cualquier tejido normalmente estéril. Las cepas se serotiparon en el Centro Nacional de Microbiología. Con los casos con indicación de vacunación para la vacuna 23-valente se realizó un estudio de casos y controles emparejado 1:1 por sexo, hospital de ingreso, edad, fecha de ingreso y misma indicación de vacunación. La información se recogió de las historias clínicas hospitalarias y de atención primaria. Se calculó la efectividad vacunal mediante regresión logística condicional.

Resultados: se han incluido 134 casos de ENI. La incidencia anual ha sido de 9 casos/100.000 habitantes. 11 no pudieron ser serotipados (8%), 14 (10%) no ingresaron, 42 (31%) no tenían ninguna indicación de vacunación y 4 (3%) no eran residentes en Cantabria. Los 73 (55%) pacientes restantes se emparejaron con 73 controles. El 76% de los serotipos en > 2 años estaban incluidos en la vacuna 23-valente, mientras que sólo el 38% de los serotipos aislados en ≤ 2 años lo estaban en la vacuna 7-valente. La efectividad global de la vacunación fue 25% (IC 95%: $< 0-65\%$); mayor en los inmunocompetentes (34%; IC 95%: $< 0-70\%$), y menor en los inmunodeprimidos (0%; IC 95%: $< 0-70\%$). En el grupo 65 años o más, la efectividad fue del 17% (IC 95%: $< 0-64\%$). Se encontró un aumento de la efectividad en el periodo gripal (diciembre-febrero) (60%; IC 95%: $< 0-92\%$) y en los sujetos vacunados de la gripe (34%; IC 95%: $< 0-89\%$). La efectividad fue mayor en todos los grupos para los serotipos vacunables, aunque en ningún caso fue significativa.

Conclusiones: La incidencia de ENI en Cantabria ha sido ligeramente menor que la estimada en Cataluña. A diferencia de otros estudios, no se ha encontrado que la vacuna sea efectiva, ni globalmente, ni en ninguno de los subgrupos de pacientes analizados. Este proyecto ha sido financiado por el FIS (PI021754).