

## PÓSTER

Jueves, 18 de octubre de 2007  
18:00 a 19:45

### Brotos epidémicos 2

*Modera: Cristina Ruiz Sopeña*  
*Consejería de Sanidad. Castilla y León*

#### **BROTE DE GASTROENTERITIS POR NOROVIRUS EN UN HOTEL DE LA ZONA NORTE DE ALMERÍA**

P. Barroso García, M.A. Martín Linares, M.L. Delgado Muriel, A. Guillón González, C. Santana Góngora  
*Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.*

**Antecedentes/objetivos:** El día 14 de marzo de 2006, un médico de un Servicio de Atención Continuada notificó a la Red de Alerta un brote de gastroenteritis. Había atendido a cuatro personas con clínica de gastroenteritis, hospedados en un hotel de un municipio de la zona Norte de Almería. El objetivo planteado fue estudiar la alerta, determinar agente causal y establecer la aportación que realiza la supervisión del establecimiento sobre la inspección inicial.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo. Se planteó un estudio casos controles. Análisis estadístico: Se calcularon frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, y medias y desviaciones estándar para cuantitativas. Se calcularon odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizó test de Chi-cuadrado y corrección de Yates. Se calcularon tasas de ataque. Se realizaron inspecciones del establecimiento y posteriormente, una auditoría de seguridad alimentaria (supervisión del sistema de autocontrol). Se tomaron muestras biológicas y alimentarias.

**Resultados:** Se registraron 41 afectados (una de ellas trabajadora del hotel). La media de edad de los casos fue de 71,4 años, con una mediana de 72 y desviación estándar de 7,9. Un 61% fueron mujeres. Los síntomas más frecuentes fueron diarrea (84%) y vómitos (80%). Uno de los casos precisó hospitalización. La evolución del resto de casos fue favorable, con curación en 2-3 días con dieta. El mayor número de afectados inició síntomas en el período comprendido entre los días 11 y 15 de marzo. Se encuestaron 25 casos y 15 controles. La tasa de ataque global fue de 8,9% (para trabajadores 3% y para hospedados 9,4%). En el análisis casos-controles no se encontró asociación con ningún alimento. En las inspecciones se detectaron malas prácticas de manipulación y en la supervisión además, se pusieron de manifiesto deficiencias en las instalaciones, en los procesos de elaboración y en la implantación de los Planes Generales de Higiene (prerrequisitos). Dos de los coprocultivos de afectados fueron positivos a Norovirus, los de manipuladores fueron negativos (no se realizó estudio de virus). Las muestras de alimentos fueron negativas.

**Conclusiones:** Se confirmó brote por Norovirus en un establecimiento público. No se pudo confirmar el mecanismo de transmisión aunque se considera como más probable la transmisión persona a persona. Aunque no se encontró relación con alimentos, se detectó mala praxis de manipulación. Tras la supervisión se identificaron algunos peligros significativos no contemplados por el establecimiento en su sistema de autocontrol, lo cual dota a esta herramienta de un valor añadido en el estudio de la identificación de factores contribuyentes e incluso desencadenantes de un brote.

**BROTOS DE INFECCIONES E INTOXICACIONES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO: 1998-2006**

D. Coll Jordá, M.L. Iruretagoyena Sánchez, J. García González, J.M. Arteagoitia Xpe

*Dirección de Salud Pública, Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.*

**Antecedentes/objetivos:** Las enfermedades transmitidas por agua y alimentos son un problema importante y creciente para la salud pública. La declaración de brotes es la fuente principal de vigilancia de estas enfermedades al objeto de conocer la epidemiología de la enfermedad, determinar los agentes contribuyentes y planificar estrategias dirigidas a su control. **Objetivos:** Describir las características principales de los brotes de enfermedades de transmisión alimentaria notificados en la CAPV en el periodo 1998-2006. Determinar los factores contribuyentes más frecuentes y las medidas de control y prevención aplicadas.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los brotes de enfermedades de transmisión alimentaria notificados en el periodo 1998-2006. Se estudiaron diferentes variables: temporo-espaciales, agente causal, mecanismo de transmisión y medidas de control.

**Resultados:** Se han notificado un total de 503 brotes, observándose una tendencia descendente a partir del año 2002. El número de afectados registrados fue de 6.738 personas. El 68% de los brotes tienen 10 o menos afectados y el 49,9% tienen 5 o menos afectados. Los brotes con un número de afectados mayor de 100 suponen sólo un 1,1% del total. Se identificó el agente etiológico responsable en 372 brotes, siendo en el 83% del género *Salmonella*. El 90,9% de los brotes son por transmisión alimentaria y un 3% hídrica. El alimento más frecuentemente implicado (56,5%) fueron derivados del huevo. El alimento se contaminó en establecimientos de restauración colectiva (58,6%) seguido de domicilios particulares (16,3%). Los factores contribuyentes más frecuentes son: mantenimiento y cocinado inadecuado, 36,62% y 30,42% respectivamente, la preparación con gran antelación (23,38%) y otras manipulaciones incorrectas (17,18%). En relación a las medidas adoptadas, las más frecuentes han sido las inspecciones del local y la toma de medidas en el caso de que estuviera indicado y la educación sanitaria en los casos de manipulaciones inadecuadas de los alimentos.

**Conclusiones:** El número de brotes notificados en la CAPV presenta una tendencia descendente desde 2002. Debido a cambios en los patrones de presentación, mayor frecuencia de brotes pequeños, es difícil su vigilancia por lo que deben extremarse las medidas de control y prevención. La manipulación incorrecta es uno de los factores contribuyentes más frecuentes, principalmente en restauración colectiva. Es necesario evaluar la formación que reciben los manipuladores de alimentos.

**BROTOS DE TRIQUINOSIS EN CASTILLA Y LEÓN. AÑOS 2001 A MARZO DE 2007**

C. Martín, C. Ruiz,

*Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.*

**Antecedentes/objetivos:** La triquinosis es una enfermedad zoonótica debida al consumo de carne que contiene larvas de *Trichinella*. En Europa hay cuatro especies de triquinas: *Trichinella spiralis* (cosmopolita), *T. britovi* (fauna salvaje de montañas), *T. nativa* (animales salvajes de regiones frías) y *T. pseudospiralis* (especie no encapsulada cosmopolita). La triquinosis humana produce fiebre alta, edema facial, miositis y eosinofilia. Puede ser una enfermedad grave, especialmente en personas mayores. La vigilancia epidemiológica está regulada a nivel nacional por el Decreto 2210/1995 y en Castilla y León por el Decreto 69/2006. El objetivo es describir los brotes de triquinosis declarados en Castilla y León en estas 7 últimas temporadas de caza.

**Métodos:** Todos los brotes notificados son objeto de estudio epidemiológico para analizar las causas y establecer medidas de control que minimicen el impacto del brote e impidan que se produzcan otros. Para su estudio se utilizan los protocolos del Centro Nacional de Epidemiología (definición de caso, recogida de variables, análisis, medidas de control e informe).

**Resultados:** Se han notificado 7 brotes de triquinosis, en 5 provincias de Castilla y León. Se han afectado 94 personas, 5 de ellas ingresadas; con más de 180 personas expuestas. Un brote fue importado (producto de cerdo procedente de país sudamericano) y otro brote fue exportado (enfermaron personas residentes en país europeo). La mayoría de los brotes se debieron a consumo de jabalí que en algunos casos había sido previamente analizado. La distribución por años ha sido: un brote en 2001, uno en 2003, uno en 2005, dos en 2006 y dos en 2007. En un brote, la distribución del producto se realizó en un bar. En cuatro ocasiones se determinó *Trichinella britovi*, en una *T. spiralis* y en dos *T. spp.* En dos casos no se realizó triquinoscopia y en otros dos sólo parcialmente.

**Conclusiones:** A pesar de que las actuaciones de seguridad alimentaria garantizan la correcta higiene de los alimentos comercializados, esto no ocurre con los alimentos de manipulación casera, como la elaboración y consumo caseros de productos de cacerías de jabalí, con gran tradición familiar en nuestro país, a consecuencia de lo cual se siguen produciendo brotes con un gran número de personas expuestas y afectadas. Los factores de índole legal (distribución u obtención ilegal) tienen una gran influencia en la ausencia de estudio veterinario previo al consumo de estos productos. Deben implantarse medidas de este tipo. La técnica utilizada rutinariamente (triquinoscopia) ha demostrado ser poco sensible para asegurar un resultado fiable. Se necesitan recomendaciones y protocolos para optimizar los procedimientos de análisis.

**BROTE DE ALERGIAS POR PROCESIONARIA DEL PINO EN UN FIN DE SEMANA SOLEADO. CORDOBA, ESPAÑA-MARZO 2007**

N. Gerónimo, L. Gerstel, D. Herrera, J. Donado, A. Barrasa

*PEAC, CNE, ISCIII; Programa Europeo de Entrenamiento en Epidemiología de Intervención (EPIET).*

**Antecedentes/objetivos:** El 5 de marzo del 2007 un Centro de Urgencias en Córdoba informó a los Servicios de Epidemiología de unas 40 personas con urticaria, atendidas en ese soleado fin de semana. Algunos referían haber estado en la ruta de una competición anual de coches (rally). La oruga procesionaria es un parásito del pino, común en Córdoba, y existen programas de fumigación. Con los primeros días soleados de primavera salen de sus nidos, causando alergias aisladas, tipo urticaria, conjuntivitis o asma, por contacto directo con sus espiculas (pelos). En Europa se han descrito brotes de alergias por procesionaria del roble con espiculas aerotransportadas. Se sospechó que los casos en Córdoba eran parte de un brote de alergias por la procesionaria del pino. Se realizó un estudio descriptivo para confirmar el brote, describir casos, posibles causas, modos de transmisión y hacer recomendaciones.

**Métodos:** Se describieron los casos según edad y sexo; lugar, fecha y hora de atención; diagnóstico, lugares visitados, previo a los síntomas; contacto con orugas, etc. Se visitaron lugares de reunión comunes entre los casos. Caso sospechoso: Persona atendida en Urgencias de la ciudad de Córdoba, entre el 2 y el 5 de marzo de 2007, con aparición súbita de: urticaria, conjuntivitis, faringitis o asma. Caso probable: Caso sospechoso que estuvo en el rally, el sitio de picnic "Los Villares" u otro sitio con pinos donde se haya observado orugas procesionarias. Se revisaron fichas de Urgencias y se entrevistó por teléfono a los casos sospechosos.

**Resultados:** Se identificaron 229 casos sospechosos, con una media de edad de 20 años (rango 2-84), 123 (53,7%) de sexo masculino. En total, 155 casos (67,7%) presentaron urticaria. No hubo hospitalizados. Se entrevistaron 52 casos (22%), de los cuales 29 resultaron probables. Veintiséte (93%) presentaron urticaria como síntoma principal. Once casos probables estuvieron en el rally, 5 en Los Villares y 13 en otros sitios con pinos. Ningún caso reportó haber tocado las orugas. En los pinos de "Los Villares" y la ruta del rally se encontraron abundantes nidos de procesionaria vacíos.

**Conclusiones:** Se confirmó un brote de alergias atribuible a la procesionaria del pino en Córdoba, favorecido por el buen tiempo. Las espiculas fueron probablemente aerotransportadas. El síntoma principal fue la urticaria, sin riesgo vital. El número de casos podría estar subestimado porque se investigó sólo en los Servicios de Urgencias. Recomendamos continuar la fumigación preventiva, informar al público, preparar los Servicios cordobeses de Salud y Epidemiología para las alergias por procesionaria en primavera y hacer estudios adicionales de su impacto.

**BROTOS DE TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS EN CASTILLA Y LEÓN EN LOS AÑOS 1994 A 2006**

C. Martín; C. Ruiz,

*Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.*

**Antecedentes/objetivos:** El control efectivo de las enfermedades transmitidas por agua y alimentos debe basarse tanto en la evaluación de la información sobre los riesgos alimentarios como en la incidencia y características epidemiológicas de estas enfermedades. Desde 1980, la Organización Mundial de la Salud desarrolla un Programa de Vigilancia para el Control de Infecciones e Intoxicaciones Transmitidas por Alimentos en Europa, al que Castilla y León está incorporada desde 1986. Desde el año 1988 existe un Equipo Multidisciplinario de Investigación Epidemiológica responsable del estudio de los brotes fundamentalmente de ámbito colectivo. Se presenta el resumen de los datos sobre brotes de las Toxiinfecciones Alimentarias declarados en Castilla y León en los últimos trece años.

**Métodos:** Todos los brotes notificados son objeto de estudio epidemiológico para analizar las causas y establecer medidas de control que minimicen el impacto del brote e impidan que se produzcan otros. Para su estudio se utilizan los protocolos del Centro Nacional de Epidemiología (definición de caso, recogida de variables, análisis, medidas de control e informe).

**Resultados:** Durante este periodo, se han declarado 777 brotes de TIA que han provocado 16794 enfermos, de los que 1161 (7%) fueron hospitalizados. Un 55,7% de las TIA ocurren en el ámbito colectivo. El agente responsable ha podido ser identificado en los alimentos y/o en las muestras humanas en el 69,5% de los brotes. La *Salmonella* ha sido aislada en el 51% de todos los brotes y cerca del 75% de todos los brotes con agente conocido, con un alto porcentaje de hospitalizados. Existe una recrudescencia de la declaración de los brotes en relación con el aumento de las temperaturas. Los huevos o los productos a base de huevos crudos o poco cocinados han sido los responsables del 38% de todos los brotes. Al menos un factor contribuyente del brote ha sido recogido en prácticamente todos los brotes. Más de la mitad de estos factores se relacionan con errores en la preparación o tiempo excesivo entre la preparación de los brotes en relación con los últimos años aumenta la proporción de informes en los que no se recogen ni los factores contribuyentes ni las medidas de control adoptadas.

**Conclusiones:** Se debe ponderar la supremacía absoluta de la *Salmonella* como agente productor de brotes de toxiinfección alimentaria e intensificar los esfuerzos tanto en mejorar la declaración de brotes de cualquier etiología como en la mejora en el diagnóstico etiológico. Se ha de aprovechar y relanzar la colaboración existente desde 1988 entre los servicios de sanidad humana y veterinaria a fin de responder mejor a los objetivos de seguridad sanitaria de los alimentos.

**BROTE POR ACINETOBACTER BAUMMANII MULTIRRESISTENTE (ABMR) EN DOS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL**

V. Fuentes Gómez, P. Gavira Albiach, F. Fontalba Díaz, A. del Arco Jiménez, I. López Rodríguez, F. Fernández Sánchez  
*Hospital Costa del Sol.*

**Antecedentes/objetivos:** Desde 2005, dentro del Programa de Control de Gérmenes Multirresistentes de nuestro Hospital se mantiene activo un registro dinámico de todos los casos incidentes diagnosticados de infección/colonización por gérmenes multirresistentes de especial vigilancia, lo que nos ha permitido realizar un seguimiento estrecho de todos los casos nuevos de infección/colonización por *Acinetobacter baumannii* Multirresistente (ABMR) en pacientes ingresados desde esa fecha.

**Métodos:** Estudio descriptivo de un brote de infección/colonización nosocomial por *Acinetobacter baumannii* ocurrido durante los meses de febrero y marzo de 2007 en dos unidades de hospitalización. Caso: Paciente ingresado o con antecedente de hospitalización reciente en alguna de las unidades afectadas del que en muestra clínica o de despistaje se aísla ABMR. Infección: presencia de signos clínicos de infección y aislamiento de ABMR en muestras clínicas. Colonización: ausencia de signos clínicos de infección y aislamiento de ABMR en muestras clínicas o de despistaje.

**Resultados:** Entre el 02/02 y el 06/03/07 se detectan 8 casos de infección/colonización en sendos pacientes ingresados en las unidades de M. Interna (5) y Traumatología (3). La tasa de ataque durante el período estudiado fue del 1.98%, la densidad de incidencia de casos del 2.68 por mil estancias. En 7 casos se trató de infección (87.5%) frente a uno sólo de colonización (12.5%), la edad media fue de 71 años para los varones y 72 para las mujeres, la distribución por sexos fue del 50%. Los aislamientos se produjeron en exudado de herida (12.5%), orina (25%), esputo/BAS (50%) y screening rectal (12.5%). Cuatro de los casos fueron resistentes a imipenem. Se produjo éxitus en 3 pacientes (37.5%). Entre las medidas adoptadas para el control del brote se procedió a la toma de muestras ambientales (hospitalización y controles de enfermería) que resultaron negativas en su totalidad, impronta de manos de personal en la unidad de Medicina con dos portadores de ABMR (2/15: 13.3%) y despistaje de pacientes colonizados (faringe, piel y recto) en esta misma unidad con resultados también negativos. Las 8 muestras enviadas al laboratorio de referencia para su tipado correspondieron todas a la misma cepa.

**Conclusiones:** Se confirma la existencia de un brote por ABMR, provocado por una sola cepa, el factor determinante ha sido la transmisión cruzada a través de las manos, dados los resultados de las improntas y la ausencia de fuente común en muestras de fómites y superficies. Una vez el germen ha penetrado en la institución es posible esperar una situación de baja endemicidad con microbrotes esporádicos debidos a la transmisión horizontal de alguna cepa.

**ESTUDIO DE UN BROTE DE DIARREA EN UN GRUPO DE TURISTAS QUE VIAJARON A LA INDIA. RELACIÓN CON DOS CASOS DE CÓLERA**

A. Villaverde, A. Martín, A. Barrasa, E.V. Martínez, C. Varela, G. Hernández, F. Simón, D. Herrera, S. de Mateo Ontañón

*Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC). Centro Nacional de Epidemiología; Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología; Unidad de Alertas, Centro Nacional de Epidemiología.*

**Antecedentes/objetivos:** En octubre de 2006 se confirmó *Vibrio cholerae* toxigénico O1 Inaba biotipo El Tor en dos turistas españoles procedentes de la India que realizaron un viaje a la zona del triángulo Golden del 24 de septiembre al 1 de octubre. El grupo estaba compuesto por 109 personas procedentes de 13 Comunidades Autónomas (CCAA). El objetivo del estudio fue confirmar y describir el brote de diarrea asociado a los dos casos de cólera importados de la India en sus características de tiempo, lugar y persona, con el fin de proponer las medidas de control y recomendaciones oportunas.

**Métodos:** Estudio descriptivo del brote. Fuentes de información: listado de viajes, itinerario del viaje y la información de los vuelos. Las CCAA realizaron una búsqueda activa de casos y recomendaron coprocultivo para el aislamiento de *V. cholerae* perteneciente a los grupos O1 u O139. Las variables recogidas en los casos con diarrea fueron: fecha de inicio, síntomas, duración, curación, realización de coprocultivo y resultados. La definición de caso fue toda persona que viajó a la India en el grupo de turistas donde se confirmaron los dos casos de cólera y tuvo síndrome gastrointestinal entre el 25 de septiembre y el 6 de octubre del 2006.

**Resultados:** Se identificaron un total de 34 casos con diarrea, 18 fueron hombres. En cuanto a la sintomatología sólo se obtuvo información del 44% de los casos: 5 tuvieron dolor abdominal, 2 tuvieron fiebre y 1 vómitos, 6 necesitaron atención médica, en 5 se prescribió antibioterapia y 2 precisaron rehidratación oral. Los primeros casos se iniciaron el 25 de septiembre y el último el 6 de octubre, hubo dos picos los días 1 y 2 de octubre. Se realizaron coprocultivos en 27 de los 34 casos, siendo negativo para *Vibrio cholerae* en 13 y no se recibió información de los resultados en 14 de ellos. Hay que destacar que en algunos casos los coprocultivos se realizaron posteriormente a la toma de antibióticos y en otros no se llevo a cabo la búsqueda específica de *Vibrio cholerae*. No se obtuvo información detallada de los casos por parte de algunas CCAA.

**Conclusiones:** Se confirmó la existencia de un brote de diarrea asociado a 2 casos de cólera importados de la India. Se recomienda evitar el retraso en las notificaciones y agilizar los mecanismos necesarios para la investigación y respuesta rápida ante este tipo de brotes que afectan a varias CCAA y garantizar que la información facilitada por las CCAA este estandarizada.

**BROTE DE PAROTIDITIS EN SARIÑENA (HUESCA)**

J. Cascante, L. Puell, D. Montaner, M. Casas, J. Urbán, A. Larrosa, A. Barrasa, D. Herrera

*Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional de Epidemiología; Servicio de Epidemiología de la Dirección Provincial de Salud Pública de Huesca.*

**Antecedentes/objetivos:** Entre el 28 de abril y el 8 de mayo se notificaron a la Dirección Provincial de Salud Pública de Huesca 39 casos de parotiditis en residentes en Sariñena (Huesca) o personas relacionadas directamente con su población. El objetivo de este estudio es confirmar la existencia del brote y caracterizarlo.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de los casos que se definieron como habitantes de Sariñena o contactos de los mismos que, entre el 6 de abril y el 8 de mayo de 2007, presentaron una enfermedad caracterizada por la aparición aguda de hinchazón unilateral o bilateral, sensible al tacto y autolimitada, de la parótida u otras glándulas salivares, cuya duración es mayor de 2 días y que no tiene ninguna otra causa aparente.

**Resultados:** De los 39 casos notificados, el 60% tenía entre 19 y 22 años de edad; el 80% eran estudiantes o desarrollaban alguna actividad docente; el 25% no estaban vacunados, el 45% estaban insuficientemente vacunados (un 10% de estos recibieron una sola dosis y el 90% restante una segunda dosis de Rubini) y el 30% estaban correctamente vacunados. El comienzo de los síntomas del primer caso sucedió entre 14 y 22 días antes de la fecha de inicio de síntomas del 80% de los casos restantes. El 50% de los enfermos habían frecuentado un local público de la localidad de Sariñena, que también frecuentaba el primer caso. Se pudo verificar la existencia de contactos potencialmente infectantes entre el primer caso y 14 de los casos restantes, que acudían a 10 centros de enseñanza, ubicados en Sariñena, Huesca, Zaragoza y Barcelona.

**Conclusiones:** La investigación epidemiológica sugiere que a partir de una fuente de exposición única, en un plazo de 10 días, se ha producido un brote de parotiditis en un grupo de adolescentes y jóvenes. La movilidad, la intensa actividad social y la susceptibilidad a la parotiditis de los sujetos de 19 a 22 años de edad, relacionada con la administración de vacunas de la cepa Rubini entre 1996 y 1999, configuran unas condiciones favorables para la propagación del virus de la parotiditis en Aragón y en toda España. La aparición de casos en sujetos correctamente vacunados (el 30%) muestra la eficacia relativa de la vacunación y sugiere la conveniencia de hacer un estudio sobre la eficacia vacunal. Se deben establecer procedimientos para la vigilancia, notificación, aislamiento, estudio de contactos y vacunación ante la aparición de un caso de parotiditis en un Centro de Enseñanza.

**INTOXICACIÓN ALIMENTARIA EN UN BURGUER DEL DISTRITO SANITARIO JAÉN**

M.L. Gómez Mata, J. Gata Díaz, M. Mariscal Ortiz, I. Sillero Arenas, L. Muñoz Collado, I. Ortega Martínez

*Districto Sanitario Jaén; Delegación Provincial de Salud Jaén; Universidad de Jaén.*

**Antecedentes/objetivos:** El 26 de septiembre de 2006 se notifica la existencia de dos casos de gastroenteritis relacionados probablemente con la ingestión de comida rápida en un burger de Jaén. El mismo día se notifica a todos los centros de salud de Jaén, la existencia de un posible brote de gastroenteritis relacionado con la ingestión de alimentos en una hamburguesería solicitando la notificación de casos atendidos que pudieran estar en relación con el brote. El objetivo del trabajo es realizar el estudio epidemiológico para establecer el origen del brote, sus factores condicionantes y analizar las medidas de control.

**Métodos:** Estudio descriptivo del brote. Se han realizado encuestas epidemiológicas investigando variables de persona y exposición en personas que acudieron al burger entre el 22 y 24 de septiembre de 2006. Se procede a la definición de caso clínico y de caso confirmado. Se realiza inspección del local, incluyendo el ámbito alimentario y ambiental, así como estudio de manipuladores. Se toman de muestras biológicas y alimentarias.

**Resultados:** Se presentan 11 casos con una incidencia máxima entre el 26 y 27 de Septiembre de 2006. El 55% de los casos eran hombres. La media de edad se sitúa en 22.6 años. El período de incubación entre 24-48 horas, con una duración media de la enfermedad de 2-3 días. El porcentaje de ingresos fue del 9%. La clínica que presentaron los casos: 100% de los casos diarrea y fiebre y el 50% vómitos. Las muestras biológicas de los enfermos son positivas a *Salmonella* serogrupo B. Se recogen muestras alimentarias (huevos frescos de gallina) cuya analítica es negativa para los gérmenes investigados. Los resultados analíticos de los manipuladores de alimentos son negativas para *Salmonella* y *Estafilococo*. En la inspección ambiental/alimentaria se recoge: el establecimiento no dispone de sistema de autocontrol, no posee lavamanos de operarios, presencia de grasa y suciedad en paredes, extractor de humos y almacén, no dispone de certificados de manipuladores de alimentos ni programa de formación del personal, las cámaras y vitrinas frigoríficas no disponen de termómetro. Las medidas de control adoptadas fueron: inspección del local, estudio de manipuladores, suspensión de actividad e investigación del proveedor de huevos. Las recomendaciones realizadas: Aplicación de unos Planes generales de higiene por parte del propietario y programar una supervisión de los mismos en el primer trimestre de 2007.

**Conclusiones:** Brote de toxoinfección alimentaria por *Salmonella*. Entre los factores condicionantes se encuentra: Contaminación cruzada, deficiente manipulación y almacenaje inadecuado de alimentos, deficiencias higiénicas generales.

**BROTE EPIDÉMICO POR NOROVIRUS EN UNA CASA DE COLONIAS: IMPLICACIÓN DE UNA MANIPULADORA DE ALIMENTOS**

I. Barrabeig, A. Rovira, R. Bartolomé, J. Buesa, A. Domínguez, y grupo estudio brotes gastroenteritis vírica Catalunya

*U. Vigilancia Epi Costa Ponent; Laboratorio de Microbiología Hospital Vall d'Hebron; DGSP*

**Antecedentes/objetivos:** Un grupo escolar de 72 niños y 8 monitores asistieron a un casal de verano en una población de la provincia de Barcelona durante el mes de julio de 2005. El día 14 de julio, 15 niños presentaron un cuadro de gastroenteritis aguda. Se estableció que la exposición común fue el almuerzo del día 13 de julio. Conocer el agente causal y el mecanismo de transmisión del brote epidémico. Determinar la fuente de infección del mismo.

**Métodos:** Se definió: Expuesto a toda persona que comió algún alimento del almuerzo del día 13 de julio en la casa de colonias. Caso a toda persona expuesta que presentó vómitos y al menos dos de los síntomas: náuseas, dolor abdominal o diarreas. Se realizaron las encuestas epidemiológicas a los expuestos para obtener la información sobre la enfermedad, las posibles fuentes de infección (alimentos, agua, manipuladores de alimentos) y el vehículo de transmisión. Se recogieron muestras de heces de las personas afectadas y de las personas manipuladoras de los alimentos para estudio de virus (detección por RT-PCR y pruebas genotípicas). También se analizaron los alimentos implicados en la comida sospechosa.

**Resultados:** Según la definición establecida hubo 75 personas expuestas, de las cuales 40 fueron caso (tasa de ataque del 53,3%). De estas, 35 (87,5%) fueron jóvenes de 5-14 años y 5 adultos. Los síntomas se iniciaron los días 14 a 15 de julio, situándose el periodo de incubación entre las 25 a 44,5 horas. El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal (90%), seguido por náuseas (85%) y vómitos (70%). El análisis estadístico no permitió establecer el alimento implicado, ya que todos habían comido el mismo menú (paella, redondo de ternera y fruta). El agua era de la red pública con niveles de cloro residual libre de 0,3 mg/l. De las 10 muestras clínicas de las personas afectadas, en 6 de ellas se detectó Norovirus por RT-PCR. Se detectó Norovirus por RT-PCR en una muestra de heces de una manipuladora. Era la auxiliar de cocina que servía cada día la comida. No había consumido el alimento sospechoso. Esta persona estuvo asintomática antes, durante y después del brote, y refirió que no había personas afectadas de gastroenteritis en su ámbito familiar. Las pruebas genotípicas mostraron que los virus detectados en las personas afectadas eran iguales al detectado en la manipuladora.

**Conclusiones:** La hipótesis más plausible fue la de una toxiinfección alimentaria causada por Norovirus y vehiculada por algún alimento de la comida del día 13 de julio. El estudio molecular confirmó que la fuente de exposición de los casos fue la manipuladora de alimentos del mencionado establecimiento.

*Financiación: Proyecto FIS: 03/0877.*

**PÓSTER**

Jueves, 18 de octubre de 2007  
18:00 a 19:45

**Cáncer 2**

*Modera: Cristina Feja  
Universitat de Girona*

**TENDENCIA TEMPORAL DE CÁNCER DE COLON Y RECTO EN LA REGIÓN DE MURCIA**

C. López-Rojo, M.D. Chirlaque, D. Salmerón, I. Valera, J. Tortosa, E. Parraga, M. Márquez, C. Navarro

*Consejería Sanidad, DGSP Murcia.*

**Antecedentes/objetivos:** El cáncer colorrectal es el tumor de presentación más frecuente considerando conjuntamente ambos géneros. La incidencia en zonas mediterráneas ha sido tradicionalmente intermedia en el contexto mundial. Objetivo: estudiar la tendencia en el periodo 1983-2001 del cáncer de colon y recto en la Región de Murcia.

**Métodos:** El registro de cáncer de Murcia (RCM), de base poblacional, recoge datos de tumores incidentes desde 1981. Para este estudio se han seleccionado casos incidentes de cáncer de colon y recto del periodo 1983-2001 distribuidos por grupos quinquenales de edad. La codificación utilizada es la CIEO-2, transformando la morfología y topografía a CIE-10. Para el análisis se han seleccionado los códigos comprendidos entre C18.0-C20.9, literal tumor maligno de colon, unión rectosigmoidea y recto. El porcentaje de casos con confirmación microscópica es elevado siendo en el último periodo mayor del 94%. En el cálculo de tasas se ha utilizado como denominador los padrones de habitantes, padrón continuo, censo, y proyecciones de población de elaboración propia. Las tasas se han ajustado a la población europea estándar (PEE). El análisis de tendencia se ha realizado considerando 4 periodos de 5 años, desde 1983 a 2001. El cambio neto anual y su IC al 95% se han calculado mediante la regresión de Poisson, teniendo en cuenta el efecto edad, periodo y cohorte.

**Resultados:** En el periodo 1983-2001 se han diagnosticado 7167 casos de cáncer de colon y recto en ambos géneros con una tasa ajustada a la PEE que va de 24,9/100.000 para el primer periodo a 43,2 para el último. Éstas van aumentando de forma mantenida en todos los periodos tanto en hombres (rango 26,8-55,6) como en mujeres (23,7-33,7), siendo más acusado en los hombres. Se ha producido un incremento significativo anual del 5,1% (IC 4,5-5,8) en hombres y de 2,9% (IC 2,2-3,5) en mujeres. En ambos sexos el grupo de 55 a 65 es el que mayor incremento presenta, duplicándose las tasas del periodo final respecto al inicial. El cáncer de colon en hombres presenta el mayor ascenso (TRA 5,93%, IC 5,1-6,7), y en el cáncer de recto en mujeres no se observa tendencia (TRA 1,1% IC 0-2,2).

**Conclusiones:** La tendencia temporal del cáncer colon en la Región de Murcia presenta un patrón de evolución ascendente significativo en ambos géneros y de recto en hombres. Por grupos de edad se observa un incremento paulatino conforme aumenta la edad, siendo más acusado en el grupo de 55 a 65 años. La magnitud de las tasas de cáncer de colon y recto y su tendencia justifican fomentar las medidas de prevención primaria actuando sobre los factores de riesgo y secundaria a través de los programas de cribado.

**MORTALIDAD POR CÁNCER DE CÉRVIX EN ESPAÑA 1999-2003: PATRÓN MUNICIPAL**

B. Pérez Gómez, R. Ramis, E. Vidal, N. Aragonés, D. Gómez-Barroso, E. Boldo, V. Lope, M. Pollán, G. López-Abente

*Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).*

**Antecedentes/objetivos:** Los registros de cáncer españoles muestran una gran variabilidad en la incidencia de cáncer de cérvix. Los problemas en la certificación han motivado que su mortalidad habitualmente se estudie agrupada con el resto de los tumores de útero. La paulatina mejora en la calidad de esta información permite que, al menos en el último quinquenio, se pueda hacer una aproximación al patrón geográfico de la mortalidad por este tumor. Este trabajo pretende describir la distribución municipal de la mortalidad por cáncer de cérvix en España usando técnicas espaciales de análisis de áreas pequeñas.

**Métodos:** Se han calculado razones de mortalidad estandarizadas (RME) de cáncer de cérvix de los 8073 municipios españoles para 1999-2003, y posteriormente, sus riesgos relativos (RRs) suavizados utilizando el modelo autorregresivo de Besag, York y Mollie. Los modelos se ajustaron mediante métodos bayesianos de simulación Markov chain Monte Carlo. Se presentan mapas de RME, de RRs suavizados y de la distribución de la probabilidad posterior de que los RR  $\leq 1$ , alternativa bayesiana al valor p.

**Resultados:** Durante 1999-2003 se certificaron 2733 defunciones por cáncer de cérvix. Existe un llamativo exceso de riesgo tanto en las islas Baleares (Mallorca e Ibiza) como en la mayoría de las Islas Canarias. Entre los 130 municipios con RR más elevados sólo hay uno —Huelva, en el lugar 114, con RR = 1,44— que no pertenece a estas Comunidades. En el norte de España se observa también una zona con claro exceso de riesgo en la costa atlántica gallega, más acusado en Vigo, O Porriño y Poio, así como en la ciudad de Gijón. En el sur, la costa atlántica andaluza concentra los municipios con mayores riesgos, destacando algunas capitales provinciales (Córdoba, Huelva, Málaga y Jaén), y algunos municipios onubenses (Lepe, Ayamonte, Punta Umbría), gaditanos (Jerez de la Frontera) y malagueños (Fuengirola, Benalmádena, Torremolinos). Al este, hay que destacar los excesos de riesgo en otros municipios de carácter turístico como San Juan de Alicante, Benidorm, Santa Pola y Calpe. El centro y noreste de la península tienen riesgos bajos, con la llamativa excepción de la ciudad de Barcelona.

**Conclusiones:** Parte de esta distribución podría deberse a la mayor proporción de residentes extranjeros —europeos y extracomunitarios— en las islas, con tasas de incidencia más elevadas en sus países de origen, y a la diferente probabilidad de exposición al virus del papiloma humano de las mujeres residentes en municipios con gran afluencia de turistas veraniegos.

**APROXIMACIÓN FRECUENTISTA Y BAYESIANA EN EL ANÁLISIS DE TENDENCIAS APLICADO A LA INCIDENCIA DEL CÁNCER DE MAMA EN LA REGIÓN DE MURCIA**

D. Salmerón, M.D. Chirlaque, I. Valera, C. López, J. Tortosa, E. Párraga, C. Navarro

*Consejería de Sanidad de Murcia.*

**Antecedentes/objetivos:** El objetivo de este estudio fue realizar una inferencia frecuentista y bayesiana para analizar la incidencia de cáncer de mama (in situ e invasivo) en la región de Murcia en el periodo 1983-2001, utilizando modelos edad, periodo y cohorte.

**Métodos:** Los casos incidentes proceden del Registro de Cáncer de la región de Murcia, y la población a riesgo de los censos y padrones oficiales elaborados por el Instituto Nacional de Estadística. El análisis se ha restringido a las mujeres con edades entre 25 y más años. La edad fue agrupada en quinquenios (25 a 85 y más años), y el periodo 1983-2001, agrupado en periodos de cinco años a excepción del último. Se ajustó un modelo de regresión de Poisson con las variables edad, periodo y cohorte, desde un punto de vista frecuentista. Como el último periodo observado fue de cuatro años, se realizó el análisis bayesiano completando el último periodo hasta cinco años y tratando los casos de dicho periodo como datos no observados y truncados ya que se dispone de cotas inferiores (los casos de 1998-2001).

**Resultados:** Invasivo: tanto el periodo como la cohorte resultan significativas. Los modelos Edad + periodo y Edad + cohorte tienen un buen ajuste a la distribución de Poisson ( $p > 0,8$ ). El modelo Edad + periodo es superior incluso al modelo Edad + periodo + cohorte ( $p > 0,4$ ), y el porcentaje de cambio anual es 2,69% (IC95%: 2,23-3,15). Además no se ha encontrado un efecto periodo aunque sí un efecto lineal del periodo. In situ: tanto el periodo como la cohorte resultan significativas. Los modelos Edad + periodo y Edad + cohorte tienen un buen ajuste a la distribución de Poisson ( $p > 0,65$  y  $p > 0,13$ , respectivamente). El modelo Edad + periodo es superior incluso al modelo Edad + periodo + cohorte ( $p > 0,95$ ), y el porcentaje de cambio anual es 11,54% (IC95%: 8,46-14,70). Además del efecto lineal del periodo, existe también un efecto periodo ( $p < 0,022$ ). Análisis bayesiano: se realizó una inferencia bayesiana completando el último periodo a un total de cinco años y tratando los casos de dicho periodo como datos no observados y truncados. Las medias a posteriori de los parámetros del modelo son parecidas a los estimadores de máxima verosimilitud, aunque presentan mayor incertidumbre debido principalmente a que en último periodo no hemos observado el número de casos sino una parte, los cuatro primeros años. La media a posteriori del coeficiente asociado al periodo (continuo) fue 0,149, y el intervalo creíble al 95% fue 0,115-0,185.

**Conclusiones:** La incidencia de cáncer de mama, tanto in situ como invasivo, está aumentando. Las estimaciones del porcentaje de cambio anual son diferentes según el tumor (invasivo e in situ).

**CÁNCER DE CÉRVIX EN LA PROVINCIA DE GRANADA: INCIDENCIA Y TENDENCIAS, 1985-2002**

E. Pérez, Y.L. Chang, M.J. Sánchez, C. Martínez

*Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública.*

**Antecedentes/objetivos:** El cáncer de cérvix es una de las neoplasias que en la mujer presenta las tasas de incidencia más elevadas en el mundo. En los registros de cáncer de población españoles, la incidencia ha sido tradicionalmente muy baja. En algunos países europeos se ha observado un incremento de las tendencias en generaciones nacidas con posterioridad a 1930. Objetivos: 1) Determinar la incidencia del cáncer de cérvix en la provincia de Granada en el periodo 1998-2002, y 2) Analizar las tendencias temporales de la incidencia en la provincia de Granada, por grupos de edad, en el periodo 1985-2002.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal de base poblacional. La información básica se obtuvo del Registro de Cáncer de Granada. Se incluyeron todos los casos incidentes de cáncer invasivo de cérvix (CIE-O-3: C53) registrados en el periodo 1985-2002 y residentes en la provincia de Granada. Se calcularon tasas de incidencia, brutas y estandarizadas (población europea). Para el análisis de tendencias se utilizó el modelo de regresión loglineal (Joinpoint regresión), que estima el Porcentaje de Cambio Anual (PCA) y su intervalo de confianza al 95%. Se presentan las tendencias para el total del cáncer de cérvix y por grupos de edad: 15-39, 40-49, 50-59, 60-69 y 70 o más años.

**Resultados:** El número total de casos de cáncer de cérvix en el periodo 1998-2002 fue de 166, lo que representó una tasa bruta de 8,1 por 100.000 mujeres. La tasa estandarizada (pobl. europea) fue de 7,7 por 100.000 mujeres. En el periodo 1985-2002 se observó una estabilización de la incidencia de cáncer de cérvix (PCA = -0,4%;  $p > 0,05$ ). Por grupos de edad, se observó una disminución de las tasas de incidencia en las mujeres de 60-69 años, con un PCA de -4,4% (IC95%: -7,0 a -1,8). En el resto de los grupos de edad, no se observaron cambios estadísticamente significativos en la tendencia, si bien se observó un progresivo descenso de las tasas de incidencia en los grupos de 50-59 años y 70 y más, así como un incremento en los grupos de edad de 15 a 39 años con un PCA de +5,3% (IC95%: -0,3 a +11,2) y de 40-49 años con PCA de +3,5% (IC95%: -2,9 a +10,3).

**Conclusiones:** En la provincia de Granada el cáncer de cérvix presenta una baja incidencia y estabilización de las tasas a lo largo del periodo 1985-2002. En los grupos de mujeres más jóvenes (15-39 años y 40-49 años) se ha observado un progresivo incremento de la incidencia en el periodo 1985-2002 que, si bien no alcanza la significación estadística, tendría que ser objeto de vigilancia en años sucesivos.

*Financiación: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CB06/02/0023).*

**ESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE CÁNCER EN ANDALUCÍA**

M. Rodríguez, M.J. Sánchez, E. Pérez, J. Expósito, J.M. Mayoral, C. Martínez

*Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza Salud Pública. Granada; Plan Integral de Oncología de Andalucía. Hospital Virgen Nieves. Granada; Servicio de Epidemiología. Consejería Salud. Sevilla.*

**Antecedentes/objetivos:** Los indicadores fundamentales para medir el impacto del cáncer en la población son los relacionados con la mortalidad, la incidencia y la supervivencia. Estos indicadores aportan información relevante para la planificación de actividades preventivas, asistenciales y evaluadoras, para disminuir la mortalidad e incidencia de cáncer y mejorar la asistencia de los enfermos de cáncer. La utilización de métodos estadísticos basados en las relaciones entre los indicadores de morbilidad y mortalidad permiten obtener estimaciones de incidencia y prevalencia. El objetivo fue estimar la incidencia y prevalencia del total del cáncer en el año 2007 en Andalucía y provincias.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal de base poblacional. Se incluyeron 247.000 personas de 0-84 años, residentes en Andalucía, y fallecidas por cáncer en 1981-2002. Se utilizó la supervivencia relativa estimada para Europa, a partir de los casos incidentes de cáncer de 1983-1994 de los registros de cáncer de población participantes en EURO-CARE-3. Se utilizó el método MIAMOD (Mortality and Incidence Analysis Model) para obtener, mediante modelos de edad-periodo-cohorte multinómicos, estimaciones de la incidencia y prevalencia. Se presentan número de casos, tasas brutas y estandarizadas (pobl. europea) del total del cáncer (excepto piel no melanoma), según sexo, para Andalucía y provincias.

**Resultados:** En 2007 en Andalucía, las tasas brutas de incidencia se estimaron en 460 y 307 por 100.000 hombres y mujeres, y las estandarizadas en 412 y 248 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente. Por provincias, las tasas estandarizadas más elevadas fueron las de Huelva, Sevilla y Cádiz en hombres, y las de Sevilla, Cádiz y Huelva en mujeres. La prevalencia total de cáncer en 2007 en Andalucía se estimó en 86.897 hombres y 90.177 mujeres, con una prevalencia parcial estimada de 21.000 casos diagnosticados en fecha inferior a 1 año, 51.000 en fecha inferior a 3 años y 74.000 con referencia a 5 años. El mayor número de casos prevalentes correspondió a Sevilla, siendo la provincia con más habitantes y elevadas tasas de mortalidad.

**Conclusiones:** En 2007 se diagnosticarán 21.000 casos nuevos de cáncer en Andalucía. En ambos sexos, la incidencia más elevada corresponde a Huelva, Sevilla y Cádiz. 177.000 personas vivirán en Andalucía en 2007 habiendo sido previamente diagnosticadas de cáncer en algún momento de su vida. La estimación de casos prevalentes por provincias contribuirá a la mejor planificación de los recursos asistenciales necesarios. *Financiación: Consejería Salud, Junta de Andalucía. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CB06/02/0023).*

**SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE MAMA: EVOLUCIÓN A 15 AÑOS Y FACTORES ASOCIADOS**

M. Casamitjana, M. Guxens, F. Macià, I. Collet, M. Segura, X. Sanz, M. Vernet, I. Tusquets

*Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica, Hospital del Mar, Barcelona; UD Medicina Preventiva i Salut Pública IMAS-UPF-ASPB; Unitat Funcional de Patologia Mamària, Hospital del Mar, Barcelona.*

**Antecedentes/objetivos:** El objetivo de este estudio es determinar la influencia de los factores clínicos en la supervivencia a 5, 10 y 15 años de todos los cánceres de mama diagnosticados y/o tratados en el hospital del Mar entre 1992 y 2005.

**Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo de 2.119 cánceres de mama diagnosticados entre enero de 1992 y diciembre de 2005, registrados en el Registro de Tumores del Hospital del Mar. Se excluyeron los carcinomas in situ. Todos los casos fueron seguidos hasta el 31 de diciembre de 2006. Las variables incluidas en los análisis fueron: periodo de diagnóstico (92-95/96-00/01-05), edad, tipo de admisión al hospital (ingreso programado/urgencias), estadio al diagnóstico, tipo de diagnóstico (programa de cribado/casos sintomáticos), grado de diferenciación histológica, tratamiento, intervalos de diagnóstico y tratamiento y servicio clínico. Se estimó la supervivencia observada, específica por cáncer de mama y relativa. Para el análisis multivariante se utilizaron modelos de regresión de Cox.

**Resultados:** La media de edad de las pacientes fue de 63 años. El 66% se diagnosticaron en estadio I-II. La supervivencia específica por cáncer de mama a 5, 10 y 15 años fue del 89%, 84% y 83%, respectivamente. La supervivencia estaba fuertemente asociada a la edad y el estadio. Los intervalos de diagnóstico y tratamiento no fueron significativos tras ajustar por edad y estadio. En el análisis multivariante, el Hazard Ratio (HR) de los pacientes diagnosticados en el segundo periodo fue de 0,50 (Intervalo de Confianza (IC) 95% 0,33-0,75), y de 0,17 (IC95% 0,08-0,37) en el tercer periodo comparado con el primer periodo. El HR ajustado de los pacientes diagnosticados a partir del programa de cribado fue de 3,73 (IC95% 1,48-9,39) comparado con los casos sintomáticos. Los pacientes tratados con cirugía no conservadora tenían 2,5 veces más riesgo de morir que los tratados con cirugía conservadora (IC95% 1,58-3,99).

**Conclusiones:** La supervivencia de nuestras pacientes de cáncer de mama ha aumentado de manera destacable a lo largo de los años. Esta mejoría de la supervivencia se debe probablemente a la incorporación del programa de cribado y a la indicación más individualizada de nuevos tratamientos oncológicos. Los resultados que se extraen de un registro de tumores de un hospital son útiles para estudiar indicadores clínicos oncológicos.

**VIGILANCIA DEL CÁNCER EN ANDALUCÍA. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA**

E. Duran, C. Cortés, J. Expósito, A. Jiménez, C. Martínez, J. Ruiz Fernández, M. Ruiz Ramos, M.J. Sánchez, E. Villar et al

*DG Salud Pública y Participación. C Salud; Hospital Costa Axarquía. SAS; Plan Integral Oncología. C Salud; Hospital Costa del Sol. C Salud; Registro de Cáncer Granada. EASP; Registro de Mortalidad. C Salud; Hospital Virgen de las Nieves. SAS.*

**Antecedentes/objetivos:** Los objetivos de la vigilancia del cáncer en Andalucía son: documentar la magnitud del problema, cuantificando la carga de enfermedad por cáncer y la evolución de los factores determinantes de la salud, su distribución espacial y temporal y sus tendencias, conocer el impacto de las estrategias de prevención y control y la accesibilidad a servicios preventivos y asistenciales, facilitar la planificación y gestión de servicios, detectar agrupaciones espacio-temporales de casos e identificar nuevas necesidades de investigación.

**Métodos:** Tras la revisión de los indicadores propuestos por EUROCHIP (European Cancer Health Indicator Project), ECHI (European Community Health Indicators) y en los Procesos Asistenciales Integrados y se sometió a la valoración por un grupo de expertos. Se identificaron aquellos indicadores disponibles, en la actualidad o en el futuro, para conocer la situación del cáncer (para el total de cáncer, cáncer infantil y localizaciones seleccionadas) en Andalucía y su evolución en el tiempo de acuerdo con los objetivos señalados. Para cada indicador se propone un análisis total y desagregado.

**Resultados:** Se han identificado las fuentes de información útiles: registro de mortalidad, encuestas de salud (autonómica y estatal), panel de consumo alimentario, conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria, módulo de procesos asistenciales integrados de Diraya (Historia clínica única informatizada), programa de cribado de cáncer de mama, registro de demanda quirúrgica y registros de cáncer de población. Cada indicador se ha descrito exhaustivamente: definiendo el indicador y la dimensión con la que debe ser relacionado, realizando un análisis razonado para la selección del indicador y su soporte científico, fuente de datos existente o donde se podría obtener en el futuro, posibles factores de confusión tales como edad y género, estilos de vida y grupos socioeconómicos, niveles de desagregación y periodicidad.

**Conclusiones:** A pesar de ciertas limitaciones, el conjunto de indicadores seleccionados puede considerarse un instrumento idóneo para dar homogeneidad al análisis de las principales características epidemiológicas de los problemas y desigualdades de salud en relación con el cáncer y a la evaluación de resultados en salud pública, en la medida que identifica fuentes de información, establece indicadores, criterios de definición, agrupación y periodicidad, que haga posible disponer de información comparable y oportuna, además de apropiada para su uso en diferentes ámbitos y niveles de decisión sanitaria.

**PREVALENCIA DE CÁNCER A TRAVÉS DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN**

S. Fernández, M. Gil, T. Vega

*Observatorio de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Junta de Castilla y León.*

**Antecedentes/objetivos:** En Castilla y León en 2004 fueron dados de alta hospitalaria por tumores malignos 12.906 hombres y 8.057 mujeres y hubo 7.397 defunciones, 4.746 hombres y 2.651 mujeres. El objetivo del estudio es estimar la prevalencia de tumores en Castilla y León y describir las principales características epidemiológicas de los enfermos, de la enfermedad y de la asistencia médico social.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en población de 15 y más años, a través de la Red centinela sanitaria de Castilla y León entre abril y junio de 2006. La población de referencia fue la de 15 y más años adscrita a los médicos centinelas. Los tumores diagnosticados, incluyendo fallecidos en el periodo de estudio, se registraron en formularios específicos que incluían datos personales, fecha de diagnóstico, localización y tratamiento, situación actual, visitas médicas en los últimos tres meses, seguimiento del proceso, situación personal, fallecimiento e índice de Barthel para los casos con dependencia. Se establecieron seis grupos de edad.

**Resultados:** En el estudio participaron 85 médicos de la Red (71,42%) con una población de 58.125 habitantes (63,44%). Se registraron 1.248 tumores, tasa de prevalencia de 2,14%. El 55,76% de los casos en hombres y el 44,23% en mujeres. La tasa de prevalencia en hombres fue 2,39% y en mujeres 1,90%. León registró el mayor número de casos (301) y Segovia el menor (65). En el periodo de estudio fallecieron 24 hombres y 16 mujeres, tasa de letalidad de 3,20% en ese mismo periodo. El rango de edad al diagnóstico varía de 15 a 97 años. La media de edad fue 65,17 años, la mediana 67 años y la moda 73 años. En mujeres la tasa de prevalencia más alta fue entre 55 y 64 años (35,20 casos por 1.000) y en los hombres entre 65 y 74 años (59,19 por 1.000). Las localizaciones más frecuentes fueron colon/recto (14,18% de casos y una tasa por 1.000 de 3,05) y otros tumores de piel, que excluye el melanoma (10,18% de casos y una tasa por 1.000 de 2,18). La tasa específica de tumor maligno de mama en mujeres fue de 7,39 por 1.000 y la de cáncer de próstata en hombres de 7,13 por 1.000. Por sexo destaca la diferencia registrada en los tumores de riñón, vejiga, pulmón y faringe y cavidad oral. El 84,13% de los pacientes vive acompañado. El 4,65% son terminales y el 6,17% refieren dependencia. En el 50,48% de los casos el proceso se sigue en atención especializada.

**Conclusiones:** La prevalencia global 2,14% se asemeja a la de otros estudios. Destaca la prevalencia de cáncer de próstata, mama y especialmente de cáncer de colon/recto. En mujeres la prevalencia es menor que en hombres y la mayor tasa se da en edades más jóvenes que en ellos.

## PÓSTER

Jueves, 18 de octubre de 2007  
18:00 a 19:45

### Desigualdades

Modera: Maribel Pasarín  
Agència de Salut Pública de Barcelona

#### DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS EN EUROPA EN EL CAMBIO DE SIGLO

A. Espelt, M. Rodríguez-Sanz, A. Kunst, A.J. Roskam, A. Dalmau, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona; Consorci de Serveis Socials de Barcelona; Universitat Pompeu Fabra; Erasmus University Rotterdam.

**Antecedentes/objetivos:** La diabetes mellitus es uno de los principales problemas de salud en el mundo por su elevada prevalencia y por su elevada mortalidad. En el año 2000 la prevalencia de diabetes en el mundo era del 2,8%. El objetivo de este estudio fue analizar las desigualdades en morbilidad en diabetes mellitus según la posición socioeconómica en distintos sitios de la Unión Europea en el cambio de siglo.

**Métodos:** Diseño transversal. La población del estudio fueron las mujeres y los hombres de 30 a 65 años residentes en 10 países de Europa: España, Italia, Bélgica, Suiza, Finlandia, Dinamarca, Noruega, República Checa, Lituania y Estonia. Se utilizó la base de datos europea de encuestas nacionales de salud de alrededor del año 2000, homogenizada por el proyecto europeo Tackling Health Inequalities in Europe (Eurothine). Como variable dependiente se analizó tener diabetes mellitus (sí o no). Como variables independientes se utilizó el nivel educativo (menos de primaria, secundaria, más de secundaria), la edad en grupos quinquenales y el país de Europa. Se estimó el riesgo de morbilidad por diabetes (PR) según nivel educativo con IC95% mediante el ajuste de modelos de regresión binomial. Los análisis se realizaron por separado para hombres y mujeres y país.

**Resultados:** En todos los países tener un menor nivel educativo está relacionado con tener más prevalencia de diabetes. En la mayoría de países las personas con mayor nivel educativo tienen una prevalencia de diabetes de aproximadamente 3% (el rango en los países oscila entre 1,5-5,4% en hombres y entre 0,6-4,1% en mujeres) mientras que los que tienen mayor nivel educativo tienen prevalencias de aproximadamente el 5% (el rango en los países oscila entre 2,5-8,5% en hombres y entre 2,7-8,8% en mujeres). Las desigualdades por nivel educativo son mayores en mujeres que en hombres, por ejemplo en Italia los hombres con nivel educativo menor que primaria tienen una PR de 1,7 IC95%: 1,3-2,2 respecto a los de nivel terciario, mientras que en las mujeres la PR es de 3,0 IC95%: 2,0-4,7. Finalmente se observó que en mujeres y en hombres estas desigualdades son más acentuadas en los países occidentales.

**Conclusiones:** Se encontraron importantes desigualdades socioeconómicas en la enfermedad de la diabetes mellitus en la mayoría de países de la Unión Europea. La reducción de las desigualdades en diabetes tendría que ser una prioridad en las políticas de salud en Europa por su elevada prevalencia y por su relación con la posición socioeconómica del país y del individuo.

*Financiación:* Proyecto EUROTHINE, financiado por la Unión Europea.

#### ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER Y FACTORES SOCIOECONÓMICOS MEDIANTE MODELOS ESPACIALES EN MUNICIPIOS DEL CAMPO DE GIBRALTAR

E. Benítez, M.C. Olvera, G. López-Abente, A. Escolar, M. Ruiz  
Registro Cáncer Poblacional Cádiz; Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Salud Carlos III; Registro Mortalidad Andalucía.

**Antecedentes/objetivos:** El análisis de indicadores en áreas pequeñas con poblaciones reducidas puede dar lugar a resultados inestables, siendo recomendable el uso de estimadores suavizados. El objetivo es describir la mortalidad según indicadores de desigualdad socioeconómica y sexo en las secciones censales en 4 municipios del campo de Gibraltar para el periodo 1992-2002.

**Métodos:** Estudio ecológico que utiliza la sección censal como unidad de análisis geográfico. Los municipios del campo de Gibraltar tienen 144 secciones según el censo de 2001. La población en estudio es la residente en la ciudad según el censo de 2001 multiplicado por 11 años. Los datos de defunción se obtienen del Registro de Mortalidad de Andalucía. La asignación de sección censal se ha realizado mediante el Sistema de Información Geográfica (SIG) de la Consejería de Salud. El indicador de mortalidad es la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) donde las muertes esperadas se calculan a partir de la mortalidad para el conjunto de Andalucía y el conjunto del periodo de estudio. Las variables independientes son: sección censal, año de defunción, sexo, edad (dividida en grupos de 5 años) y un indicador complejo de nivel socioeconómico (construido a partir de las variables bajo nivel de estudios, desempleo y trabajo no cualificado). Los riesgos relativos (RR) de mortalidad, ajustado por edad, se han estimado a partir de la RME suavizada, aplicando un modelo jerárquico bayesiano de Besag York Mollié. Las variables socioeconómicas se introducen categorizadas en quintiles.

**Resultados:** Las defunciones por cáncer ocurridas en el campo de Gibraltar en el periodo 1992-2002, fueron 3667. El rango de RME suavizadas para la mortalidad por cáncer se sitúa entre 0,50 y 2,04 en hombres y entre 0,59 y 1,83 en mujeres. Las secciones con mayor mortalidad se corresponden con las zonas con peores indicadores socioeconómicos. El RR de morir en el quintil de peor nivel socioeconómico es 4,05 con un intervalo de credibilidad (IC95% 3-5,47) en hombres y 2,71 (IC95% 2,01-3,32) en mujeres.

**Conclusiones:** Este tipo de análisis puede ser útil para la planificación de políticas de salud pública, ya que permite detectar áreas con mayor riesgo de mortalidad.

#### DESIGUALDADES SOCIALES EN DISCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID

J.I. Cuadrado Gamarra, J. Segura Pozo, A. Rodríguez Laso, M. Ramasco Gutiérrez, M. Izquierdo Martínez, J. Ramírez Díez-Bernardo  
S. Análisis e intervención. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid.

**Antecedentes/objetivos:** Describir las desigualdades socioeconómicas en discapacidad en la Comunidad de Madrid y sugerir hipótesis causales.

**Métodos:** Se ha utilizado la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del año 1999. Recoge 14.309 en Madrid. Mediante modelos de regresión logística considerando como variable dependiente la presencia de discapacidad autodeclarada en al menos 1 de los 36 tipos considerados en la encuesta. Como variables indirectas de estrato socioeconómico se utilizaron el mayor nivel de estudios alcanzado y el ingreso medio mensual del hogar. Para asegurar que se había alcanzado el nivel máximo de estudios y que éste no estaba determinado por la discapacidad excluyeron en los análisis de esta variable a los menores de 30 años, a quienes iniciaron su primera discapacidad antes de los 30 y los analfabetos debidos a discapacidad. Los modelos se ajustaron por edad y sexo. Adicionalmente se estudiaron discapacidades relacionadas con actividades de la vida diaria y los distintos tipos de discapacidad contempladas en la encuesta.

**Resultados:** El nivel de estudios se relaciona fuertemente con la aparición de una discapacidad después de los 30 años de edad. Las personas con un nivel de estudios insuficiente (analfabetos o sin estudios) tienen un riesgo de padecer una discapacidad 67% mayor que los que tienen al menos estudios primarios terminados (OR = 1,36-2,05). Se observa una clara graduación por niveles de estudio; tomando como referencia la categoría "Estudios superiores" se obtuvieron las siguientes odds ratio: Enseñanza profesional superior (1,12, IC: 0,47-2,70); Enseñanza secundaria, segundo ciclo (1,57, IC: 0,90-2,75); Enseñanza secundaria, primer ciclo (2,52, IC: 1,50-4,24); Enseñanza profesional, segundo ciclo (3,54, IC: 1,80-6,96); Estudios primarios (3,11, IC: 2,02-4,80); Sin estudios (4,15, IC: 2,63-6,55); Analfabetos (4,80, IC: 2,69-8,57). Si se consideran únicamente las discapacidades para alguna actividad de la vida diaria el OR disminuye a 1,53 (IC: 1,18-1,18). Todos los tipos de discapacidad se asocian significativamente al nivel de estudios. El ser mujer supone un riesgo del 6% de tener discapacidades, una vez que se ajusta por nivel de estudio y edad. Utilizando en los modelos los ingresos mensuales del hogar se obtienen resultados similares: los individuos pertenecientes a hogares con ingresos mensuales menores de 130.000 tienen un riesgo 89% superior de padecer una discapacidad (OR 1,62-2,22).

**Conclusiones:** El nivel socioeconómico se relaciona fuertemente con la aparición de una discapacidad después de los 30 años de edad. Ello sugiere que los discapacitados se distribuyen desigualmente en los distintos estratos socioeconómicos y que no es la discapacidad la que determina el estrato.

**EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN LA SALUD PERCIBIDA Y LOS ESTILOS DE VIDA EN ANDALUCÍA**

A. Daponte Codina, J. Bolívar Muñoz  
Escuela Andaluza de Salud Pública.

**Antecedentes/objetivos:** Las desigualdades sociales se manifiestan como desigualdades en salud, de manera que las personas más desfavorecidas tienen peores niveles de salud, enferman y mueren más que aquellas situadas en posiciones más favorecidas. En Andalucía apenas hay trabajos que aborden desigualdades en salud, y en especial las tendencias. El objetivo de este trabajo es describir la evolución de las desigualdades en la salud percibida y los estilos de vida relacionados con la salud de mujeres y hombres en Andalucía, desde 1987 hasta el año 2003.

**Métodos:** Estudio transversal con datos de las Encuestas Nacionales de Salud de los años 1987, 1993, 2001 y 2003 y las Encuestas Andaluzas de Salud de los años 1999 y 2003. Las variables utilizadas son: Sexo; Edad; Salud percibida; Obesidad; Sedentarismo; Consumo de tabaco; Consumo de Alcohol; Nivel Educativo. Se han realizado prevalencias estandarizadas por edad. Se han presentado los resultados desagregados para hombres y mujeres.

**Resultados:** Las mujeres presentan peores niveles de salud que los hombres. La percepción de salud deficiente ha descendido en ambos sexos, desde 1987 hasta 2003, en un 34%. En todo el periodo se observan desigualdades en perjuicio de las personas estudios primarios o sin estudios. En las mujeres se observa un incremento de las desigualdades superior al de los hombres. El consumo de tabaco desciende en los hombres y las diferencias relativas entre el grupo más y menos favorecido han aumentado del 26% en 1987 al 30% en 2003. En las mujeres asciende y, si bien en 1987 son aquellas que tienen estudios universitarios las que más fuman (34,8%), en el año 2003 lo son aquellas con estudios medios (31,4%). El consumo de alcohol también desciende, pero hay un leve aumento de las desigualdades. En 1987 los hombres de mayor nivel educativo tienen la prevalencia más alta (79,8%), y en 2003 se observa un mayor consumo entre los que no tienen estudios (57,8%). En las mujeres la prevalencia más alta en 1987 está en las mujeres con estudios secundarios (61,3%) y en 2003 en las que tienen un nivel más bajo de estudios (35,2%). La obesidad en hombres ha aumentado y el sedentarismo ha descendido. Las mujeres presentan mayores niveles de sedentarismo: en el año 2003 el 59,5% de las mujeres sin estudios o con primarios son sedentarias, frente al 37,2% de las universitarias. En obesidad y sedentarismo las prevalencias más altas se dan en las personas sin estudios y se observa un aumento de las desigualdades.

**Conclusiones:** Las mujeres tienen una peor salud que los hombres, y son las personas con menor nivel educativo quienes peor salud presentan. Se observan diferentes patrones conductuales en hombres y mujeres, y según nivel educativo, y se ha producido un aumento de las desigualdades desde 1987 hasta 2003.

**DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD POR LESIONES DE TRÁFICO, DROGAS, SIDA Y SUICIDIO EN LAS SECCIONES CENSALES DE BARCELONA – PROYECTO MEDEA**

G. Cano-Serral, M.I. Pasarín, R. Puigpinós, M. Rodríguez-Sanz, E. Azlor, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Antecedentes/objetivos:** El objetivo de este estudio es describir las desigualdades socioeconómicas en mortalidad por lesiones de accidente de tráfico, sobredosis de drogas, sida y suicidio en las secciones censales de la ciudad de Barcelona durante los años 1996-2003 según sexo.

**Métodos:** Estudio ecológico transversal que utiliza la sección censal como unidad de análisis. La ciudad de Barcelona tiene 1491 secciones censales según el Censo de 2001. La población de estudio es la residente en la ciudad durante el periodo 1996-2003. Las fuentes de información son el registro de mortalidad de Barcelona y el Instituto Nacional de Estadística. Se calcula la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) donde las muertes esperadas se obtienen a partir de las tasas de España del 2001. Las variables independientes son: sección censal, año de defunción, sexo, edad (agrupada en quinquenios), causa de defunción y un índice socioeconómico (compuesto por las variables de desempleo, instrucción insuficiente, instrucción insuficiente en jóvenes -16 a 29 años-, trabajadores manuales y asalariados eventuales). Los riesgos relativos (RR) de mortalidad, ajustados por edad, se han estimado a partir de la RME suavizada, aplicando un modelo jerárquico Bayesiano (modelo de Besag, York y Mollié, donde las muertes observadas siguen una distribución de Poisson) para controlar la inestabilidad estadística de la RME en áreas poco pobladas. El índice compuesto se ha introducido en el análisis de forma continua estando éste normalizado con media 0 y desviación típica 1.

**Resultados:** Las defunciones ocurridas en la ciudad de Barcelona durante el periodo de 1996-2003 fueron 568 por lesiones de accidente de tráfico, 515 por drogas de abuso, 841 por sida y 874 por suicidio. El rango del índice socioeconómico es de -1,92 a 4,34. La RME suavizada para la mortalidad por lesiones de accidente de tráfico es de 0,84 a 1,77 en hombres y de 0,96 a 2,24 en mujeres. En el caso del suicidio la RME suavizada es de 0,61 a 1,49 en hombres y 0,71 a 2,15 en mujeres. El RR de morir por sida ajustado por el índice es de 1,66 con un intervalo de credibilidad (IC95%): 1,49-1,84 en los hombres y de 1,53 con un IC95%: 1,25-1,84 en las mujeres. Y el RR de morir por drogas ajustado por el índice es de 1,82 con un IC95%: 1,62-2,04 en los hombres y de 1,71 con un IC95%: 1,38-2,10 en las mujeres.

**Conclusiones:** Este tipo de análisis puede ser útil para la planificación en políticas de salud pública, ya que permite detectar áreas pequeñas con mayor riesgo de mortalidad. **Financiación:** Fondo de Investigación Sanitaria (PI042013) y CIBERESP (C03/09).

**DESIGUALDADES EN LA OBESIDAD Y EN LOS FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN ADULTA EN ANDALUCÍA**

J. Bolívar Muñoz, A. Daponte Codina, M.N. Moya Garrido  
Escuela Andaluza de Salud Pública.

**Antecedentes/objetivos:** En estos últimos años se está produciendo en nuestro contexto un aumento del número de personas consideradas como obesas, convirtiéndose en un importante problema de salud pública. La obesidad se relaciona fundamentalmente con dos hábitos adoptados, como la actividad física o la dieta. Los estilos de vida relacionados con la salud están fuertemente influenciados por la posición social individual y el medio ambiente social. El objetivo de este trabajo es describir las desigualdades en la obesidad y en los factores asociados en la población de 16 y más años en Andalucía, en el año 2003, considerando la posición social individual y determinadas características socioeconómicas del área de residencia.

**Métodos:** Estudio transversal con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2003. Las variables utilizadas son: Sexo; Edad; Obesidad (índice de masa corporal superior a 30); Actividad física en tiempo libre; Consumo de frutas, verduras, legumbres y cereales; Nivel educativo; Tasas de analfabetismo y de desempleo a nivel de sección censal y de municipio, a partir del Censo 2001. Se han realizado prevalencias estandarizadas por edad, para hombres y mujeres.

**Resultados:** Los resultados muestran que a mayor nivel de estudios menor es la prevalencia de obesidad y mayor la de actividad física en ambos sexos. En las mujeres con estudios universitarios la prevalencia de obesidad es del 3,6%, frente al 18,6% de las que tienen estudios primarios o no tienen estudios. En los hombres con estudios universitarios la actividad física es del 65,1%, frente al 25,9% de los de menor nivel educativo. Es en las secciones censales y en los municipios con mayor tasa de analfabetismo y de desempleo donde la prevalencia de obesidad es mayor y menor la de actividad física. En cuanto a la dieta, las personas con mayores niveles educativos cumplen en mayor medida con las recomendaciones nutricionales establecidas en el consumo de frutas, verduras y legumbres. El 72,4% de las mujeres con estudios universitarios consume fruta y el 53,4% toma verdura diariamente, frente al 67,3% y 40,6% de las que tienen hasta estudios primarios, respectivamente. Los hombres con estudios hasta primarios consumen en menor número legumbres (43%), en comparación con los que tienen estudios secundarios (53,4%) o universitarios (49,8%).

**Conclusiones:** En Andalucía hay una desigual distribución de la obesidad, de la actividad física y de la dieta según el nivel educativo de la persona, el desempleo, y el analfabetismo del área de residencia. Además de la posición social individual, el medio ambiente social también se relaciona con la obesidad y la práctica de actividad física, en perjuicio de las personas y de las áreas geográficas más desfavorecidas.

**EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD DE LOS JÓVENES**

M. Rodríguez-Sanz, E. Azlor, G. Cano-Serral, E. Santamariña, G. Pérez, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Antecedentes/objetivos:** Las primeras causas de mortalidad en población adulta joven son el sida y las causas externas. Tienen un gran impacto en la mortalidad prematura y la esperanza de vida, siendo en gran medida evitables, y están entre las causas más relacionadas con determinantes sociales y económicos. El objetivo del estudio es describir la evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por sida, sobredosis de drogas, lesiones por accidente de tráfico (AT) y suicidio en la población adulta joven de Barcelona.

**Métodos:** Diseño de tendencias con dos cortes transversales. La población de estudio fueron los residentes de Barcelona de 20 a 44 años en los periodos 1992-96 y 2000-04. Las fuentes de información fueron el registro de mortalidad y el padrón de habitantes de la ciudad. Se estudió la mortalidad por sida, sobredosis, lesiones AT y suicidio; las variables explicativas fueron el nivel de estudios del difunto (sin estudios, primaria incompleta, superiores) y el desempleo masculino del barrio de residencia según cuartiles. Se realizó un análisis descriptivo de las tasas de mortalidad y se estimaron los riesgos relativos de mortalidad (RR) y sus [IC95%] mediante el ajuste de modelos de Poisson de niveles múltiples. Los análisis se ajustaron por edad y se realizaron por separado para hombres y mujeres.

**Resultados:** El 1992-96 un 57% de las muertes en hombres y un 42% en mujeres fueron por sida, sobredosis, lesiones AT o suicidio, y el 2000-04 pasaron a ser el 39% y el 26% respectivamente. La mortalidad por sida fue superior en los individuos de menor nivel de estudios (en personas sin estudios respecto a estudios superiores, en 1992-96: RR = 2,9 [2,2-3,7] en hombres, y RR = 4,5 [2,9-6,9] en mujeres; y en 2000-04: RR = 3,5 [2,4-5,2] en hombres y RR = 2,5 [0,6-2,7] en mujeres) y en los barrios con más desempleo (en el último cuartil respecto al primero, en 1992-96: RR = 3 [2,4-4] en hombres, y RR = 2,5 [1,4-4,4] en mujeres; y en 2000-04: RR = 5,5 [2,8-10,7] en hombres y RR = 5,6 [2,4-13,1] en mujeres). Este patrón se repite en la mortalidad por sobredosis. La mortalidad por lesiones AT y suicidio fue superior en los hombres de menor nivel educativo, no observándose en mujeres, y no mostró diferencias en los barrios en ambos sexos.

**Conclusiones:** En Barcelona, a pesar de la disminución de la mortalidad en los jóvenes, las desigualdades socioeconómicas se mantienen estables. Vivir en áreas socioeconómicas con privación material y tener menor nivel educativo son factores independientemente asociados a un mayor riesgo de mortalidad. Las estrategias preventivas deben tener en cuenta las desigualdades, reforzando las políticas públicas y adaptando los programas de intervención para estos grupos sociales. **Financiación:** Fondo de Investigación Sanitaria (PI042013) y CIBERESP (C03/09).

**DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN LA COMUNIDAD DE MADRID Y ASOCIACIÓN CON INDICADORES SOCIOECONÓMICOS**

F. Domínguez, A. Gandarillas, J. Segura, B. Zorrilla, M.J. Soto, L. López, I. Abad, M.I. Marta, I. Duque

*Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid; Subdirección General de Estadísticas de Población e Inmigración (INE).*

**Antecedentes/objetivos:** El análisis de las desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeñas se ha realizado fundamentalmente en grandes ciudades. El objetivo de este estudio es identificar las zonas de mayor mortalidad cardiovascular en una Comunidad Autónoma y analizar la asociación con indicadores socioeconómicos (s.e.). **Métodos:** Del registro de mortalidad de la Comunidad de Madrid (CM) del Instituto de Estadística regional, para el período 1996-2003, se han considerado los fallecidos por enfermedades cardiovasculares en viviendas familiares por secciones censales (s.c.). Las muertes esperadas se obtuvieron a partir de las tasas de España de 2001, calculando las razones de mortalidad estandarizadas (RME). Se han definido 4 ámbitos geográficos: municipio de Madrid, municipios grandes de la corona metropolitana, pequeños municipios metropolitanos (semiurbanos) y resto (rural). Se han considerado indicadores s.e. (censo 2001) relativos a mercado laboral, educación y vivienda. Para cada ámbito se han calculado las RME así como los coeficientes de correlación (de Spearman) de los indicadores s.e. con las RME de las s.c. Se han representado en mapas los riesgos relativos (RR) de mortalidad en las s.c. estimados por regresión de Poisson y suavizados por métodos bayesianos así como la probabilidad a posteriori de  $RR > 1$ .

**Resultados:** La RME de mortalidad cardiovascular fue de 81,07 en hombres y 79,18 en mujeres. En hombres, se observó mayor mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) en el municipio de Madrid (RME 86,14) y por enfermedades cerebrovasculares (ECV) en el ámbito rural (RME 73,97). En mujeres también la zona rural presentó una mayor mortalidad por ECV (RME 90,78) y en CI destaca la zona semiurbana (RME 85,99). En el municipio de Madrid se observan correlaciones positivas (en torno a 0,10) de la mortalidad cardiovascular con la mayoría de los indicadores estudiados, siendo de menor magnitud en la CI (en torno a 0,05). En la zona metropolitana y semiurbana, estas correlaciones positivas se mantienen en los hombres e incluso son de mayor magnitud (hasta 0,20), mientras que en las mujeres el número de indicadores correlacionados es menor. En la zona rural, la mortalidad cardiovascular se asocia con un menor número de indicadores.

**Conclusiones:** En general la mortalidad cardiovascular en hombres se concentró en el municipio de Madrid y en mujeres en la periferia de la CM. Es necesario profundizar en el estudio de factores contextuales que pueden condicionar la mortalidad en el ámbito rural.

*Financiación: Mortalidad en áreas pequeñas Españolas y Desigualdades socio-Económicas y Ambientales: FIS: PI040069.*

**EFFECTOS DE LA POBREZA EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN CANARIA. ISLAS CANARIAS (ESPAÑA)**

P. Lorenzo Ruano, M. Gil Muñoz, L.M. Bello Luján

*Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias.*

**Antecedentes/objetivos:** La salud es un factor determinante del crecimiento económico y del desarrollo, mientras que la enfermedad es al mismo tiempo causa y efecto de la pobreza. La pobreza en Islas Canarias se sitúa en el 20,8% de los hogares canarios o 18,7% de la población (Encuesta de Condiciones de Vida-2004) situando dichos valores en uno de los primeros lugares del contexto español (País Vasco: (10,1%), Andalucía (18,0%) España: (19%), Europa: (15%) (INE/EUROSTAT-2003). Dentro de la línea de la pobreza (60% de la mediana del ingreso equivalente mensual del conjunto de la población) existen dos categorías: pobreza moderada (hogares cuyos ingresos se sitúan por encima del 50% de la línea de la pobreza (228,3-456,7 € mensuales); en Islas Canarias (17,4% de los hogares) y pobreza severa (< 228,3 €/mensuales); en Islas Canarias (3,4% de hogares). El objetivo de este trabajo es valorar la influencia de la pobreza, en términos económicos, sobre la salud de la población canaria.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional de tipo ecológico. Se utilizó la Encuesta de Salud e Ingresos (2004) realizada por Instituto Canario de Estadística sobre una muestra representativa de 1.153 personas de 16 años y más y de ambos sexos. El tipo de muestreo fue una muestra triéptica de conglomerados con estratificación de las unidades censales en la primera etapa, y las viviendas familiares en la segunda etapa. En la tercera etapa se sortea al azar un individuo de 16 años o más de edad. Las variables económicas utilizadas: 1) por encima de la línea de la pobreza (> 456,7 €) 2) bajo la línea de pobreza ( $\leq 456,7$  €) y las variables sanitarias: autovaloración del estado de salud, consumo de tabaco, actividad física en tiempo libre, pruebas preventivas realizadas, prevalencia de procesos crónicos, visitas médicas realizadas, y toma de medicamentos. Se calcularon los riesgos relativos con sus intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** Entre los resultados más importantes se observó que la prevalencia del tabaquismo ( $RR = 1,43$ ;  $p < 0,000$ ), la actividad física en tiempo libre ( $RR = 1,30$ ;  $p < 0,000$ ); prevalencia de procesos crónicos ( $RR = 1,22$ ;  $p < 0,000$ ); visitas médicas ( $RR = 1,22$ ;  $p < 0,000$ ); y la toma de medicamentos (65 años y más) ( $RR = 2,40$ ;  $p < 0,000$ ) del grupo por debajo de la línea de pobreza tienen un mayor riesgo que el grupo por encima de la línea de la pobreza.

**Conclusiones:** La pobreza en las Islas Canarias genera un mayor riesgo y peor estado de salud en una parte de la sociedad canaria, por tanto, la mejora en la salud es un elemento clave para luchar contra la pobreza.

**DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ**

A. Escolar, E. Benítez, M. Ruiz, G. López-Abente, A.M. Ruiz

*Registro Cáncer Poblacional Cádiz; Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer, Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Salud Carlos III; Registro Mortalidad Andalucía.*

**Antecedentes/objetivos:** Describir las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la ciudad de Cádiz a partir de datos socioeconómicos y de mortalidad por secciones censales.

**Métodos:** Se analizan las defunciones por cáncer y por todas las causas en el período comprendido entre 1992 y 2002 en la ciudad de Cádiz. Los datos de mortalidad se obtuvieron a partir de los boletines de defunción del Registro de Mortalidad de Andalucía (Instituto Estadística Andalucía). Las poblaciones corresponden al censo de 2001. Como unidad geográfica se ha utilizado la sección censal, constando la provincia de Cádiz de 819. Los datos socioeconómicos se han obtenido del censo de 2001, construyéndose un Indicador Sintético de Nivel Socioeconómico (ISNSE) mediante análisis factorial de componentes principales. El índice se construye a partir de las variables bajo nivel de estudios, desempleo y trabajo no cualificado. El índice se divide en 5 quintiles, que van desde el 1 que corresponde al nivel socioeconómico más alto hasta el 5 representado por el más bajo. A través de regresiones de Poisson se estiman los riesgos relativos (RR, razón de tasas. Tasas ajustadas por el método directo a la población estándar europea) entre los grupos de riesgos definidos (quintiles), para todas las edades, y para el grupo de 35 a 64 años. Se calcula el Riesgo atribuible Poblacional (RAP%).

**Resultados:** Se ha obtenido un gradiente en los riesgos de muerte según quintiles. Para el total del período de estudio en hombres, en todas las edades, RR de 1,21 (IC95% 1,19-1,27), del último al primer quintil, y para grupo 35 a 64 años un RR de 1,59 (IC95% 1,43-1,76). En mujeres, para todas las edades, RR de 0,94 (IC95% 0,86-1,02) entre el último y el primer quintil, y para el grupo de 35 a 64 años un RR de 1,14 (IC95% 0,97-1,35). El RAP% en todos los grupos de edad y en hombres es de 14,04%, subiendo a un 26,48% cuando estamos en el grupo de 35 a 64 años (en las mujeres representativa, 4,98% y 16,53%, respectivamente en ambos grupos de edad).

**Conclusiones:** Se constata que las secciones censales con peor nivel socioeconómico tienen riesgos de muerte por cáncer más elevados, aspecto más evidente en grupo de 35 a 64 años y varones. Si la mortalidad por cáncer de la provincia de Cádiz hubiera sido la misma que la del mejor nivel socioeconómico, hubiésemos conseguido evitar un 14% y un 5%, en hombres y mujeres respectivamente, con un impacto mucho más elevado en el grupo de 35 a 64 años. Parece evidente que los diversos factores de exposición, nocivos o protectores, que ejercen su efecto a lo largo de la vida, no han tenido una distribución homogénea en los distintos niveles socioeconómicos.

**MEDICIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. CATÁLOGO DE INSTRUMENTOS Y ENCUESTAS**

I. Ruiz Pérez, M.L. Jiménez Rodrigo

*Escuela Andaluza de Salud Pública.*

**Antecedentes/objetivos:** El objetivo es realizar una revisión de los instrumentos utilizados a nivel internacional. Estos instrumentos han sido clasificados como sigue: 1. Instrumentos de cribado 2. Instrumentos de diagnóstico 3. Sondeos epidemiológicos y encuestas a gran escala realizadas sobre muestras representativas de la población.

**Métodos:** Búsqueda bibliográfica sistemática en: Pub Med, Medline, ProQuest, Current Contents, (Science and Social Science) Citation Index y Sociological Abstracts, CSIC/CIN-DOC, CUIDEN, BDIE, IBECS, CUIDATGE y ENFISPO. Una vez identificados los instrumentos se procedió a su clasificación en internacional y nacional, y de cribado, diagnóstico o encuesta. La descripción de cada instrumento se ha estructurado como sigue: Título, Autor/a y año, Finalidad, Base conceptual, Descripción, Adaptación cultural, Validez, Modificaciones, Comentarios, Bibliografía. Para las encuestas, se adaptó este esquema incluyendo nuevos apartados como el país donde fue elaborada, año de realización, agencia o institución, muestra utilizada y modo de administración.

**Resultados:** 26 instrumentos de cribado y 14 de diagnóstico. Las características se clasificaron como sigue: Abuse Assessment Screen (AAS), McFarlane 1992, EE.UU, cribado, mujeres víctimas de violencia física y sexual, severidad y frecuencia de violencia durante el embarazo, utilización en servicios prenatales, 5 ítems. Las características de las encuestas se muestran así: Encuesta sobre Seguridad, Familia y Salud de la Mujer Española (Instituto Andaluz de Criminología, Sevilla 1999), encuesta nacional a 2007 mujeres mayores de 16 años casadas o conviviendo; entrevista personal, recoge experiencias de victimización personal, grado de miedo al delito, malos tratos en sus relaciones de pareja, reacciones a los mismos, opiniones y actitudes sobre los malos tratos, consumo de alcohol y drogas, malos tratos en la familia de origen.

**Conclusiones:** Existe concordancia en los instrumentos de cribado en conceptualizar la violencia contra la mujer a partir de tres dimensiones básicas: física, psicológica y sexual. Pocos se limitan a analizar la violencia física o psicológica por separado. Otras dimensiones relevantes son los comportamientos de control que puede ejercer la pareja y las sensaciones de miedo y de seguridad que la mujer siente en su hogar junto a su marido, novio o pareja íntima. En España, el interés por el estudio de la violencia en la pareja a nivel macrosocial se inicia a finales de los 80, con la realización de sondeos sobre la familia o, algo más tarde, sobre victimización, que incluían, algunas preguntas sobre las opiniones y actitudes de la población española hacia la violencia doméstica contra la mujer sin abordar directamente la medición de las experiencias de maltrato.

*Financiación: Observatorio de Salud de la Mujer. MSC.*

## PÓSTER

Jueves, 18 de octubre de 2007  
18:00 a 19:45

### Enfermedades infecciosas

Modera: Pilar Soler  
Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII

#### ANÁLISIS DE LOS PAPILOMAVIRUS HUMANOS ENCONTRADOS EN MUJERES DE GIPUZKOA CON CARCINOMA DE CUELLO UTERINO O LESIONES CITOLÓGICAS

M. Montes, D. Vicente, B. Rivero, G. Cilla, J. Aizpirtarte, J. Artieda, M. Dorronsoro

*Servicio de Microbiología. Hospital Donostia; Servicio de Ginecología. Hospital Donostia; Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa.*

**Antecedentes/objetivos:** La infección genital con papilomavirus humanos (PPVH) es la infección de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial. El PPVH es un virus DNA que se clasifica en más de 100 genotipos. Aunque la mayoría de las infecciones son benignas y se resuelven espontáneamente, los denominados genotipos de "alto riesgo", establecen en ocasiones infecciones crónicas que son la causa principal del cáncer de cuello uterino. Recientemente se han comercializado nuevas vacunas frente a PPVH que incluyen los genotipos de alto riesgo 16 y 18. El presente trabajo tiene por objeto conocer la presencia y distribución de los genotipos de alto riesgo de PPVH y específicamente de los dos incluidos en la vacuna (16 y 18), en dos grupos de mujeres, uno con cáncer de cuello uterino y otro con lesiones citológicas de distinto grado.

**Métodos:** El grupo de mujeres con cáncer estuvo formado por todas las diagnosticadas en 2005-06 en el Servicio de Ginecología del hospital Donostia, referente para la población general de la comarca, en quienes se investigó PPVH (n = 53: 32 carcinoma in situ, 13 carcinoma invasor-escamoso, 8 adenocarcinoma), y el segundo por las remitidas desde dicho Servicio al de Microbiología en 2004-06 por citología anormal (n = 1960). La investigación de PPVH se efectuó en exudado endocervical, tras extraer DNA viral en el robot M48 (Qiagen) con una PCR de cribado (cebadores GP5-GP6, gen L), y el genotipado mediante Inno-LiPA (Innogenetics), que detecta la mayoría de los genotipos de alto riesgo. Los virus no genotipados por Inno-LiPA, lo fueron mediante secuenciación.

**Resultados:** Se detectaron PPVH en 45/53 mujeres con cáncer (85%), siendo PPVH16 en 27/45 (60%) y PPVH18 en 4/45 (9%), uno de los cuales fue mixto 16/18. Por tanto, en 30 mujeres se detectaron genotipos prevenibles actualmente mediante vacunación (30/45, 67%). El genotipo 33 fue el segundo en frecuencia detectándose en 7/45 mujeres (16%). En 789 de las 1960 mujeres del segundo grupo se detectó PPVH (40%), siendo 346/789 infecciones mixtas (44%). En este grupo, 314/789 (40%) presentaron infección por PPVH16 y/o PPVH18. Concretamente, los PPVH de alto riesgo detectados más frecuentemente fueron PPVH16 (35%), PPVH51 (16%), PPVH31 (12%), PPVH56 (11%) y PPVH52 (10%), detectándose PPVH18 en 50 mujeres (6%). Los PPVH6 y 11, de bajo riesgo incluidos en la vacuna se detectaron en un 8% y 2% respectivamente.

**Conclusiones:** Encontramos una infección por PPVH de alto riesgo prevenibles por vacunación (PPVH16 y/o 18) en un 67% de las mujeres con cáncer de cuello uterino estudiadas en las que se detectó PPVH.

#### CLUSTER DE LEISHMANIASIS EN ALCALÁ LA REAL

M.A. Bueno de la Rosa, I. Sillero A., M.I. Gómez M., J.A. López R., M. Cobo A., M. Mariscal O., M.A. Haro López, R. Montañés L., M. Zafra

*Distrito Jaén-sur; Delegación Salud Jaén Consejería Junta de Andalucía; Distrito de Jaén.*

**Antecedentes/objetivos:** La leishmaniasis es una enfermedad transmitida por la picadura de un mosquito (Flebotomo) que inocular en el organismo humano un parásito protozoo que es el responsable de la enfermedad. Este parásito vive en nuestro medio en los perros, donde se desarrolla. La infección por Leishmania en el hombre puede originar enfermedad en la piel (forma mucocutánea) o sistémica (forma visceral o Kala-azar). El objetivo de la comunicación es presentar una agrupación de casos de leishmaniasis, sus factores favorecedores y las medidas de control efectuadas.

**Métodos:** El cluster tiene lugar en Alcalá la Real, municipio de 21.599 habitantes, cuyos recursos económicos se basan en la agricultura (olivar), existe en la localidad gran afición a la caza, que origina el abandono de perros en el campo. La investigación clínica se basó en la definición de caso, su búsqueda activa, y diagnóstico por criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, a los casos se realiza encuesta protocolizada registrando su posible contacto con perros e investigación ambiental de sus domicilios, estudio de incidencia de enfermedad en clínicas veterinarias y elaboración de un informe de recomendaciones sanitarias al Ayuntamiento.

**Resultados:** corresponden a la forma visceral y uno a la cutánea, En este municipio no se había declarado ningún caso de Leishmaniasis en los 4 años precedentes, las edades de los casos van desde 11 meses a 30 años, la edad media es 9 años, todos los casos son mujeres, 3 de las cuales tenían contacto habitual con perros. Los casos tienen su residencia en distintas calles no guardando asociación geográfica. En las clínicas veterinarias, informan que en el período de enero del 2005 a febrero 2006 han diagnosticado un total de 18 casos de leishmaniasis canina siendo esta cifra mayor que la registrada en el mismo período en años precedentes. Se toman las siguientes medidas de control: educación sanitaria de los casos, recomendación de sacrificio de animales enfermos a clínicas veterinarias. Asesoramiento al Ayuntamiento para la toma de medidas sanitarias, relacionadas con el control de animales vagabundos y eliminación de vectores.

**Conclusiones:** Se ha producido en Alcalá la Real una agrupación de casos de leishmaniasis en el período comprendido entre noviembre del 2005 a mayo 2006 y el reservorio seguramente perros enfermos, tras la mejora del control de animales vagabundos por los Servicios Municipales y la limpieza y desinsectación de contenedores de basura no se han producido nuevos casos hasta la fecha.

#### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFECCIÓN POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN JÓVENES, CATALUÑA, 2006

R. Lugo Colón, E. López, A. Esteve, C. Folch, L. Mata, G. Falguera, R. Ros, A. AVECILLA, J. Casabona

*CEEISCAT, Institut Català d'Oncologia; Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat; Hosp. Universitari Germans Trias i Pujol, ICS; Badalona Serveis Assistencials; Institut Català de la Salut (ICS).*

**Antecedentes/objetivos:** Estimar prevalencia de *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae* y factores asociados en jóvenes usuarios de 3 centros de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) y centro joven de anticoncepción y sexualidad (CJAS) de la provincia de Barcelona.

**Métodos:** Estudio transversal entre junio-diciembre/2006 en muestra estratificada (edad-sexo-centro) de 500 jóvenes (16-35 años), sexualmente activos de ASSIR y CJAS en Barcelona. Se analizaron 474 muestras biológicas endocervicales y 26 de orina (hombres) para detección de *C. trachomatis* (CT) y *N. gonorrhoeae* (NG) utilizando la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (real time PCR). Con un cuestionario estructurado se obtuvieron datos clínicos, epidemiológicos y de conducta. Se excluyeron 77 del estudio. Se calculó la prevalencia ajustada (edad-sexo) de CT y las diferencias se testaron con  $\chi^2$  de Pearson's o Fisher's exact test. Se examinó la asociación entre CT y determinadas características mediante el Mantel-Haenszel test y modelo de regresión logística multivariado. Se calcularon odds ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%).

**Resultados:** De 423, la prevalencia CT fue 4,0%: 5,8% mujeres y 5,0% hombres entre 16-24 años, 1,6% mujeres y 16,7% hombres entre 25-34 años. La prevalencia NG fue 0,2%: 0,5% mujeres entre 16-24 años. CT fue significativamente mayor en os que declararon: nueva pareja sexual < 3 meses (11,5% vs 2,1% No), 2+ parejas sexuales < 1 año (7,4% vs 2,6% < 2), origen extranjero (9,8% vs 3,0% España), edad (5,8% < 25 vs 2,0% 25+), contacto con redes sexuales < 1 año (14,3% vs 3,3% No), uso drogas < 1 año (5,9% vs 1,2% No), uso tabaco < 1 año (7,3% vs 1,3% No), y uso cannabis < 1 año (10,1% vs 2,2% No). En el análisis ajustado se encontró una prevalencia de CT significativa en los que declararon: nueva pareja sexual (OR 4,5) extranjero (OR 4,1), tabaco (OR 5,0) y cannabis (OR 4,2). Se incorporaron las variables significativas en un modelo de regresión logística en el cual, tener una nueva pareja < 3 meses, origen extranjero y uso de tabaco < 1 año se mantuvieron como factores de riesgo independientes para CT.

**Conclusiones:** Primer estudio con prevalencias elevadas de CT y factores asociados en la población joven en España. La prevalencia elevada entre los más jóvenes y los extranjeros enfatiza la necesidad del cribado y abordaje de conductas para prevenir complicaciones, carga de infección y transmisión. Monitorar la prevalencia de CT/NG en la atención primaria y centros alternativos, utilizando técnicas de por PCR, es posible. Se recomienda estudio de factores conductuales y CT/NG en parejas sexuales. *Financiación: Departament de Salut.*

**PATRÓN EPIDEMIOLÓGICO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO A TRAVÉS DEL SISTEMA CENTINELA DE EXTREMADURA**

R. Rodríguez López, I. Pérez Sánchez, C. Antonaya Rojas, J.A. González Lucio, J.M. Ramos Aceiteiro

Servicio de Epidemiología. Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria. Junta de Extremadura.

**Antecedentes/objetivos:** La infección por el virus del papiloma humano (VPH) tiene gran trascendencia por sus aspectos epidemiológicos, todavía no enteramente dilucidados, así como por el amplio abanico del espectro clínico, el potencial oncogénico de algunos genotipos, la complejidad de su terapéutica y las frecuentes recidivas. Describir la incidencia, el patrón epidemiológico y la historia natural, de las pacientes diagnosticadas de infección por VPH en Extremadura, para poder desarrollar estrategias enfocadas a la prevención y control.

**Métodos:** A lo largo del año 2006, se realizó un estudio descriptivo prospectivo a través de la Red Centinela de Extremadura en el que se registró información de mujeres diagnosticadas de infección por VPH, de edad comprendida entre 15 y 64 años y atendidas en los Centros de Planificación y Orientación Familiar (COPF). Se estudió la incidencia acumulada, expresando los datos en tasas por 105 habitantes, porcentajes e intervalo de confianza al 95%. La población objeto de estudio fue 254.512 mujeres, que corresponde al 73,11% del total de mujeres de Extremadura pertenecientes a este grupo de edad, según el censo de 2001.

**Resultados:** En 2006 se registraron 168 casos de HPV con una tasa de incidencia acumulada (TIA) de 66,01 x 105 (IC95% = 65,75-66,26). La mediana de edad de las mujeres con infección por VPH fue de 29,5 años (límite superior de 56 años, límite inferior de 17 años y un rango de 39 años). El grupo de edad más afectado fue el de 20-24 años con una TIA de 16,50 x 105 (IC95% = 16,29-16,71). Respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, presentaron una mediana de 18 años (límite superior de 32 años, límite inferior de 13 años y rango de 19 años). El 55,95% de los casos no utilizaba regularmente preservativo. El 10,71% de las mujeres presentó promiscuidad sexual ( más de 1 pareja en el año de estudio).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos son similares a los que aparecen en la bibliografía consultada, en cuanto al patrón epidemiológico. La incidencia fue menor, probablemente propiciado la asistencia a ginecología de las mujeres. En este estudio cabe destacar que no esté generalizado el uso del preservativo, así pues, se debería fomentar su uso, porque aunque no elimina si reduce considerablemente el riesgo de infección.

**ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN BIZKAIA**

C. Castells Carrillo, N. Muniozuren Agirre, S. San José Rodríguez

Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Salud Pública. Bizkaia.

**Antecedentes/objetivos:** La enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes* se define como una infección asociada con el aislamiento de dicho microorganismo en un sitio normalmente estéril. Las formas clínicas más comunes de presentación son infecciones de la piel o tejidos blandos, bacteriemia con o sin foco séptico y neumonía. Algunos casos cursan como fasciitis necrotizante o síndrome de shock tóxico estreptocócico (SSTE). En el mes de abril de 2006 se produjo un brote de 3 casos de SSTE en una guardería de un municipio de Cantabria limitrofe con Bizkaia. Uno de ellos falleció y los otros dos requirieron ingreso en intensivos de Pediatría en el H de Cruces. Un mes después, este mismo hospital declaró otro caso en una mujer de 49 años que presentó neumonía bilateral, shock y fracaso multiorgánico, falleciendo días después. En el mes de noviembre de 2006 el Hospital de Cruces comunicó otro caso de SSTE en un niño de 18 meses, que falleció.

**Métodos:** Se revisan los aislamientos de *Streptococcus pyogenes* en muestras estériles de varios laboratorios de microbiología de Bizkaia desde el año 2001 a 2006, y se estiman las tasas de enfermedad invasiva para dicho período. Se analizan los datos relativos a los aislamientos declarados por todos los laboratorios de microbiología de Bizkaia de enero a mayo de 2007.

**Resultados:** Las tasas de enfermedad invasiva estimadas en Bizkaia oscilan entre 0,9 casos por 100.000 en el año 2001 y 1,95 en el año 2006, presentando una clara tendencia ascendente. Entre enero y mayo de 2007 se han declarado 19 aislamientos de *Streptococcus pyogenes* en muestras estériles. Esto supone una tasa para dicho período de 1,69 casos por 100.000 habitantes. Cuatro de estos casos (21%) fueron formas graves: una mujer de 48 años y un joven de 19 años, sin ningún factor de riesgo, cursaron como SSTE y fallecieron (letalidad: 10,5%). Un tercer caso cursó como fasciitis necrotizante y el cuarto como neumonía. El resto fueron formas leves. Seis de los 19 casos son niños de entre 5 meses y 5 años de edad, 2 de ellos con antecedente de varicela como factor de riesgo.

**Conclusiones:** Se ha descrito un aumento en la incidencia de infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* en muchos países de Europa y del mundo, lo cual ha hecho que se revisen las líneas de actuación para la prevención de casos secundarios. La situación producida en Bizkaia podría estar orientando una realidad parecida en nuestra Comunidad. A pesar de que esta enfermedad no es de declaración obligatoria en nuestro país, la inclusión de este microorganismo en la declaración del Sistema de Información Microbiológica del País Vasco desde enero de 2007, hará que tengamos una idea más precisa de su ocurrencia de cara a proponer medidas de control.

**FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES Y MUERTE EN PACIENTES CON LEGIONELOSIS: ESTUDIO LEGESTIR**

D. Ochoa, F. Sanz, J. Caylà, J. Blanquer

Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB de Barcelona; Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona; Servicio de Pneumología del Hospital Clinic Universitari de Valencia; Servicio de Pneumología del Hospital General Universitari de Valencia.

**Antecedentes/objetivos:** La legionelosis es una enfermedad infecciosa asociada a la civilización moderna con una incidencia creciente en países industrializados. La letalidad de la enfermedad es variable según países. Los factores asociados a la letalidad no están claros. Los objetivos del presente estudio son 1) estimar la letalidad de la enfermedad en España, y 2) estudiar factores asociados a las complicaciones y a la muerte.

**Métodos:** Estudio prospectivo multicéntrico en 35 hospitales de 13 comunidades autónomas. La fuente de información fue un registro donde los médicos colaboradores introdujeron on-line datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes diagnosticados de legionelosis en su centro entre mayo de 2003 y marzo de 2006. Se evaluó la asociación de factores sociodemográficos, hábitos tóxicos, patología de base y tratamiento inmunosupresor con dos outcomes (la aparición de una o más complicaciones y la muerte) mediante regresión logística binaria.

**Resultados:** Durante el período de estudio se registraron 419 pacientes: 24,4% mujeres, edad media (d.e.): 60,9 (15,8) años, 76,4% fumadores o exfumadores y 39,6% con alguna patología de base. La letalidad fue del 5,6%. Los pacientes con Índice de Severidad de Pneumonía (PSI) clase IV-V, cirrosis hepática o un diagnóstico basado exclusivamente en antígeno urinario tuvieron una letalidad significativamente más elevada en el análisis bivariado, mostrando ORs (IC95%) en el modelo ajustado de 5,7 (1,5-20,8), 12,3 (1,0-155,3) y 3,9 (0,5-31,5) respectivamente. Las complicaciones más frecuentes fueron insuficiencia respiratoria (30,3%), fallo renal (13,0%), shock (9,3%) y sepsis (8,8%). Los factores asociados con la aparición de una o más complicaciones fueron la edad, el consumo de alcohol, la insuficiencia renal crónica y un score PSI clase IV-V, pero sólo éste último mantuvo la significación estadística en el análisis multivariado: 5,9 (3,4-10,4).

**Conclusiones:** La letalidad por legionelosis en nuestro estudio fue menor que la mostrada en otras series. La aparición de un diagnóstico de legionelosis en pacientes con enfermedad renal o hepática crónica de base debe ser vigilada con especial atención. El score PSI es uno de los factores pronósticos más importantes a tener en cuenta en pacientes con legionelosis. Los factores que explican la variación entre países en la letalidad por legionelosis debería ser objeto de futuros estudios.

**MICROORGANISMOS Y RESISTENCIAS A ANTIBIÓTICOS EN INFECCIONES DE REPETICIÓN DEL TRACTO URINARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Z. Gómez del Río, D. Prieto Salceda, T. Dierssen, M. Navarro, J. Llorca

Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública. F. Medicina. Universidad de Cantabria.

**Antecedentes/objetivos:** En España las infecciones del tracto urinario (ITU) son las más frecuentes después de las respiratorias. En Atención Primaria (AP) representan el 10% de las consultas. El objetivo es describir los microorganismos que más frecuentemente producen ITU en AP y su sensibilidad antibiótica para poder hacer un uso más racional de los antibióticos.

**Métodos:** Estudio realizado en el centro de salud de Dobra en Torrelavega (Cantabria). Se seleccionaron y revisaron las historias de todos los casos de ITU de los años 2001 y 2002, que precisaron tratamiento antibiótico y que se realizó urocultivo, mediante el programa de Organización y Manejo Informatizado de la AP.

**Resultados:** La muestra final está formada por un total de 136 pacientes de los cuales 108 eran mujeres. Rango de edad entre 2 y 90 años (media 56,3 años). Se registraron 221 ITU, 34 pacientes presentaron ITU repetidas durante el período de estudio. El 73,8% de las ITU estuvieron precedidas en el último año por una infección previa que precisó tratamiento antibiótico (2,4 infecciones previas por persona, DE = 2,0); en 148 ocasiones la infección previa fue otra ITU. Los cinco gérmenes que crecieron con más frecuencia en el urocultivo realizado antes del tratamiento de la ITU fueron *E. coli* (67,9%), *Enterococcus faecalis* (8,3%), *Proteus mirabilis* (7,3%), *Klebsiella pneumoniae* (4,6%) y *S. grupo B* (2,29%). En el antibiograma previo al tratamiento, los antibióticos con mayor porcentaje de resistencias fueron: ampicilina (53,2%), trimetoprim/sulfametoxazol (29,8%), ácido nalidixico (27,5%), ácido pipemídico (23,9%), ciprofloxacino (19,3%) y ofloxacino (17,4%). En cambio, el antibiograma mostraba sensibilidad a fosfomicina (92,2%), seguido de cefuroxima (83,5%), nitrofurantoina (83,0%), cefixima (81,7%), amoxicilina/clavulánico (80,7%) y cefazolina o gentamicina (78,0% respectivamente). Los cinco gérmenes más frecuentes en las ITU previas fueron *E. coli* (35,7%), *Proteus mirabilis* (7,7%), *Enterococcus faecalis* (4,5%) y *Klebsiella pneumoniae* (4,1%). Los antibióticos con más frecuencia utilizados en las infecciones previas (media de antibióticos utilizados 1,7, DE = 2,3) fueron amoxicilina/clavulánico (32,0%), ciprofloxacino y fosfomicina (25,3% respectivamente), norfloxacino (20,8%) y cefuroxima (16,3%).

**Conclusiones:** *E. coli* fue el germen que con más frecuencia creció tanto en la ITU como en las infecciones previas. Amoxicilina/clavulánico aunque fue el antibiótico más utilizado en el tratamiento de las infecciones previas presentó en el antibiograma previo al tratamiento de la ITU una de las mayores sensibilidades. El mayor porcentaje de resistencias fue para ampicilina.

**EVOLUCIÓN DE LOS BROTES DE TRIQUINOSIS EN JAÉN, DURANTE 23 AÑOS**

L. Muñoz, M.I. Sillero, F. Chavernas, B. Martínez, M. Gómez, M.A. Bueno, M. Mariscal, I. Ortega, M.L. Gómez et al

Delegación Provincial de Salud de la Junta de Andalucía; Distritos Sanitarios de Jaén del SAS; Medicina Preventiva. Hospital de Linares.

**Antecedentes/objetivos:** La Triquinosis, enfermedad producida por un nematodo intestinal, se transmite al hombre por la ingestión de carne cruda o mal cocinada con larvas enquistadas. En nuestro medio su aparición está ligada a prácticas relacionadas con matanzas domiciliarias y con la caza. Presentamos el estudio de todos los brotes declarados en Jaén desde 1985 y sus características epidemiológicas.

**Métodos:** Estudio descriptivo de las declaraciones del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía así como de los informes finales de las correspondientes alertas sanitarias. Se han analizado las variables de persona, lugar, tiempo, y las relacionadas con el origen de los productos alimentarios, su distribución y control. La provincia de Jaén cuenta con 662.751 habitantes, y con importantes zonas de actividad cinegética: Sierra Morena, Despeñaperros, Cazorla, Segura y Las Villas.

**Resultados:** Se han declarado 6 brotes de triquinosis en el período estudiado, con un total de 143 enfermos, una media de 23 casos por brote (rango 13 a 56). Todos los brotes han sucedido en 2 de los 4 distritos sanitarios de la provincia, y se han declarado en el primer trimestre del año, coincidiendo con las temporadas de matanzas domiciliarias y de caza. El ámbito ha sido rural y su frecuencia esporádica, salvo en el año 2007 que han coincidido 2 brotes. El total de personas que han consumido alimentos infestados ha sido 336, con una tasa de ataque del 42,5%. El 70,3% de los casos han sido varones y el 29,7 mujeres. Un 39% requirió ingreso hospitalario, no presentándose ninguna defunción. Todos los brotes fueron confirmados tanto en las muestras clínicas, como en los alimentos infestados retirados (mediante digestión artificial). En relación a la fuente de infección, 4 de los brotes se originaron en cacerías de jabalí y 2 en matanzas domiciliarias (una cerdo blanco y otra ibérico). Todas carecieron del control veterinario autorizado. En todos los brotes se constata una distribución de alimentos a terceros que hace que en el 100% de las ocasiones el producto salga fuera de la localidad en que se elaboró, y en el 60% fuera de Andalucía. Las medidas de control han implicado la retirada de los restos de alimentos (existentes en todos) y el traslado a fiscalía para la valoración de delitos contra la salud pública, en el 60% de los brotes.

**Conclusiones:** La triquinosis se mantiene con tendencia al incremento, demostrándose que su impacto excede el ámbito de nuestra provincia. Un adecuado abordaje requiere la coordinación entre sectores de Salud, Agricultura y Medio Ambiente.

**AUMENTO DE LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT JACOB ESPORÁDICA EN EL PAÍS VASCO**

L. Arriola, M. Iruretagoiena, J. Artieda, M.C. Tobalina, J.J. Zarranz, B. Atarés, F. Moreno, J.M. Arteagoitia

Vigilancia Epidemiológica. Salud Pública. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco; Neurología. Hospital de Cruces. Osakidetza; Anatomía-Patológica. Hospital Txagorritxu. Osakidetza; Neurología. Hospital de Zumárraga. Osakidetza.

**Antecedentes/objetivos:** La forma esporádica de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJs) es la más común de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) con una incidencia anual estimada de 1-1,5 casos por millón de habitantes. El registro de EETH de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) muestra una incidencia acumulada anual de ECJs (probables+confirmados) de 2,17 por millón entre 1996-2006 con un aumento de ésta a partir del 2002 que alcanza tasas de 3,37 en el 2004. Esta incidencia es superior a la registrada hasta 2006 en los 11 países incluidos en el EuroCJD. Describir los casos de ECJs notificados al registro de EETH de la CAPV y determinar si existen diferencias entre los casos notificados previos al 31/12/01 (grupo A) y los posteriores (grupo B).

**Métodos:** Se analizan las variables demográficas, clínicas y patológicas de 53 casos de ECJs notificados al registro desde el año 1996 y hasta 2006. Se comparan todas las variables recogidas en la encuesta entre el grupo A y B. Para el registro y el análisis se utiliza software EpiInfo 3.2.2 y SPSS.

**Resultados:** Entre 1996-2006 se registran 53 casos de ECJs. La tasa de incidencia acumulada para el grupo A fue de 1,43 casos/1000000 y de 3,1 casos/1000000 para el grupo B (p = 0,009). La media de edad fue de 70,4 años sin diferencias entre los dos grupos. La duración de la enfermedad fue de 6,8 meses en el grupo A y 7,8 meses en el B (p = 0,69). El patrón clínico de inicio tiene mayor frecuencia de demencia rápidamente progresiva en el grupo A (84%) frente al grupo B (54,3%) (p = 0,028). En el resto de las variables clínicas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Las pruebas diagnósticas tampoco demuestran diferencias estadísticamente significativas. No se observan diferencias entre ambos grupos al analizar el número de formas clásicas y no clásicas, concepto que engloba el polimorfismo expresado en el codón 129 y la duración de la enfermedad.

**Conclusiones:** 1. Existe un aumento de las tasas de incidencia de la ECJs en la CAPV superando la incidencia más alta del EuroCJD. 2. Este aumento no se justifica por diferencias demográficas, clínicas o patológicas de los casos diagnosticados posteriormente al año 2001 que podrían haber alterado la probabilidad de ser diagnosticados. 3. Deben existir otros factores que expliquen este aumento de incidencia y que podrían ser la mejora del sistema de registro o un aumento real de la incidencia debida a factores no bien conocidos.

**TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS PREVIOS Y RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

D. Prieto Salceda, Z. Gómez del Río, P. Rodríguez Cundín, I. Gómez Acebo, J. Llorca

Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. U. de Cantabria.

**Antecedentes/objetivos:** En España según las resistencias descritas previamente se recomiendan como posibles tratamientos empíricos para las infecciones del tracto urinario: amoxicilina/clavulánico, nitrofurantoina, fosfomicina y cefuroxima pero la prevalencia de resistencias a antibióticos está creciendo y hay pocos estudios sobre de su epidemiología. El objetivo del estudio es comprobar si existe una relación entre la resistencia a antibióticos en el tratamiento de una Infección del Tracto Urinario (ITU) y los antibióticos utilizados en el tratamiento de las infecciones ocurridas durante el año previo a dicha infección urinaria.

**Métodos:** El estudio se ha realizado en el centro de salud Dobra en Torrelavega, la segunda localidad cántabra. Se seleccionaron y revisaron las historias de todos los casos de ITU de los años 2001 y 2002, que precisaron tratamiento antibiótico y en las que se realizó urocultivo, mediante el programa de Organización y Manejo Informatizado de Atención Primaria.

**Resultados:** La muestra está formada por 136 pacientes (79,41% mujeres) entre 2 y 90 años (media 56,3 años). 34 pacientes presentaron más de una ITU. En total se registraron 221 ITU. 163 ITU (73,8%) estuvieron precedidas por una infección en el último año que precisó tratamiento antibiótico (2,4 infecciones previas por persona, DE = 2,0); en 148 ocasiones la infección previa fue otra ITU. Hubo una asociación significativa entre la utilización en el tratamiento de las infecciones previas de amoxicilina/clavulánico y la aparición posterior de resistencia a amoxicilina (OR = 4,1; IC95%: 1,4-12,1), ofloxacino (OR = 2,2; IC95%: 1,1-4,6) y cefixima (OR = 4,7; IC95%: 1,1-20,3) en la infección urinaria actual. Después del uso de ofloxacino aparecieron resistencias a cefuroxima (OR = 25,9; IC95%: 1,34-500,7) y cefixima (OR = 22,1; IC95%: 1,2-418,6). También se observó una asociación significativa entre el empleo previo de ciprofloxacino y la resistencia a ác. nalidixico (OR = 2,4; IC95%: 1,18-4,91) y ác. piperimídico (OR = 2,3; IC95%: 1,1-4,7). El uso previo de cefuroxima en las previas se relacionó con la resistencia a ác. nalidixico (OR = 3,0; IC95%: 1,4-6,4) y ac.piperimídico (OR = 2,8; IC95%: 1,3-6,1). En el caso de norfloxacino únicamente se observó resistencia a nitrofurantoina (OR = 2,74; IC95%: 1,2-6,4) y en el de trimetoprim/sulfametoxazol a fosfomicina (OR = 9,14; IC95%: 1,9-43,3).

**Conclusiones:** De 20 antibióticos analizados, en seis se asoció su uso previo en el tratamiento de una infección con la posterior aparición de resistencias en el antibiograma de la ITU. Los antibióticos relacionados con una mayor frecuencia de resistencias tras su uso fueron amoxicilina/ clavulánico, ofloxacino, ciprofloxacino y cefuroxima.

## PÓSTER

Jueves, 18 de octubre de 2007  
18:00 a 19:45

**Estilos de vida 2**  
*Moderada: Antonia Domingo*  
*Hospital del Mar. IMIN. Barcelona*

### ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DEL SUEÑO EN UNA MUESTRA DE PERSONAL SANITARIO

R. Villanueva Agero, A.J. Jiménez Moreno, E. Figueroa Murillo, M. Conde Lama, M.L. Martín Vicente, J. Alba Belizón, J.A. Zafra Mezcua  
*Medicina Preventiva. Hospital Puerto Real.*

**Antecedentes/objetivos:** Los profesionales de la salud constituyen un colectivo especialmente vulnerable a los trastornos del sueño. La alta demanda laboral, el bajo control de los condicionantes del trabajo y los turnos horarios rotatorios son determinantes conocidos de deterioro del sueño en trabajadores sanitarios. Los objetivos de este trabajo son describir la calidad del sueño y analizar los principales factores asociados a ésta en una muestra de médicos, enfermeras y auxiliares del Hospital Universitario Puerto Real (HUPR).

**Métodos:** Diseño transversal con muestreo probabilístico estratificado por categorías profesionales. Periodo del estudio: Julio-Agosto de 2006. Población: facultativos especialistas de área, enfermeras y auxiliares de enfermería con actividad clínico-asistencial habitual en el HUPR. Variables predictoras: edad, sexo, profesión, turnos, antecedentes patológicos, ejercicio, tabaco, edad de los hijos y labores de cuidadora. Variable resultado: calidad del sueño, determinada mediante el cuestionario Pittsburgh Sleep quality index (PSQI) (rango: 0 a 21 puntos; mal/a dormidor/a > 5; buen/a dormidor/a ≤ 5). El estudio de normalidad se llevó a cabo mediante la realización de la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov. Para la comparación de muestras independientes se utilizó el test W de Wilcoxon y la Chi-cuadrado de Kruskal-Wallis junto a la prueba de la mediana. El análisis del tipo y magnitud de las relaciones detectadas se ha llevado a cabo mediante regresión logística.

**Resultados:** Tasa de respuesta global 40,66%. Mediana global del PSQI = 6 (RIC 4-10). El 61,4% (IC95% 50,4-72,6) de los encuestados puntuó como "mal/a dormidor/a". La edad se ha relacionado con aumento de riesgo de mala calidad del sueño en las mujeres (21% más por cada año -IC95% 1,03-1,45-). Globalmente el riesgo de dormir mal ha sido 9,3 veces mayor (IC95% 1,37-63,31) entre quienes tienen hijos de 1 a 5 años a su cuidado, que entre quienes no tienen. Las profesiones de auxiliar y de enfermería se han asociado a mayor riesgo de peor sueño que medicina al controlar por edad y sexo de la muestra (OR = 5,47 (IC95% 1,12-26,76) y OR = 4,11 (1,02-16,59) respectivamente). Para el resto de variables predictoras no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos.

**Conclusiones:** Las puntuaciones globales obtenidas apuntan hacia una alteración leve de la calidad del sueño en los profesionales estudiados. En las mujeres se verificó la influencia conocida entre edad y deterioro de la calidad del sueño. Se han detectado desigualdades en la calidad percibida del sueño en función de la profesión que se desempeña. El cuidado de hijos/as con edades entre 1 y 5 años ha demostrado mayor influencia que el resto de variables consideradas.

### VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDADES RARAS. ESTUDIO COMPARATIVO CON CUESTIONARIO SF-36

C. Antonaya Rojas, M.A. García Bazaga, P. Fernández del Valle, J.A. González Lucio, J.M. Ramos Aceitero  
*Servicio de Epidemiología Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria Consejería de Sanidad y Consumo Junta de Extremadura.*

**Antecedentes/objetivos:** los pacientes diagnosticados de enfermedades raras (ER) y sus familiares ven afectada en gran medida su calidad de vida (CV), de ahí la importancia de utilizar instrumentos que valoren la CV percibida por el enfermo para que su conocimiento pueda revertir positivamente en la calidad asistencial y en las medidas sociosanitarias. El objetivo de este estudio es valorar las puntuaciones obtenidas en cada dimensión de CV de los afectados de ER en Extremadura y compararlas con los valores poblacionales de referencia.

**Métodos:** la valoración de la CV se realizó mediante el cuestionario de salud SF-36 basado en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Las puntuaciones de referencia se obtuvieron del trabajo de la Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del Instituto de Investigación Médica de Barcelona, en el que los subgrupos de la muestra normativa estaban definidos por género y grupo de edad. Los resultados se comparan respecto a estas variables, en general y por enfermedad.

**Resultados:** en todas las dimensiones las puntuaciones fueron superiores en la población de referencia, mejores para los varones y los grupos de edad más jóvenes, con una diferencia considerable respecto a la población enferma en la que las mejores puntuaciones fueron para los grupos de edad más jóvenes (18-24 años) y los varones. La dimensión mejor valorada para la población sana correspondía a la función social (con un 90,1%) y la peor a la vitalidad (con un 66,9%); en los afectados de ER la mejor valorada correspondía también a la función social (con un 65,0%) y la peor a la salud general (con un 44,3%). En ambas poblaciones se observó puntuaciones máximas de 100 y mínimas de 0, en una escala de 0 a 100, excepto en la salud general de los enfermos, en la que la mínima era 5, en escala de 0 a 100. Las SD de las puntuaciones de la población de referencia muestran tendencia creciente según la edad, mientras que la población enferma presenta una distribución aleatoria.

**Conclusiones:** la comparación entre las dimensiones de CV de ambas poblaciones demuestran las diferencias esperadas por género y grupo de edad, y se aprecian considerablemente según la enfermedad. En general, el estado de salud percibido por las mujeres es peor, lo que contrasta con la impresión de que una mayor esperanza de vida indicaría una mejor salud. Esto pone de manifiesto la importancia de la estimación de la CV para la mejora de la calidad asistencial, toma de medidas sociosanitarias y la atención a los enfermos y sus familiares.

### IDENTIFICACIÓN, CODIFICACIÓN Y USO DE MEDICAMENTOS EN LA COHORTE EPIC-ESPAÑA

A. Larrañaga, P. Amiano, M. Dorronsoro, y Grupo EPIC-España  
*Fundación Vasca Investigaciones Sanitarias; Escuela Andaluza Salud Pública, Granada; Institut Català d'Oncologia, Barcelona; Subdirección Salud Pública Gipuzkoa; Dpto. Salud Navarra; Consejería Servicios Sociales, Asturias; Consejería Sanidad y Consumo, Murcia.*

**Antecedentes/objetivos:** La identificación de diferentes eventos de salud precisa a menudo más de una fuente de información. En la cohorte EPIC-España los tratamientos referidos por los miembros de la cohorte pueden ser de utilidad para la identificación de los mismos. Identificación y codificación del consumo de medicamentos en la cohorte EPIC-España, utilizando el sistema de codificación ATC (Anatomic Therapeutic Chemical Classification System).

**Métodos:** La cohorte EPIC-España, Estudio Prospectivo Europeo sobre Dieta y Cáncer, está constituida por un total de 41.446 individuos reclutados entre 1992 y 1995 en Asturias, Granada, Murcia, Navarra y Gipuzkoa. La información se recogió en el reclutamiento mediante entrevista personalizada. El cuestionario, abierto, incluía el consumo de medicamentos en la semana anterior a la entrevista. Se anotaba el literal (producto y dosis) referido por el participante, transcribiéndose a una base de datos sin codificar. Las fuentes utilizadas en la identificación han sido: Base de datos del medicamento de la Organización Farmacéutica Colegial Española (online), Martindale, Vademécum Internacional, Centro Vasco de Información del Medicamento. La codificación se ha realizado según la clasificación ATC 2007.

**Resultados:** Han sido reportados 25.827 productos e identificados y clasificados según ATC un 95%, un 3% no ha sido identificado y un 2% eran productos de venta libre. Los medicamentos más consumidos fueron los del Sistema Nervioso (24,5%), Cardiovascular (23%) y Digestivo (14%). Un 39,7% declaró haber consumido algún medicamento (43,2% mujeres, 33,8% hombres), teniendo Murcia el porcentaje más alto de consumo (49,6%) y Granada el menor (35,2%). Las mujeres (67,9%) consumen más medicamentos que los hombres (32,1%), patrón semejante en todos los centros. Por grupos de edad, el mayor consumidor es el grupo de 45-54 años (38,2%). El consumo disminuye a medida que aumenta el nivel de estudios (39,1% vs 10,8%) siendo las mujeres de menor nivel de estudios las que más consumen.

**Conclusiones:** Los cuestionarios permiten conocer el consumo de medicamentos. Los medicamentos más consumidos son los del Sistema Nervioso y Cardiovascular. La prevalencia de consumo de medicamentos es alta entre la población de las cinco cohortes y especialmente entre las mujeres. El registro de medicamentos en la cohorte EPIC-España contribuirá a la identificación de procesos morbidos bajo tratamiento y a la identificación del uso de medicamentos y otros suplementos en la cohorte, facilitando la inclusión de nuevas variables de ajuste.  
*Financiación: EU Project: EPIC-Elderly-NAH OJ-2004/C52.*

**SÍNDROME DE APNEAS E HIPOPNEAS DURANTE EL SUEÑO Y RIESGO DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS O EN TIEMPO DE OCIO**

F. Aizpuru Barandiaran, J. Durán Cantolla  
Hospital Txagorritxu-Vitoria-Gasteiz.

**Antecedentes/objetivos:** Según el reciente "Documento de consenso sobre el síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS)" existe suficiente evidencia del papel del SAHS como factor de riesgo de accidentes de tráfico. También, aunque más débil, se considera un factor de riesgo de accidentes laborales. En este trabajo queremos examinar la asociación entre SAHS y accidentes domésticos o en el tiempo de ocio.

**Métodos:** Sujetos a estudio: 390 hombres y mujeres de entre 30 y 70 años derivados a la consulta de sueño por sospecha clínica de SAHS. Determinaciones basales: a) Polisomnografía para determinar el índice de apneas e hipopneas (IAH). Se diagnóstica SAHS si IAH > 15. b) Encuesta de sueño que incluye información sobre somnolencia y ronquido. Seguimiento: Entre 5 y 8 años después de la determinación basal se preguntó a los sujetos sobre los accidentes ocurridos en los 12 meses anteriores a la entrevista. Análisis estadístico: Regresión logística para determinar la asociación independiente entre SAHS según el IAH ( $\leq 15$  /  $> 15$ ) y accidente en el hogar o en el tiempo de ocio en los últimos doce meses (sí/no), controlando por otros factores de riesgo conocidos (edad, hombre).

**Resultados:** 151 mujeres y 239 hombres fueron incluidos en el estudio. La edad media en el momento de la visita de seguimiento era de 58 años (de = 10). 30 de ellos (7,7%) declararon haber tenido algún accidente o caída en el ámbito doméstico o en su tiempo de ocio durante el año anterior a la entrevista. Estos accidentes obligaron a interrumpir la actividad habitual durante al menos una semana a 12 personas (40% de los accidentados). La probabilidad de haber sufrido tal accidente era mayor entre los diagnosticados de SAHS (OR = 2,9; IC95% 1,3-6,3;  $p = 0,006$ ), tras ajustar por edad, sexo y tratamiento con CPAP durante el seguimiento. La autodeclaración de tener somnolencia diurna más de tres días por semana también se asocia de forma independiente con la accidentabilidad doméstica o en tiempo de ocio (OR = 5,0; IC95% 1,8-13,3;  $p = 0,002$ ). La autodeclaración de ronquido habitual no muestra tal asociación.

**Conclusiones:** La accidentabilidad en el ámbito doméstico y de ocio está aumentada en los pacientes con alteraciones del sueño, determinadas de forma objetiva -IAH > 15- o subjetiva -autodeclaración de somnolencia habitual. Deberían establecerse consejos preventivos análogos a los ya recomendados para accidentes de tráfico o laborales.

**INGESTA DE GRASA Y RIESGO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN ANCIANOS. UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES**

M.J. Martínez, S. Palma, M.A. Martínez González, A. Delgado, C. de la Fuente, M. Delgado  
Universidad de Jaén; Universidad de Navarra.

**Antecedentes/objetivos:** Hay pocos estudios sobre grasa y riesgo de fractura osteoporótica, que comparte factores de riesgo con la enfermedad coronaria. 3 estudios previos han mostrado relación con la grasa total o saturada. Un estudio griego ha mostrado relación con la grasa monoinsaturada (MUFA) y otros 2 con la polinsaturada (PUFA) y el riesgo de menor masa ósea. El objetivo es valorar el tipo de grasa que influye en el riesgo de fractura osteoporótica en ancianos.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio de casos y controles hospitalarios. Los casos fueron fracturas osteoporóticas (trauma de baja energía) en mayores de 65 años ocurridas 6 meses antes de la inclusión. Los controles se seleccionaron entre pacientes de las consultas de ojos y ORL y se emparejaron 1:1 por sexo y edad ( $\pm 3$  años). Hubo 167 casos y 167 controles. La dieta se valoró mediante un cuestionario de frecuencia de 130 ítems validado. En el análisis se estimaron odds ratio (OR) univariados y multivariados por regresión logística condicional. Se ajustó por energía total.

**Resultados:** Los participantes en los dos cuartiles más elevados de consumo de PUFA mostraron un riesgo aumentado de fractura, con diferencias estadísticamente significativas con respecto al primer cuartil (OR ajustada por energía total, edad, ingesta de calcio, vitamina C sérica, actividad física en METS-horas/semana, enfermedad subyacente, número de peldaños en casa, índice de Katz y problemas de audición = 3,59; IC95% 1,06-12,1 y OR = 5,88; IC95% = 1,38-25,02). La tendencia fue significativa ( $p = 0,01$ ). Un mayor cociente MUFA/PUFA se asoció con un riesgo reducido de fractura (OR = 0,20; IC95% = 0,07-0,60 para el 4º cuartil,  $p$  de tendencia = 0,002). La ingesta de ácidos omega-6 se asoció con un mayor riesgo de fractura (OR = 3,41; IC95% = 1,05-11,15 en el 4º cuartil,  $p$  de tendencia = 0,01). Los valores de HDL se relacionaron de manera inversa con la fractura ( $p$  de tendencia en los cuartiles = 0,03).

**Conclusiones:** La ingesta de PUFA se asocia con un riesgo aumentado de fractura osteoporótica en ancianos, mientras que un cociente alto de MUFA:PUFA muestra una relación inversa.

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ANOREXIA Y/O BULIMIA NERVIOSA**

P. González, A. Rodríguez, J.M. Martínez, L. Escobar, I. Failde  
Medicina Preventiva y Salud Pública; Universidad de Cádiz; Servicio de Endocrinología; Hospital Universitario.

**Antecedentes/objetivos:** Comparar la CVRS (Calidad de Vida Relacionada con la Salud) en enfermos de Anorexia y/o Bulimia Nerviosa con un grupo de referencia apareado por edad y sexo; y conocer las variables sociodemográficas y clínicas asociadas al componente físico (PCS) y mental (MCS) de la CVRS en los enfermos de Anorexia (AN) y/o Bulimia nerviosa (BN).

**Métodos:** Estudio Observacional Transversal donde se estudiaron los pacientes atendidos en el Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario "Puerta del Mar" de Cádiz, pertenecientes a su zona de cobertura, y diagnosticados de AN y/o BN según criterios DSM IV, y estudiantes procedentes de centros docentes, apareados por edad, sexo y zona geográfica con los casos, a los que se les descartó cualquier Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA) mediante el cuestionario del Hospital de S. George. El tamaño de muestra estimado fue de 120 casos y 240 controles. Se utilizó el cuestionario SF-36; EDI 2 (Eating Disorders Inventory 2). Test Apgar Familiar; Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos. Se realizó análisis descriptivos; ANOVA y correlación de Pearson y análisis de regresión lineal múltiple donde las variables dependientes fueron el PCS y el MCS del SF-36 y las variables incluidas en el modelo aquellas con significación clínica y/o estadística.

**Resultados:** La edad media tanto de casos como de controles fue de 21,6 años con 92,5% de mujeres. En 29,2% de los casos existía disfunción familiar moderada o grave (15% de controles) y 57,5% de ellos tenían comorbilidad (19,6% de controles), especialmente depresión. Las puntuaciones obtenidas en todas las dimensiones parciales y las 2 globales del SF-36 fueron menores en los pacientes con AN y/o BN ( $p = 0,000$ ) excepto en Función Física y Dolor Corporal. Las variables asociadas a menores puntuaciones en el PCS del SF-36 fueron: número de enfermedades asociadas, número de síntomas actuales; puntuación más elevada en la escala ascetismo del EDI 2 y la existencia de trastornos de ansiedad o enfermedad oftalmológica ( $R^2 = 0,31$   $p = 0,000$ ). Las variables asociadas a menores puntuaciones en el MCS del SF-36 fueron: menor funcionalidad familiar; presencia de conductas purgativas; número de síntomas actuales; mayores puntuaciones en la escala obsesión por la delgadez del EDI2, ineficacia del EDI2 y tiempo de evolución de la enfermedad ( $R^2 = 0,61$   $p = 0,000$ ).

**Conclusiones:** Tanto la dimensión física como la mental de la CVRS se ven afectada en los pacientes con AN y/o BN respecto al grupo de referencia, siendo necesario realizar un buen control de los síntomas y de la patología asociada, especialmente de la ansiedad y de las alteraciones oftalmológicas en estos pacientes. *Financiación:* Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

**OBESIDAD EN MENORES DE 15 AÑOS. ESTUDIO DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN 2005-2006**

M. Gil Costa, A.T. Vega Alonso, R. Álamo Sanz, R. Centinela Sanitaria de Castilla y León  
Observatorio de Salud Pública; Consejería de Sanidad; Junta de Castilla y León.

**Antecedentes/objetivos:** La Encuesta Regional de Salud de 2003, en la población entre 2 y 17 años de Castilla y León estimaba sobrepeso u obesidad en el 25,68% de varones y en el 23,56% de mujeres. Las repercusiones negativas de la obesidad en la salud física y psicológica del niño y adolescente obligan a un diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y desarrollo de medidas preventivas. La información sobre este grave problema de salud procede generalmente de la pediatría hospitalaria y necesita completarse con estudios realizados en atención primaria.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo realizado por la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León durante los años 2005-2006, en la población vigilada menor de 15 años. Se considero como criterio de inclusión el índice de masa corporal mayor del percentil 95 (tablas de la Fundación Orbegozo).

**Resultados:** Se registraron 724 diagnósticos de obesidad (56% niños y 44% niñas). El 63% son nuevos diagnósticos, se estimó una tasa de incidencia 0,8 por 100 menores (IC95%: 0,7-0,9) en 2005, y de 0,6 (IC95%: 0,5-0,7) en 2006. Por grupos de edad y para ambos sexos las tasas más elevadas se producen en el grupo de 10 a 14 años, 1,3 por 100 menores. El 53% de los niños con obesidad infantil cuenta con antecedentes familiares. En más del 50% de los casos, el descubrimiento de la obesidad se realiza en el programa/reconocimiento del niño sano en todos los grupos de edad y sólo un 6% consulta por síntomas relacionados con la obesidad. La obesidad es de causa exógena en un 75%, y un 25% presenta como patología asociada problemas psicosociales y osteomusculares. El análisis de hábitos alimenticios inadecuados muestra que el 63% de los niños ve la TV mientras comen, el 50% no realiza cinco comidas regularmente, un 65% no toma verduras u hortalizas a diario y el 58% no toma la ración recomendada de fruta. El 40% toma chucherías con una media de 4 días por semana. El tiempo medio dedicado a la televisión, videojuegos, etc. ha sido de 2,4 horas diarias y la actividad física extraescolar de 4,6 horas de media por semana.

**Conclusiones:** La obesidad infantil es un potente predictor de obesidad en el adulto, y el riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes, hipertensión y enfermedad cardiovascular. En los datos aportados por este estudio se observa el elevado porcentaje de niños que presenta un estilo de vida poco saludable con hábitos dietéticos inadecuados y actividades de ocio sedentarias, que se inician en la primera infancia aumentando el porcentaje a medida que se incrementa la edad, lo que se traduce en un incremento de las tasas de incidencia de obesidad en los últimos años de la infancia y primeros de la adolescencia.

**PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO POBLACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN CASTILLA Y LEÓN**

M.T. Gallardo López, C. Albaladejo Blanco, R. Álamo Sanz, J.E. Lozano Alonso, M.T. Jiménez López

*Sección de Epidemiología. Servicio Territorial de Sanidad y BS. Palencia; Observatorio de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad de Castilla y León.*

**Antecedentes/objetivos:** La morbi-mortalidad atribuible a enfermedades crónicas ha aumentado en las últimas décadas, siendo la alimentación poco sana y la inactividad física dos de sus principales factores de riesgo. No existen precedentes sobre la realización de una encuesta de nutrición en la población de Castilla y León, la cual se hace necesaria como punto de partida para la implantación de posibles medidas correctoras en este ámbito. El objetivo del estudio es describir el porcentaje de respuesta obtenido en el Estudio poblacional de Alimentación y Nutrición en Castilla y León, junto a las características de la población respondedora según sexo, edad y lugar de residencia (urbano o rural).

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo dirigido a la población residente en Castilla y León con Tarjeta Individual Sanitaria (94,29%) y edades entre 14 y 64 años. La muestra obtenida tiene representatividad regional y para medio rural y urbano, asumiendo un porcentaje de respuesta del 80%. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario semicuantitativo validado para población española y un cuestionario general, administrado por profesionales voluntarios de los equipos de salud. En una submuestra de la muestra inicial se extrajo sangre para determinación de biomarcadores. El trabajo de campo se realizó del 1 de abril de 2006 al 31 de octubre de 2006. Las variables recogidas fueron: dietéticas; relacionadas con el estado de salud, hábitos alimentarios y actividad física; sociodemográficas y antropométricas (índice de masa corporal, índice cintura-cadera y circunferencia de la cintura). Presentamos un estudio descriptivo de la muestra final según variables sociodemográficas.

**Resultados:** El porcentaje de respuesta global fue del 77,60%; (86,04% rural, 69,17% urbano). La muestra final (745) incluye 387 mujeres (51,95%) y 358 hombres (48,05%). El 55,44% de los sujetos viven en medio rural y el 44,56% en medio urbano. Por edades, el 15,70% pertenece al grupo de 15 a 24 años, el 21,61% al de 25 a 34 años, el 21,48% al de 35 a 44, el 21,07% al de 45 a 54 y el 20,13% al de 55 a 64.

**Conclusiones:** La participación es similar e incluso superior a la obtenida en encuestas nutricionales de otras CCAA, si bien y como novedad, en Castilla y León los encuestadores han sido los propios profesionales sanitarios de las Zonas Básicas de Salud. Se ha obtenido una mayor respuesta entre las mujeres, en el medio rural y en el grupo de edad de 25 a 34 años. Actualmente, el Estudio de Alimentación y Nutrición se encuentra en fase de análisis.

**PÓSTER**

Jueves, 18 de octubre de 2007  
18:00 a 19:45

**Metodología**

*Moderadora: Ramón Cleries  
Instituto Catalán de Oncología*

**PREVALENCIA DE DERMATITIS ATÓPICA Y FACTORES NUTRICIONALES EN NIÑOS DE 6-7 AÑOS**

M. Morales Suárez-Varela, A. Llopis González, L. García-Marcos Álvarez, C. González Díaz, A. Arnelo Pena, B. Domínguez Aurrecoechea, R.M. Busquets Monge, A. Blanco Quirós, J. Batlles Garrido et al

*Fundación para la Investigación. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia; Departamento de Medicina Preventiva. Universidad de Valencia; Research group CIBER CB06/02/0045 CIBER actions in Epidemiology and Public Health.*

**Antecedentes/objetivos:** Diferentes estudios postulan el incremento en la prevalencia de la dermatitis atópica (DA) en niños, lo cual hace necesario el estudio de los factores de riesgo implicados en su etiología. Además del ya conocido papel genético, se ha descrito que la DA está modulada por factores ambientales, entre los que se encuentra la dieta, de ahí la importancia de su estudio en niños con DA (Carvajal-Ureña I et al Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España. Arch Bronconeumol 2005;41(12):659-66). El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de la DA en niños españoles de 6-7 años y conocer las características de la dieta en aquellos niños que presenten DA.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo transversal. La población de estudio son los niños de 6-7 años de los centros escolares de Educación Primaria participantes de Asturias, Barcelona, Bilbao, Cartagena, A Coruña, Madrid, San Sebastián y Valencia, a los que se administró el cuestionario validado y estandarizado del estudio ISAAC fase III, que permite conocer la prevalencia de DA en niños y comparar entre centros. Se acompañó de una encuesta sobre consumo de alimentos. Posteriormente se calculó la razón de prevalencia (RP) de DA en relación con el consumo de alimentos e intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** Un total de 28.448 niños de 6-7 años se incluyeron en el estudio. La prevalencia de DA clínicamente diagnosticada fue del 15,35% en niños y del 15,24% en niñas. Los alimentos más consumidos por los niños diagnosticados de DA fueron: leche y cereales, seguidos de arroz, pasta y huevos. Los menos consumidos: mantequilla, margarina y comida rápida. Se observó una razón de prevalencia de DA en los niños que consumían pasta (RP = 1,35), pescado (RP = 1,28), cereales (RP = 1,26), huevos (RP = 1,13), carne (RP = 1,09).

**Conclusiones:** La prevalencia de DA en niños de 6-7 años en España fue del 15,3% asociada al consumo de alimentos. El consumo de lácteos, cereales y aceite de oliva es adecuado. La ingesta de fruta, verdura, pescado y legumbres, es inferior a lo aconsejado.

**UN MODELO DE REGRESIÓN BAYESIANO CON EFECTOS ESPACIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA RELATIVA: APLICACIÓN AL REGISTRO DE CÁNCER DE MAMA DE CASTELLÓN**

M.A. Martínez-Beneito, G. García-Donato, A. Torrella, M. Salvador-Ribera

*Dirección General de Salud Pública, Valencia; Universidad de Castilla-La Mancha.*

**Antecedentes/objetivos:** La supervivencia relativa (SR) es una medida de la supervivencia de un individuo a una enfermedad específica, corregida por el efecto de otras causas de muerte, en función de la edad y el año de incidencia. La utilización de la SR en los registros de cáncer se ha popularizado durante los últimos años, ya que permite la comparación directa entre distintos grupos de edad o incluso entre diferentes registros de cáncer. Dickman et al (2004) establecen las bases para la estimación semiparamétrica de la SR usando modelos lineales generalizados. El objetivo de esta investigación es generalizar la propuesta de Dickman et al, incluyendo efectos espaciales para describir la SR según la distribución geográfica de los pacientes del registro.

**Métodos:** El análisis de los modelos se realiza desde una perspectiva Bayesiana. Para la tendencia basal del exceso de riesgo con el tiempo utilizamos una distribución a priori condicional Normal auto regresiva (CAR). Para los efectos espaciales usamos también una distribución a priori CAR por municipios. La metodología se aplica al Registro de Cáncer de Mama de Castellón (RCMC), durante el periodo comprendido durante los años 1995 y 2004, con un número total de casos de 1706. Consideramos como variables explicativas presencia de recidiva; metástasis; configuración de los receptores hormonales; método de detección; grado de diferenciación histológica; número de ganglios afectos y edad.

**Resultados:** El planteamiento Bayesiano de la SR permite incluir el efecto de la variabilidad geográfica sobre el riesgo, la modelización flexible del efecto de la edad con el tiempo así como otras variables que varían con el curso del tiempo (metástasis y recidiva). En relación al RCMC observamos: la variabilidad espacial presente en la supervivencia absoluta se atenúa al considerar SR. En concreto, para la supervivencia absoluta el riesgo puede variar hasta en un 20% dependiendo de la localización geográfica, mientras que para la SR este valor disminuye a un 2,7%. Un comportamiento similar se observa también para la edad. Sin embargo, el efecto sobre el resto de variables contempladas se acentúa en el estudio de la SR.

**Conclusiones:** La propuesta descrita permite realizar estudios de SR con regresores fijos y efectos espaciales para el análisis de registros de enfermedades, y en particular en registros de cáncer.

**CÁLCULO DE LA COMORBILIDAD VÍA WEB**

J. Gálvez, X. Sanz, L. Pareja, L. Esteban, A. Melia, L. Aliste, R. Cle-  
ries, J. Valls, J.M. Borrás  
*Institut Català d'Oncologia; Pla Director d'Oncologia.*

**Antecedentes/objetivos:** La comorbilidad es un indicador de salud de un paciente que permite determinar cuantitativamente las condiciones patológicas concomitantes en el momento del diagnóstico de una enfermedad. El grado de comorbilidad puede usarse como variable de ajuste en estudios de comparación de grupos de pacientes. Un interés reciente, sería su inclusión como variable en los registros de cáncer hospitalarios. **Objetivos:** Diseñar una aplicación accesible de forma remota vía web que permita el cálculo de los índices de comorbilidad (IC) de Charlson (adaptación de Librero et al) y Elixhauser para un grupo de pacientes.

**Métodos:** De cada ingreso se dispone de información sobre la edad, diagnósticos y procedimientos a partir del alta hospitalaria (AH), codificados según la clasificación internacional para las enfermedades (ICD-9). Para obtener los IC vía web, el usuario prepara previamente dos ficheros de datos: el primero incluye un identificador del paciente, los diagnósticos y procedimientos del AH y la fecha de ingreso para cada código; el segundo, el identificador del paciente, la fecha del diagnóstico de la enfermedad en estudio y opcionalmente la edad del paciente. En el primer fichero, se puede incluir la información de todos los ingresos históricos o sólo los de un periodo determinado. Los archivos se envían mediante un formulario web (<http://rht.iconcologia.net/cas/comorb.htm>) en el que se indica la enfermedad de estudio y el correo electrónico donde se devolverán los resultados.

**Resultados:** La aplicación calcula para cada paciente los IC de Charlson (con y sin edad) y Elixhauser en el momento del diagnóstico de la enfermedad. Los resultados se envían en dos ficheros (uno por índice) en formato Excel al correo electrónico del usuario, donde se muestra el identificador del paciente, los IC y las enfermedades concomitantes. El tiempo de ejecución depende del tamaño de los ficheros y la conexión a internet, pero se estima en unos pocos minutos. La confidencialidad de los datos está preservada ya que no se envía la filiación del paciente.

**Conclusiones:** 1. La aplicación permite el cálculo de los IC de Charlson y Elixhauser para un grupo de pacientes mediante una fuente de información ya disponible (AH). 2. La comorbilidad se incluye como variable en un registro de cáncer en el software de automatización de registros de cáncer (ASEDAT 4.3). 3. Esta aplicación, puede ser útil para cualquier entidad patológica distinta al cáncer y además puede trabajar con datos codificados en ICD-10.

**HOMOGENEIZACIÓN, MEJORA Y ADAPTACIÓN DE SNOMED CT PARA LA INCORPORACIÓN EN LOS CENTROS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE CATALUÑA**

X. Sanz, J. Gálvez, J. Ribes, A. Melia, J.M. Borrás, G. Snomed Cataluña  
*Institut Català d'Oncologia; Pla Director d'Oncologia; Grupo Snomed Cataluña.*

**Antecedentes/objetivos:** En Cataluña, en la década de los 80, se inició la codificación y la informatización de los diagnósticos de Anatomía Patológica (AP) mediante la clasificación SNOMED 2 (1977) utilizada hasta la actualidad. Actualmente, más del 95% de los hospitales públicos y más del 70% de los privados, disponen de archivos de AP codificados e informatizados con dicha clasificación, que sin embargo ha quedado obsoleta. **Objetivos:** Homogeneizar el uso de la clasificación SNOMED CT (2002) recomendada por la OMS para los diagnósticos anatomopatológicos, e impulsar la adaptación y la implementación en los centros de Cataluña.

**Métodos:** Se ha creado una comisión formada por 25 anatomopatólogos, 2 epidemiólogos y 2 informáticos respaldada por la Sociedad Catalana de Anatomía Patológica y el Plan Director de Oncología de Cataluña. SNOMED CT consta de 27697 códigos topográficos (T), 4832 morfológicos (M), 53943 procedimientos (P), 26808 microorganismos (L) y 73835 trastornos (D). Cada código presenta una descripción preferida, N sinónimas y una completa. Se ha diseñado un software que ha permitido a los miembros de la comisión revisar la clasificación accediendo simultáneamente vía Internet a los códigos de SNOMED CT. La comisión decidió en consenso los siguientes criterios: 1) los códigos T, M, P, L y D preferentes; 2) la descripción preferente para cada código. Posteriormente, y usando la misma tecnología, se realizó una prueba piloto que simulaba un laboratorio de anatomía patológica en la que se introducían casos reales utilizando SNOMED CT, evaluando así la calidad de los códigos de este y detectando los problemas derivados de su uso.

**Resultados:** Se han seleccionado como códigos preferentes 375 códigos T, 1180 M, 16 P, 69 L y 2259 D. Con dichos códigos se realizará un micro-glosario que se distribuirá por los centros de AP de Cataluña. Se ha detectado la necesidad de crear/modificar 392 códigos, así como la ausencia de 33 códigos de la Clasificación para Enfermedades Oncológicas, tercera edición (CIE-O-3) no incluidos en SNOMED CT. También se han detectado problemas de comprensión en descripciones escritas en español iberoamericano.

**Conclusiones:** La creación de la Comisión SNOMED ha supuesto un consenso en el manejo de la información de los servicios de anatomía patológica. Los trabajos de la Comisión han permitido mejorar la codificación SNOMED CT sobre todo en áreas de la patología como son: citología y hematopatología. La homogeneización de la información de anatomía patológica es básica para la creación del Registro de Cáncer de Cataluña y para cualquier proyecto (no oncológico) que establezca la anatomía patológica como fuente de información básica.

**ESTIMANDO LA EXPOSICIÓN A RADIACIÓN IONIZANTE: VALIDACIÓN DE LA DISTANCIA**

E. Vidal, R. Ramis, J.M. Martín, M.A. Jiménez, J.I. Serrano, N. Aragóns, B. Pérez-Gómez, M. Pollán, G. López-Abente  
*Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III; Área de Impacto Radiológico Ambiental. Consejo Seguridad Nuclear.*

**Antecedentes/objetivos:** Los estudios que evalúan el riesgo de mortalidad en el entorno de focos contaminantes, como las instalaciones nucleares, suelen utilizar la distancia al foco de los núcleos de población como medida ecológica de exposición. Trabajos previos realizados en España ya indicaban como posible limitación el sesgo de mala clasificación introducido por esta aproximación. A partir de las estimaciones dosimétricas en los municipios del entorno de una central nuclear proporcionadas por el Consejo de Seguridad Nuclear, se ha procedido a validar la distancia como medida de exposición.

**Métodos:** Se consideraron las estimaciones dosimétricas acumuladas durante el periodo de estudio como la mejor medida disponible de exposición, procediendo a compararla con la distancia mediante la categorización de ambas variables. Los niveles para la distancia consistieron en cinco anillos circulares concéntricos de igual superficie. Los cortes de la variable dosimétrica están inducidos por su propia distribución. Para verificar la correspondencia entre ambas clasificaciones, se estudió su distribución espacial y la proporción de municipios correctamente clasificados, así como los coeficientes kappa de Cohen y tau de Kendall.

**Resultados:** La distribución espacial de los datos clasificados por categorías según dosis difiere del patrón radial producido por las distancias. Destaca un error de clasificación según el eje sudeste-noroeste, que bien podría estar inducido por las características orográficas y ambientales de la zona de estudio. El 72% de los municipios clasificados con la distancia cambiaría de nivel al aplicar la categorización dosimétrica. Aceptando una holgura en la clasificación de una categoría, el 50% de los municipios continúa estando mal clasificado. Tanto el coeficiente kappa sin ponderar (0,12 IC95% -0,03 0,27), como ponderado mediante la distancia usual (0,41 IC95% 0,09 0,73), son interpretables como estimaciones de concordancia entre clasificaciones. En ningún caso el acuerdo resulta mejor que moderado. La estimación para el tau de Kendall (0,44 IC95% 0,14-0,73) indica que la probabilidad de clasificar mal cada uno de los municipios es superior al 55%.

**Conclusiones:** La distancia de los distintos municipios al foco en el ejemplo estudiado no parece ser un correcto estimador para la exposición a radiación ionizante. La distribución direccional (anisótropa) de la dosis efectiva acumulada parece confirmarlo. Por ello, los resultados de los análisis que asuman la distancia como medida ecológica de la exposición podrían ser mejorados en situaciones en las que no se pueda asumir modelos isotrópicos.

*Financiación: Ref ISCIII: EVI 1101/06.*

**FORMATOS Y MEDIOS DE TRANSMISIÓN DE FICHEROS EN VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

M. Hernández-Domínguez, G. Hernández-Pezzi, O. Díaz, D. Ríos, E. Alcalde, S. Jiménez, S. Villarrubia, P. Ordóñez, A. Torres  
*Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Salud Carlos III.*

**Antecedentes/objetivos:** La vigilancia de enfermedades y brotes requiere comparar ficheros en diferentes formatos. Existe una atomización de diferentes aspectos de la vigilancia y distintas necesidades y flujos de información verticales y horizontales. Actualmente tanto la "Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica" (RENAVE) en España como "El Sistema de Vigilancia Europeo" (TESSy) del Centro Europeo de control y prevención de enfermedades (ECDC) están revisando los formatos de intercambio de información. El objetivo de este trabajo es exponer la situación actual y tendencias de los formatos y medios de transmisión en la vigilancia nacional y europea.

**Métodos:** Estudio descriptivo de los diferentes formatos y medios empleados para la transmisión de ficheros en la RENAVE (en los sistemas básicos de enfermedades, agentes etiológicos y brotes) y TESSy, con incorporación de elementos valorativos y tendencias.

**Resultados:** Se identifican varios grupos de formatos de ficheros de intercambio utilizados en: - RENAVE (entre paréntesis se indica el número de Comunidades Autónomas que los emplean): ASCII fijo (20); EPI-INFO (12); Dbase (10); Aplicaciones Microsoft-Access (2) y Excel (2); y Paquetes estadísticos (utilizados sólo complementariamente). - TESSy: XML y ASCII delimitado por comas (CSV); no se contempla el uso a corto plazo de HL7. La tendencia inmediata se basa en el uso del ASCII (fijo o delimitado) en los envíos desde CCAA al Centro Nacional de Epidemiología y desde allí al TESSy (ECDC). Este último paso se podrá efectuar en XML. En todos los contextos geográficos es insuficiente el consenso en las especificaciones de ficheros respecto a variables y códigos. Entre los medios de transmisión se identifican los tres más utilizados: 1) Correo electrónico, empleado actualmente tanto en la RENAVE, como en el TESSy; 2) Carga de ficheros basada en Web, sólo en España (online: SIDA y sarampión; y semi-online: gripe); 3) Servicios Web. Existen diferentes necesidades en los diferentes niveles del sistema de vigilancia que hacen complicado el uso online con consenso global, los medios de transmisión semi-online podrían dar respuesta a muchas de las dificultades actuales.

**Conclusiones:** La existencia de diversidad de formatos y medios de transmisión, aunque posibilita el intercambio de información, dificulta la obtención de la eficiencia deseada. La mayor flexibilidad y prestaciones del lenguaje XML tiene la desventaja principal de requerir personal informático que desarrolle los soportes y aplicaciones. Será necesario en España y en la Unión Europea utilizar más de un lenguaje (XML y ASCII), hasta que se cuente con recursos específicos en todos los territorios.

**PROBLEMAS EN EL ANÁLISIS DE RIESGOS COMPETITIVOS EN PRESENCIA DE VARIABLES EXTERNAS CAMBIANTES EN EL TIEMPO**S. Pérez-Hoyos, R. Geskus, J. Del Amo, GEMES  
EVES; CIBERESP; Amsterdam Health Service; ISCIII.**Antecedentes/objetivos:** El objetivo de la presente comunicación es evaluar los problemas que surgen en el análisis de riesgos competitivos en presencia de variables externas cambiantes en el tiempo.**Métodos:** Se dispone de datos de 585 hemofílicos infectados por el VIH del proyecto GEMES. Se evalúan las tasas de mortalidad por SIDA y por causas relacionadas con el hígado ajustando modelos de regresión Poisson dividiendo del calendario en 4 períodos 1985-92, 1993-96, 1997-00, 2001-03, que juega el papel de variable externa cambiante con el tiempo. Existen tres tipos de riesgos: a) El riesgo causa-específico, en el que los sujetos que fallecen por una causa diferente a la de estudio son censurados en ese instante y que describe el riesgo actual de morir por una causa. b) el riesgo marginal que ignora los eventos producidos por una causa ajena a la de estudio y que es equivalente al riesgo causa-específico si las causas de muerte son independientes. c) El riesgo para la subdistribución propuesto por Fine y Gray, a partir de la incidencia acumulada donde a los sujetos que fallecen por otra causa se les permite permanecer en el conjunto de riesgo hasta su fecha potencial de seguimiento. El problema surge en este tercer tipo de riesgo cuando existe una variable cambiante en el tiempo, donde el sujeto cambia de conjunto de riesgo cuando cambia de calendario. Se han utilizado 2 estrategias de censura. En la primera se permite que cada sujeto que fallece por una causa diferente a la de estudio, permanezca a riesgo hasta el final del seguimiento. En la segunda se permite que estos sujetos permanezcan en el conjunto de riesgo hasta el siguiente cambio de calendario. Los resultados de ajustar el modelo de Poisson con estas dos estrategias se han comparado con el modelo ajustado por causa-específica.**Resultados:** Utilizando el riesgo causa-específico y comparando contra el período 1993-96, se observa una reducción para la mortalidad por sida  $RR = 0,20$  (0,11-0,37) para 1997-00 y  $RR = 0,03$  (0,00-0,20) para 2001-03 y un aumento para la mortalidad relacionada con el hígado  $RR = 1,70$  (0,57-5,08) y  $RR = 2,80$  (0,94-8,36) para cada período respectivamente. Si se utiliza la censura a diciembre de 2003 para las muertes por otra causa, se observa un menor efecto en el hígado en contra de lo esperado  $RR = 1,20$  (0,40-3,60) para 1997-00 y  $RR = 1,70$  (0,57-5,04) para 2001-03. Por el contrario si se asume que el riesgo cambia al cambiar el calendario y se censura en ese momento los riesgos para el hígado son mayores que los de causa específica  $RR = 2,02$  (0,68-6,07) y  $RR = 3,14$  (1,05-9,35).**Conclusiones:** Si bien queda parece que la segunda estrategia de censura se acerca más a la lógica, el uso de la subdistribución con variables cambiantes en el tiempo necesita de una mayor reflexión.**Financiación:** Parcialmente financiado por FIPSE.**PÓSTER**Jueves, 18 de octubre de 2007  
18:00 a 19:45**Miscelánea 2***Modera: Natividad Izco Goñi*  
*Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja***VARIABILIDAD EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN EUROPA**E. Perea-Milla, N. Rebollo, G. Kuli, F. Rosell Ortiz, F. Rivas-Ruiz, A. Jiménez-Puente, J. García del Águila, L. Olavarría, Grupo Hesculaep  
Hospital Costa del Sol; EP Emergencias Sanitarias.**Antecedentes/objetivos:** Presentar un descripción sistemática del sistema de evaluación usado por el 7º Programa Marco de la Unión Europea, especificando las variaciones desde el 6º PM, y analizar la variabilidad entre los sistemas usados en los países de la UE.**Métodos:** a) Revisión sistemática de la literatura. Se restringió y ajustó a cada base de datos y se usaron varias estrategias para identificar artículos relevantes. b) Búsquedas en sitios específicos en Internet, particularmente a través de instituciones gubernamentales. c) Informantes clave, seleccionados a través de contactos con participantes del Proyecto HESCUAEP del 6º PM (Proyecto ERANET sobre emergencias prehospitalarias en Europa) Se elaboraron una serie de indicadores comunes que sirvieran para el análisis de los sistemas de evaluación.**Resultados:** Las búsquedas bibliográficas encontraron un total de 1062 referencias. Después de excluir las referencias sin abstract (resumen) y las publicadas antes de 1999, se extrajeron finalmente 14 artículos con información relevante. Se consiguió información completa de los siguientes organismos: The Swedish Research Council; The Scientific Council for Medicine; The Swedish Cancer Society; The heart and lung Foundation; The brain foundation (Suecia). The Higher Education Funding Council for England and sus equivalentes en escocia, Gales e Irlanda del Norte (Reino Unido). Programme Hospitalier de Recherche Clinique; Agence Nationale de la Recherche (Francia). Ministerio de Sanidad de Italia. ISCIII (España). Los criterios de evaluación variaban ampliamente entre el estándar (7º PM) y las agencias públicas nacionales. Así, para los programas específicos de Cooperación de la UE, las puntuaciones se distribuyeron entre a) Policy and contextual relevance: 30/100 puntos; b) Technical quality: 40/100 puntos y c) Management quality and budget: 30/100 puntos. En el ISCIII, los pesos cambiaban: a) Aplicabilidad real: 30%; b) Claridad, calidad científico-técnica y viabilidad: 30% y c) Metodología y adecuación a los objetivos: 40%.**Conclusiones:** Existen diferencias tanto a nivel organizativo, objetivos, política, asignación de recursos, mecanismo de financiación, importancia otorgada a la actividad investigadora, políticas en materia de investigación, organización de los procesos de investigación, gestión de la investigación, que dificultan la comparación en materia de investigación. Las limitaciones detectadas afectan, entre otras, a la falta de retorno (feed-back) a los evaluadores, la ausencia de confidencialidad sobre los equipos y al déficit de mecanismos de homogeneización de criterios entre evaluadores a lo largo del tiempo.**Financiación:** HESCUAEP (ERANET, 6º FP).**ENFERMEDADES RARAS: MORBILIDAD POR ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) EN ASTURIAS, 1996-2003**M. Margolles, S. Mérida, P. Vega  
REPIER- Asturias.**Antecedentes/objetivos:** Uno de los objetivos de la Red REPIER es la búsqueda del conocimiento de las variables asociadas y la descripción de las enfermedades raras. En los estudios realizados sobre comparación de frecuencia de Enfermedades raras en España, Asturias presenta una elevada frecuencia de enfermedades neurodegenerativas. Nuestro objetivo es intentar estimar la incidencia, mortalidad y los diferentes factores de la esclerosis lateral amiotrófica en el Principado de Asturias entre 1996-2003.**Métodos:** Estudio descriptivo de cálculo de presentación clínica, tasas de incidencia de la ELA en el período y medias anuales según el sexo, los grupos etarios y la evolución en el tiempo. La información procede de los registros de actividad hospitalaria del Principado de Asturias y de las historias clínicas de cada paciente diagnosticado como caso de esclerosis lateral amiotrófica residente en Asturias entre 1996-2003.**Resultados:** Hubo un total de 169 casos de ELA residentes en Asturias. La tasa de incidencia media anual en el período es de 19,46 casos/millón, siendo más frecuente en hombres (54%). Tenían antecedentes familiares sólo un 0,6%. Los casos se centraban sobre todo en el grupo etario de 65-74 años (38%). La edad media al comienzo de la enfermedad era de 62,3 años (DE:13). Los casos han aparecido entre los 19 y los 89 años. La mayor incidencia sucedió en 1999 y 2000. La clínica más frecuente era la presentación de debilidad (77%) y atrofia muscular (73%), fasciculaciones (66%), disfagia (63%), disartria (60%), hiperreflexia (45%), Babinski+ (30%). Las risas, lloros y emociones eran menos frecuentes (< 6%). La espasticidad, los mioclonus o los reflejos abdominales fueron poco frecuentes (< 12%). La ELA se complicó en un 50% con Insuficiencia y un 31% con infección respiratoria. Produjo en un 14% depresión y en otro 14% caquexia. Un 1% presentó úlceras de decúbito. Falleció un 80% de los casos, con una edad media al fallecimiento de 67 años. La prueba diagnóstica más utilizada fue EMG (77%), RNM (56%), TAC (32%), mielografía (22%), SOD1 (1%). Los casos se trataron con Rilutec/Riluzol (55%), antidepressivos (21%), vitaminas (16%), factores neurotróficos (7%), IG factor 1 (4%). Con órtesis u ortopedia, un 13% usó sillas mecánicas, un 9% necesitó respiración mecánica, un 2% comunicación mecánica, un 5% aparatos de succión, un 8% oxigenoterapia, un 2% traqueotomía, un 3% férulas y un 2% caminadores. Se realizaron tratamientos fisioterápicos sólo a un 30%.**Conclusiones:** Con este estudio nos hemos aproximado al conocimiento de los patrones de presentación de las ELA en Asturias (frecuencia, distribución personal y temporal) así como el manejo diagnóstico y terapéutico que nuestro sistema aporta a esta patología, que hasta ahora por su escasa frecuencia estaba relativamente poco estudiada.**Financiación:** ISCIII Exp. G03/123 REPIER.

**ENFERMEDADES RARAS: MORTALIDAD POR ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) EN ASTURIAS, 1996-2003**

M. Margolles, S. Mérida, P. Vega  
REPIER-Asturias.

**Antecedentes/objetivos:** Uno de los objetivos de la Red REPIER es la búsqueda del conocimiento de las variables asociadas y la descripción de las enfermedades consideraras raras. En los estudios realizados sobre comparación de frecuencia de Enfermedades raras en España, Asturias presenta una elevada frecuencia de enfermedades neurodegenerativas. En este estudio, nuestro objetivo es intentar estimar la mortalidad de la esclerosis lateral amiotrófica en el Principado de Asturias entre los años 1996-2003.

**Métodos:** Estudio descriptivo de cálculo de presentación clínica, tasas de incidencia de mortalidad en el período y medias anuales según el sexo, los grupos etarios y la evolución en el tiempo. La información procede del Registro de Mortalidad de Asturias y de los registros de actividad hospitalaria del Principado de Asturias y de las historias clínicas de cada paciente diagnosticado como caso de esclerosis lateral amiotrófica residente en Asturias entre 1996 y 2003.

**Resultados:** Se han obtenido un total de 169 casos incidentes residentes en Asturias en el período. Han fallecido en el período 136 persona por ELA. Nuestra estimación de la tasa de incidencia de mortalidad bruta media anual en el período es de 15,8 casos/millón, siendo más frecuente en hombres (52% de las muertes). Falleció en el período de estudio un 80,5% de los casos detectados en el mismo período, con una edad media al fallecimiento de 66,8 años (IC95%: 64,8-68,8). La edad al fallecimiento fluctuó entre los 38 y los 89 años. Los años de vida perdidos debido a esta enfermedad ha sido: de 12,2 años/enfermo en relación a la EV al nacer, de 3,2 años en relación a la EV a los 70 años y de 7,7 años en relación a la EV libre de incapacidad. La letalidad ha sido de un 84,6% en mujeres (66/78) mientras que en los hombres ha sido de 76,9% (70/91). La evolución por año de fallecimiento en el período de estudio ha sido relativamente constante con un incremento de casos en los años 2001 y 2002. La evolución por año de fallecimiento desde el año 1987 ha sido relativamente constante con un incremento de casos en los años 1995 y 1996. La evolución por año de diagnóstico en los enfermos fallecidos ha sido relativamente constante a lo largo del período de estudio. La edad media al diagnóstico de la enfermedad ELA en las personas ya fallecidas ha sido de 64 años (DE: 13,1) mientras que en las personas aún vivas es de 53,9 (DE: 13,5).

**Conclusiones:** Con este estudio se ha logrado una aproximación hacia el conocimiento de los patrones de presentación de la mortalidad de las esclerosis laterales amiotróficas (ELA) en Asturias (frecuencia, distribución personal y temporal) patología, que hasta ahora por su escasa frecuencia estaba relativamente poco estudiada.

*Financiación:* ISCIII G03/123 REPIER.

**APROXIMACIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES RAROS EN EXTREMADURA**

P. Giraldo Matamoros, C. Antonaya Rojas, J.A. González Lucio, J.M. Ramos Aceitero

*Servicio de Epidemiología. Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.*

**Antecedentes/objetivos:** Los trastornos mentales (TM) son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos que se manifiestan en trastornos del razonamiento, comportamiento social adaptativo, equilibrio emocional y de la realidad y son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico. El concepto TM engloba patologías diversas cuya etiología puede determinarse por diversos factores de origen genético, neurológico, relacional, familiar y psicosocial. Algunos TM se consideran Enfermedades Raras (ER) por su baja prevalencia, las limitaciones en calidad de vida del enfermo y su familia, la desprotección de los poderes públicos, la ausencia de investigaciones y el desconocimiento de las enfermedades, los altos costes sanitarios y los obstáculos para una vida normalizada de los afectados. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia y conocer el patrón epidemiológico de los TM raros en Extremadura.

**Métodos:** La identificación de casos se ha realizado a través de la búsqueda activa en el Sistema de Información de ER de Extremadura, que actualmente consta de 3064 registros; de éstos, 276 casos han sido identificados como TM raros. Los resultados se presentan en casos absolutos, porcentajes y tasas, y éstas se calculan por cien mil habitantes según el censo de 2001.

**Resultados:** En el sistema de información de ER se identifican 276 TM raros, tasa de prevalencia de 26,07 x 100.000 habitantes. Del total de casos el 57,25% se identifican como psicosis desintegrativa, seguida del autismo infantil 18,12 y anorexia nerviosa, 16,86, existiendo un caso de mutismo selectivo y un caso de psicosis atípica. El 50,72% son mujeres frente al 48,91% hombres, tasa de 26,23 en mujeres frente a 25,71 x 100.000 en varones. El grupo de edad con mayor número de casos es de 40-44 años con 10,51% del total. El área de salud con mayor tasa es Badajoz, 42,93 y la de menor Cáceres, 1,59 x 100.000 habitantes. La fuente de información que mayor número de casos aportó fue el centro de atención a la discapacidad de Badajoz, el 70,29% del total.

**Conclusiones:** El conocimiento de los TM a través del sistema de ER constituye una herramienta eficaz para conocer la situación de los TM desde la óptica sanitaria y social, siendo de utilidad para personas, familiares y profesionales relacionados con la atención de estos enfermos, la planificación de la intervención sanitaria y la investigación.

**PREVALENCIA DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN EXTREMADURA**

Y. Anes del Amo, P. Fernández del Valle, C. Serrano Martín, J.A. González Lucio, G. Gutiérrez Díaz, J.M. Ramos Aceitero

*Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.*

**Antecedentes/objetivos:** La Espondilitis Anquilosante (EA) es una enfermedad rara (ER), reumática, dolorosa y progresiva que afecta principalmente a la columna vertebral. También puede afectar otras articulaciones, tendones y ligamentos de distintas áreas como los ojos y el corazón. La causa es aun desconocida, pero además de una intensa agregación familiar, podría ser que un micro-organismo normalmente inofensivo y contrarrestado por nuestro sistema inmunológico, desencadenara una reacción adversa, después de entrar en contacto con la persona que posee el antígeno de histocompatibilidad HLA-B27. Se desconoce su prevalencia en España por no existir registro específico. Estimar la prevalencia de la EA en Extremadura y su perfil de presentación.

**Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo y transversal de prevalencia. Los datos se han obtenido del Sistema de Información de ER de Extremadura, el cual contiene datos procedentes de las consultas de atención primaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura y de la búsqueda activa en las bases de datos sanitarias. Se incluye la información a fecha de 31 de Diciembre de 2006. Los resultados se presentan en casos absolutos, porcentajes y tasas por diez mil habitantes según el censo de población del año 2001.

**Resultados:** En el Sistema de Información de ER de Extremadura se identifican 187 casos de EA. Tasa de prevalencia de 1,76 x 10.000 habitantes; 2,74 x 10.000 en varones y 0,78 x 10.000 en mujeres. El grupo de edad que presenta mayor prevalencia es el de 55 a 59 años con 5,17 casos x 10.000 habitantes y entre 30 a 34 años encontramos la menor prevalencia con una tasa de 0,50 x 10.000 habitantes. El área de salud de mayor prevalencia es Plasencia con 2,73 x 10.000 habitantes y la de menor prevalencia es Mérida con 0,64 casos x 10.000 habitantes.

**Conclusiones:** La EA en Extremadura presenta un predominio masculino con un Riesgo Relativo de varones frente a mujeres de 3,51. La edad media de presentación es de 60 años, siendo muy infrecuente en menores de 35 años. Encontramos grandes diferencias según zonas geográficas, con un claro predominio en el área de salud de Plasencia, probablemente relacionado con una mayor agrupación de familias portadoras del antígeno de histocompatibilidad HLA-B27. La existencia de sistemas de información específicos son de gran utilidad para conocer la situación de este grupo complejo de enfermedades denominadas "raras".

**PERFIL Y OPINIONES DE LOS LECTORES DE GACETA SANITARIA SOBRE LA REVISTA. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA ELECTRÓNICA**

A. Ruano, S. Pérez-Hoyos, E. Fernández

*Comité Editorial de Gaceta Sanitaria.*

**Antecedentes/objetivos:** Gaceta Sanitaria es la revista oficial y órgano de expresión científica de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) Aunque el Comité Editorial hace balance sistemático de los resultados de la revista, no recibimos de forma habitual o sistemática las opiniones de los "actores" (autores, revisores externos y lectores) sobre la misma. Por ello, nos planteamos una serie de encuestas a estos tres colectivos, con la finalidad de conocer potenciales aspectos de mejora para la revista. En concreto, el objetivo de este trabajo fue conocer el perfil y algunas opiniones de los lectores sobre Gaceta Sanitaria.

**Métodos:** El comité editorial de Gaceta Sanitaria diseñó un cuestionario dirigido a los lectores de la revista (disponible en <http://www.sespas.es/gse/enclectores.php>). El cuestionario contenía 12 ítems. De ellos 6 eran sobre las características de los lectores (sexo, edad, titulación, situación laboral, centro de trabajo y sociedades de SESPAS a las que pertenecía) y 6 sobre diferentes aspectos de la utilización y valoración de la revista (lectura de artículos, periodicidad, ponderación de los asuntos tratados y parte a la que le daría más peso, utilización del formato electrónico y deseo de utilizar exclusivamente el formato electrónico). El cuestionario fue difundido electrónicamente a través de SESPAS (2.201 direcciones de correo electrónico) y diversas listas de correo (por ejemplo, SEELista, 502 direcciones).

**Resultados:** Dado que se desconoce el número real de personas a las que se ha enviado la encuesta, no es posible estimar el porcentaje de participación. El 20 de mayo habían respondido 375 personas, que forman la muestra a estudio. Un 44% eran mujeres y la edad mediana fue de 48 años, siendo el 15,7% menores de 35 años. El 75% tiene contrato estable de plantilla, el 44% trabaja en la administración y un 18% en un centro asistencial. El 36% de los encuestados pertenece a la Sociedad Española de Epidemiología. Respecto a las opiniones sobre la revista, el 87% opinan que la periodicidad bimensual de la revista es adecuada. El 60,6% opinan que el equilibrio temático de los artículos publicados es adecuado. Sobre la difusión de la revista, aproximadamente la mitad de los lectores consultan el formato electrónico pero sólo a un 28% les gustaría disponer únicamente de ese formato.

**Conclusiones:** La periodicidad y ponderación de los temas tratados se ajustan al deseo de los lectores y hay un alto consenso acerca de que la revista mantenga su soporte en papel actual.

**VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS EN ANDALUCÍA. PERFIL DE VALORES**

J. García León, C. Méndez Martínez, L. Iváñez Gimeno, V. González Andrés, A. Carmona Ramos, G. López Ibáñez, C. Barrera Becerra  
Servicio de Información y Evaluación; Consejería de Salud.

**Antecedentes/objetivos:** La declaración de voluntad vital anticipada en Andalucía es una herramienta para garantizar a los ciudadanos la efectividad del derecho a la autonomía personal. Se ha definido como un instrumento amplio que contiene tanto las instrucciones expresas que el paciente determine para una situación en que esté privado de su capacidad de decidir, como otras posibilidades, como son sus opciones personales ante determinadas situaciones vitales. El objetivo de este trabajo es analizar el perfil de valores de los ciudadanos que han inscrito su voluntad vital en Andalucía en el periodo 2004-2007.

**Métodos:** Estudio descriptivo, utilizando como unidad de análisis la provincia. La información utilizada corresponde a 9.336 inscripciones recogidas en el periodo mayo 2004-2007. Se analizó la información del esquema de valores referidos a: capacidad de comunicarse, independencia funcional, no sufrir dolor intenso, preferencia por buena calidad de vida aunque suponga acortamiento de vida, no prolongar la vida en situaciones irreversibles. En cada una se comparó las proporciones de las respuestas sí, no, no me pronuncio y el grupo de edad y género. Se realizó ji-cuadrado de Pearson y coeficientes de contingencias para asegurar la independencia de los resultados y su posible comparación.

**Resultados:** Las respuestas afirmativas disminuyen desde 89% de media en valores generales (comunicación e independencia funcional) a un 77% en aquellos que exigen una decisión más definida (buena calidad de vida y no prolongar la vida en situaciones irreversibles), no me pronuncio aumenta de 9% en los valores generales a 18% en los otros así como en el no, que aumenta de 2% a 5%. En todos los valores Málaga y Cádiz obtienen respuestas afirmativas más altas con diferencias significativas ( $p < 0,01$  y coeficiente de Goodman y Kruskal 0,01) respecto a Almería y Huelva con los% más bajos. La distribución de edad y sexo es similar en todas las provincias para los valores generales, encontrándose diferencia en los otros valores en Málaga y Cádiz con grupos de mayor edad tanto en hombres como en mujeres.

**Conclusiones:** Se observan diferencias significativas entre los valores generales y los que expresan una acción definida (mantener una buena calidad de vida aunque suponga acortamiento de la vida y no prolongar la vida en situaciones irreversibles si no se dan unos mínimos definidos en los valores generales). Málaga y Cádiz son las provincias con más respuestas afirmativas a todos los valores y Almería y Huelva las que presentan los valores más bajos. El grupo de edad mayor de 64 años en hombres y mujeres en Cádiz y Málaga se diferencian del resto en los valores más definidos.

**CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

F. Caamaño, M. Corral, A. Crego, M. Parada, M.C. Fernández-Eire, S. Rodríguez-Holguín, F. Cadaveira

Área de Saúde Pública (Universidade de Santiago de Compostela); Área de Psico-bioloxía (Universidade de Santiago de Compostela); Unidade de Tratamento do Alcoholismo (Hospital Clínico Universitario de Santiago).

**Antecedentes/objetivos:** La asociación entre consumo de medicamentos y consumo de drogas en población adicta ha sido constatada en múltiples estudios. Por el contrario, esta potencial asociación en población no dependiente ha sido poco estudiada. El objetivo de este estudio es valorar la asociación entre el consumo de medicamentos y consumo de alcohol, tabaco y cannabis en estudiantes universitarios.

**Métodos:** Se ha llevado a cabo un análisis transversal ( $n = 2700$ ) dentro del marco de un estudio de cohortes diseñado para evaluar las consecuencias neuropsicológicas y psicofisiológicas del consumo intensivo de alcohol en jóvenes universitarios. El consumo de alcohol se midió con el Cuestionario de Identificación de los trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Mediante un cuestionario autocompletado por el alumno en el aula se valoró el consumo de medicamentos por grupos de indicaciones. Se preguntó también por el consumo de tabaco y cannabis. Se compararon las proporciones de sujetos consumidores de fármacos de acuerdo al consumo de las tres drogas consideradas.

**Resultados:** La participación de los alumnos presentes en clase fue del 99%. La prevalencia del consumo de medicamentos en los últimos 15 días se situó en el 60,9% (IC95%: 58,3-63,5), la prevalencia de consumo de alcohol en el 37,1% (IC95%: 34,5-39,7), la de tabaco en el 30,1% (IC95%: 27,6-32,6), mientras la de cannabis en el 20,8% (IC95%: 18,6-23,0). El consumo de medicamentos se muestra asociado positivamente tanto al consumo de alcohol ( $p = 0,009$ ), como al consumo de tabaco ( $p = 0,001$ ) y de cannabis ( $p = 0,002$ ). El análisis por grupos de medicamentos muestra que el consumo de vitaminas y el de somníferos se encuentra asociado positivamente a las tres drogas consideradas ( $p < 0,05$ ). El consumo de analgésicos también se encuentra positivamente asociado al consumo de cannabis, 22% entre los no consumidores y 29,5% entre los consumidores ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos muestran una significativa asociación entre el consumo de medicamentos y el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Los resultados muestran que el consumo de medicamentos puede constituir una forma más en el policonsumo de drogas.

Financiación: Plan Nacional sobre Drogas 2005/PN014.

**VALORACIÓN DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA (HB) EN PACIENTES HEMODIALIZADOS QUE RECIBEN FACTORES ERITROPOYÉTICOS COMO TRATAMIENTO PARA LA ANEMIA DEBIDA A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)**

V. Chorro Marí, M. Morales Suárez-Varela, A. Llopis González, M. Climente Martí, E. Albert Balaguer, V. Jiménez Torres

Fundación para la Investigación. H. U. Dr. Peset. Valencia; Dep. Med. Prev. Universidad de Valencia; CIBER CB06/02/0045 CIBER actions in Epidemiology and Public Health.

**Antecedentes/objetivos:** El deterioro de la función renal conlleva anemia por déficit de producción de eritropoyetina, lo que requiere conocer y llevar un seguimiento de los niveles de hemoglobina y de la respuesta de los fármacos estimulantes de factores eritropoyéticos. El objetivo de este estudio es valorar los niveles de Hb en sangre periférica de pacientes en hemodiálisis que reciben factores estimulantes de la eritropoyesis (FEE) en la implantación de un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT).

**Métodos:** Se tomaron 59 pacientes adultos crónicos en hemodiálisis (3 veces/sem.) en un centro de Valencia y que recibían tratamiento con FEE para la anemia por IRC. El estudio incluyó un periodo retrospectivo y otro prospectivo longitudinal. Se hizo una clasificación por grupos de pacientes según el factor estimulante recibido y los niveles de hemoglobina encontrados, diferenciando del A al D en el retrospectivo y E en el prospectivo (pac. seleccionados de los gr. A-D).

**Resultados:** 40 pacientes tenían unos niveles de Hb fuera del ámbito recomendado (11-13 g/dl) por lo que fueron incluidos en el estudio. En el gr. A (niv. Hb  $< 11$  g/dl recibiendo darbepoetina) se observa una tendencia a disminuir los niveles de hemoglobina, aunque las dosis recibidas son mayores y disminución del nº de administraciones. En el gr. B (niv. Hb  $> 13$  g/dl recibiendo darbepoetina) se observa una disminución de dosis y aumento del intervalo posológico, lo que indica la respuesta tardía del fármaco y una correcta actuación terapéutica. En el gr. C (niv. Hb  $< 11$  g/dl recibiendo epoetina beta (EPO)) se observa que los niveles de hemoglobina van disminuyendo gradualmente cada mes, las dosis medias aumentan y el int. posológico se mantiene. No se observa una respuesta a epoetina. Respecto al gr. D (niv. Hb  $> 13$  g/dl recibiendo EPO) la disminución de dosis y el aumento del int. posológico indican una respuesta no es tan rápida como se esperaba. En cuanto al gr. E (recibiendo tanto EPO como darbepoetina) se observó un aumento del intervalo posológico mensual y una disminución de las dosis para alcanzar niveles normales. Mejoran los niveles de Hb tras implantar un PNT.

**Conclusiones:** El tratamiento con FEE en pacientes hemodializados se ve beneficiado con un seguimiento individualizado, capaz de aplicar el protocolo de pautas posológicas, suspensiones y reinicios de tratamiento para la mejora de los niveles de Hb. La implantación de un PNT mejora la farmacoterapia con una mejora de los valores de Hb.

**REACCIONES ADVERSAS NEUROPSIQUIÁTRICAS A MEFLOQUINA EN ESPAÑA**

S. Martínez, N. Ortiga, C. Navarro

Dirección General de Salud Pública Aragón. Sección de Vigilancia Epidemiológica; Subdirección Provincial de Salud Pública Zaragoza. Sección Programas de Salud; Dirección General de Salud Pública. Centro de Farmacovigilancia Aragón.

**Antecedentes/objetivos:** La mefloquina es un fármaco ampliamente utilizado en la quimioprofilaxis antipalúdica para viajeros a zonas de riesgo. Sin embargo, su utilización ha sido en diversas ocasiones motivo de controversias en Europa, debido a la notificación de reacciones neuropsiquiátricas a través del sistema de farmacovigilancia. Por tanto, estas reacciones adversas, las más numerosas entre las notificadas por el consumo del fármaco, deben ser evaluadas y estudiadas de manera especial.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las notificaciones espontáneas de reacciones adversas a mefloquina que constan en la base de datos del Sistema Español de Farmacovigilancia, en especial los trastornos neurológicos y psiquiátricos, analizando para éstos la edad, sexo, reacción, gravedad y factores contribuyentes. Se contrastan los datos con la ficha técnica de mefloquina.

**Resultados:** De un total de 197 notificaciones, el 67,3% ( $n = 132$ ) refirieron alguna reacción neurológica, psiquiátrica o ambas. El resto ( $n = 64$ , 32,6%) afectaron a otros órganos. Del total de reacciones ( $n = 514$ ), las más notificadas fueron las neurológicas ( $n = 124$ ) y las psiquiátricas ( $n = 123$ ). Edad media en los trastornos neuropsiquiátricos 36,7 años. 59,5% son mujeres. Los trastornos neurológicos más frecuentes han sido mareo ( $n = 52$ ), vértigo ( $n = 26$ ), cefalea ( $n = 14$ ), parestesia ( $n = 6$ ) y temblor ( $n = 6$ ). Los trastornos psiquiátricos más frecuentes son insomnio ( $n = 32$ ), ansiedad ( $n = 21$ ), paroniria y sueños anormales ( $n = 9$ ), depresión ( $n = 8$ ), nerviosismo ( $n = 7$ ), dificultades de concentración ( $n = 5$ ), anorexia ( $n = 5$ ), alucinaciones ( $n = 5$ ) y somnolencia ( $n = 4$ ). En menor número, confusión, reacciones psicóticas, agitación, agresividad, pensamientos anormales, trastornos del sueño, labilidad emocional, amnesia, delirio, intento de suicidio, reacción paranoide, neurosis, ilusiones, euforia, despersonalización y apatía. Reacciones leves: 68,9% ( $n = 91$ ), moderadas 29,5% ( $n = 39$ ), graves 0,8 ( $n = 1$ ). Se notificó un fallecimiento en el que el fármaco, tomado como profiláctico, pudo haber contribuido. Sólo en dos casos constaban factores contribuyentes (epilepsia y síntomas generales).

**Conclusiones:** Las reacciones neuropsiquiátricas comprenden la mitad de las reacciones notificadas, afectan a dos tercios de los casos, en mayor proporción a mujeres, a las dosis indicadas y en pacientes sin factores contribuyentes. El estudio parece indicar que hay más reacciones adversas neuropsiquiátricas que las que presumiblemente por ficha técnica serían las esperadas, si bien sería necesario un estudio farmacoeconómico que confirmase esta hipótesis.

## PÓSTER

Jueves, 18 de octubre de 2007  
18:00 a 19:45

### Mortalidad

Modera: *Lucía Díez-Gañán*  
Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

### TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE CÉRVIX EN ESPAÑA (1975-2004)

C. Rodríguez-Rieiro, B. Pérez-Gómez, M. Pollán, N. Aragonés, G. López-Abente, P. Rodríguez-Pérez, D. Vigil

HGU Gregorio Marañón; Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III; CIBER en Epidemiología y Salud Pública.

**Antecedentes/objetivos:** Las muertes por cáncer de cérvix se consideran evitables, pues existen estrategias preventivas eficaces. Sin embargo, estudiar la tendencia de la mortalidad es complejo por la importante infracertificación en este tumor, que además, ha variado en el tiempo. El objetivo de este trabajo es estudiar la tendencia temporal de las tasas de mortalidad en España y por Comunidad Autónoma por cáncer de cérvix corregidos mediante la reasignación de parte de los casos de cáncer de útero no especificado (UI).

**Métodos:** Fuente de casos (INE): registros individuales de defunciones certificadas como cáncer de cérvix, endometrio y UI -códigos 180, 182 y 179 en CIE 8 y 9, y C53, C54 y C55 en CIE 10-. Denominadores (INE): estimaciones de población. Se reasignaron las muertes UI usando los criterios y proporciones de Loos et al (Eur J Cancer 2004Dec;40(18):2794-803), que usa las proporciones de tumores de cérvix y de endometrio de una población externa cuando más del 25% de los tumores de útero son UI. Se calcularon tasas estandarizadas por edad con la población estándar europea para España y por Comunidad, tanto para el conjunto de todas las mujeres como en menores y mayores de 50 años. Se estimó el porcentaje de cambio anual (PCA) y la posible presencia de puntos de inflexión en las tendencias mediante el programa Joinpoint.

**Resultados:** Entre 1975 y 2003 la mortalidad en España ha descendido un 3,34% anual (IC95% -3,50,-3,17), pasando de 6,64 a 2,48 defunciones por 100 000 mujeres. En las mujeres mayores de 50 años este descenso es de un 3,85%, mientras que en menores de 50, las tasas bajan un 3,9% anual hasta 1983, descendiendo luego más despacio (PCA 1,19%). Hay importantes diferencias en las tasas entre CCAA, aunque en todas se observa un patrón descendente para el total de la población femenina. Las tres CCAA que han disminuido sus tasas de mortalidad a mayor velocidad son Cataluña (PCA:-4,54%), Navarra (PCA:-4,33%) y Extremadura (PCA:-3,89%), mientras que las que presentaron menor velocidad fueron Madrid (PCA:-2,29%), Islas Canarias (PCA:-2,36%) y Galicia (PCA:-2,61%).

**Conclusiones:** La mortalidad por cáncer de cérvix en España y en las CCAA tiene un patrón descendente tanto en mujeres menores como mayores de 50 años. La diferente velocidad descenso en las CCAA puede tener relación con diferente exposición al VPH o con la eficacia de los programas de screening.

### ESTIMACIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN (CP) EN CATALUNYA EN EL PERIODO 1975-2004 Y PROYECCIONES HASTA 2019

L. Echamendi, J. Ribes, R. Clèries, L. Pareja, J. Valls, L. Aliste, A. Puigdefàbregas, R. Gispert, J. Borràs

S. Epidemiología y Registro del Cáncer. Instituto Catalán de Oncología. Hospital Duran i Reynals; Registro de Mortalidad de Catalunya; Plan Director de Oncología.

**Antecedentes/objetivos:** i) Analizar la tendencia de la mortalidad por CP en Cataluña según el sexo y la provincia en el periodo 1975-2004; ii) Estimar la mortalidad por CP en Catalunya hasta 2019.

**Métodos:** Los datos de mortalidad por CP se obtuvieron del Registro de Mortalidad de Cataluña, las pirámides poblacionales hasta 1985 del Instituto Nacional de Estadística y, a partir de ese año, del Instituto de Estadística de Catalunya. Las tasas de mortalidad por CP fueron ajustadas a la población mundial. Para el análisis de tendencias, se ajustó un modelo lineal generalizado basado en una distribución Poisson, a partir del cual se calculó el Porcentaje de Cambio Anual (PCA). Los cambios de tendencia se detectaron mediante un análisis de Joinpoint. Las proyecciones de la mortalidad se calcularon usando las tendencias observadas desde 1985 mediante un modelo edad-periodo-cohorta bayesiano autorregresivo, mediante el software WinBugs.

**Resultados:** En Cataluña, la mortalidad por CP en los hombres aumentó durante 1975-90 (PCA: 3,0%) y disminuyó a partir de 1990 (PCA: -0,62%). En las mujeres, la mortalidad por CP descendió durante 1975-89 (PCA: -1,94%) y aumentó a partir de 1989 (PCA: 3,2%). Estos patrones se pudieron observar también por provincias, si bien los años de cambio (joinpoint) fueron ligeramente diferentes. Para los hombres, se detectaron joinpoints en los años 1986, 1990, 1992 y 1993 respectivamente para Tarragona, Barcelona, Girona y Lleida. Para las mujeres, se detectaron puntos de cambio de tendencia en los años 1989 y 2000 en Barcelona y Tarragona respectivamente. En Lleida y Girona la mortalidad se mantuvo estable en todo el periodo (PCA = -0,3% y 0,4% respectivamente sin ser significativos). Las proyecciones de la mortalidad por CP en Cataluña predicen una disminución (PCA[Estimado]: -0,9%) en los hombres y un aumento en las mujeres (PCA[Estimado]: 3,7%), estimándose para el periodo 2015-2019, 3.246 defunciones en los hombres y 768 en las mujeres.

**Conclusiones:** i) Se observan patrones opuestos en la tendencia de la mortalidad para hombres y mujeres ii) Las provincias presentan un comportamiento similar a Cataluña, con alguna diferencia respecto el año de cambio de la tendencia y sexo iii) Las proyecciones para la mortalidad en los próximos 15 años son decrecientes para los hombres y crecientes para las mujeres, acorde con las tendencias más actuales. iv) Nuestros resultados son similares a los publicados en otros países industrializados, siendo necesario reforzar las medidas antitabaco en la población más joven.

### MORTALIDAD MUNICIPAL POR CÁNCER EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ

E. Benítez Rodríguez, A.M. Ruiz, A. Escolar, M. Ruiz, G. López-Abente

Registro Cáncer Poblacional Cádiz; Registro Mortalidad Andalucía; Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

**Antecedentes/objetivos:** El cáncer es la primera causa de muerte en los hombres y la segunda en las mujeres. Cádiz es una provincia que ha presentado una elevada carga de potenciales factores de riesgo de cáncer, a saber, exposición al tabaco y alcohol en los pescadores, exposición al amianto en la industria naval de la bahía, así como importantes desigualdades socioeconómicas. El objetivo del presente estudio es mostrar la distribución municipal de la mortalidad por cáncer usando técnicas de análisis espacial por áreas pequeñas, y orientar hacia el estudio de esos posibles factores de riesgo.

**Métodos:** Como fuente de casos se utilizaron los boletines de defunción para el periodo 1992-2002 municipios aportados por el Registro de Mortalidad de Andalucía. Las poblaciones se han obtenido a partir del censo del 2001. Para el cálculo de RME se ha utilizado la tasa de mortalidad de Andalucía para el periodo analizado. La unidad geográfica de análisis ha sido el municipio, constando Cádiz de 44. Se han calculado los riesgos relativos suavizados (RRs) utilizando el modelo de Besag, York y Mollie. Los modelos se ajustaron mediante métodos bayesianos de simulación de Markov y cadenas de Monte Carlo. Se han representado en mapas municipales las razones de mortalidad estandarizadas, RRs y la distribución de probabilidad posteriori de que los RRs > 1.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se han registrado 22939 defunciones por cáncer (14.838 en hombres y 8.101 en mujeres) en los 44 municipios. Los que presentan una mayor mortalidad (RRs ≥ 1,10), para los hombres se concentran en los municipios costeros de Cádiz, Barbate, Tarifa y Algeciras. Esta misma situación se traduce en las mujeres aunque con niveles de riesgo algo más bajos (entre 1,10 y 1,25).

**Conclusiones:** El patrón de mortalidad observado coincide con la explicación de los posibles factores de riesgos en aquellas poblaciones consideradas de mayor riesgo o excluidas socialmente. También juegan un papel importante en ciertas áreas los factores ambientales o laborales, como es la exposición al amianto, etc

**EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA PROVINCIA DE TOLEDO DE 1980 A 2004**

J. García Rodríguez, A. Navarro Sáez, F. Exojo Sánchez-Cruzado, C. García Colmenero

Delegación Provincial de Sanidad de Toledo.

**Antecedentes/objetivos:** El cáncer es la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres en la provincia de Toledo. El objetivo de este trabajo es describir su evolución global y de las principales localizaciones entre 1980 y 2004.

**Métodos:** Se han utilizado los datos de muertes por tumores y las estimaciones intercensales de población del Instituto Nacional de Estadística. Se han calculado las tasas de mortalidad anuales ajustadas por edad mediante la población mundial, para cada sexo y localización. El análisis en las tendencias de mortalidad se ha realizado mediante regresión lineal, obteniéndose el cambio anual medio en la tasa de incidencia estandarizada por edad (B), definiéndose periodos de menor duración cuando se observaron cambios en la tendencia.

**Resultados:** Entre 1980 y 2004 se han observado en ambos sexos ascensos significativos en la mortalidad por cáncer de pulmón (B = 0,76, en hombres y B = 0,08 en mujeres), vejiga (B = 0,10 en hombres y B = 0,03 en mujeres), páncreas (B = 0,08 en hombres y B = 0,07 en mujeres) y linfomas (B = 0,10 en ambos sexos); en hombres por cáncer colorrectal (B = 0,34); y en mujeres por cáncer de ovario (B = 0,12). Ha disminuido la mortalidad por cáncer de estómago (B = -0,50 en hombres y B = -0,44 en mujeres) e hígado (B = -0,10 en hombres y B = -0,23 en mujeres) en ambos sexos; por cáncer de laringe en hombres (B = -0,10); y por cáncer de útero (B = -0,12) y leucemia en mujeres (B = -0,06). En hombres en el conjunto de los tumores ha habido un descenso en la mortalidad en el periodo 1995-2004 (B = -1,71) y en las mujeres este descenso ha ocurrido desde 1980 (B = -0,41).

**Conclusiones:** La mortalidad por cáncer presenta una evolución descendente en los últimos años en ambos sexos. Sin embargo, en hombres, este descenso no se aprecia para algunos de los tumores más frecuentes (pulmón y colon-recto). En las mujeres, pulmón y ovario son las localizaciones que, junto a los linfomas, presentan una evolución más desfavorable.

**MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL ALCOHOL EN LA CIUDAD DE MADRID SEGÚN NIVELES DE CONSUMO**

M.J. González Ahedo, M.A. Martín Martínez, J.M. Díaz Olalla, M. Pérez Álvarez, A. Rivero García, I. Azcona Olivera, J. Galván Romo

Instituto de Salud Pública Ayuntamiento de Madrid; Hospital Universitario de la Paz.

**Antecedentes/objetivos:** Cuantificar la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol, según niveles de exposición al alcohol, en la Ciudad de Madrid en el año 2003.

**Métodos:** Se han utilizado las defunciones de la Ciudad de Madrid del año 2003 según grupos de edad, sexo y causas, procedentes del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. La prevalencia de consumo de alcohol según los diferentes niveles (alto, medio y bajo) procede de la encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005. El cálculo de la mortalidad atribuible se ha realizado mediante el software ARDI (Alcohol Related Disease Impact). Utiliza las fracciones atribuibles para cada una de las patologías específicas relacionadas con el alcohol, enfermedades que por definición se deben al alcohol, defunciones por causas externas, cirrosis hepática inespecífica y varices esofágicas. Para el resto de las patologías se calculan a través de los riesgos relativos procedentes de los metaanálisis de "Corrao 1999" (cáncer de próstata, isquemia cerebral y la hemorragia cerebral), y de "los estudios de cuantificación de la morbilidad y mortalidad causada por sustancias de abuso de English 1995" (resto de las enfermedades crónicas y cánceres). Estos riesgos se estiman según sexo, para 3 niveles de consumo, alto, medio y bajo.

**Resultados:** El número de personas fallecidas en la Ciudad de Madrid atribuibles al consumo de alcohol fueron 858, el 3,1% de la mortalidad total, el doble en hombres que en mujeres, la mayor proporción de mortalidad atribuible al alcohol corresponde al grupo de edad de 20-34 años. El 77,3% se debe a causas naturales y el 23,7 a causas accidentales. Las neoplasias, enfermedades digestivas y enfermedades vasculares son las principales causas de mortalidad. Se han prevenido por el consumo de alcohol 242 muertes 0,9% de la mortalidad total algo más del doble en hombres que en mujeres. En menores de 25 años no se observa disminución de la mortalidad por el consumo de alcohol siendo el grupo de 50-65 años el que tienen una fracción prevenible más elevada. Casi el 90% de la mortalidad prevenible se debe a la enfermedad isquémica cardiaca. La mortalidad neta atribuible al alcohol es de 616 fallecimientos, 2,3% del total.

**Conclusiones:** El análisis de la mortalidad atribuible al alcohol incluyendo los efectos protectores, permite observar que 3 de cada 100 personas fallecieron en la Ciudad de Madrid en el año 2003 por causas atribuibles al alcohol, se previnieron algo menos de 1 de cada 100. El número de muertes atribuibles al alcohol excede a las prevenidas (retrasadas) tanto en hombres como en mujeres existiendo claras diferencias según grupos de edad.

**ESPERANZA DE VIDA EN LA CIUDAD DE MADRID**

M. Esteban Peña, J.M. Díaz Olalla, E. Villasevil Llanos, A. Arribas de la Vieja, A. Antona Rodríguez, J. Galván Romo

Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid; H. La Paz de Madrid.

**Antecedentes/objetivos:** La Esperanza de Vida al Nacer (EMVN) es un buen indicador para aproximarnos al nivel de salud, por reflejar los niveles sanitarios, sociales y de mortalidad. Nuestro objetivo es conocer la EMVN para la ciudad y distritos municipales, del año 2002, así como las causas de las diferencias interdistritos.

**Métodos:** Para su cálculo se empleó la mortalidad del año 2002, Movimiento Natural de Población, y la población del año 2002 del Padrón Continuo de Habitantes. Las tablas de vida y las probabilidades de muerte, se han realizado con el programa Epidat 3.0, que termina con el grupo de 85 y más años.

**Resultados:** La EMVN en Madrid es 77,1 años para los varones, 85 para mujeres y 81,3 en conjunto. Por distritos municipales corresponde a:

	Total	Hombres	Mujeres
Madrid	81,3	77,1	85
Centro	79,3	74,3	83,6
Arganzuela	82,1	77,7	85,8
Retiro	80,5	76,5	83,8
Salamanca	83,0	78,9	85,9
Chamartín	81,7	77,8	84,9
Tetuán	81,6	76,9	85,5
Chamberí	81,8	77,0	85,4
Fuencarral-El Pardo	82,5	78,5	86,1
Moncloa-Aravaca	80,4	76,5	83,9
Latina	81,7	78,2	84,9
Carabanche	80,7	76,6	84,5
Usara	80,0	75,1	84,9
Puente de Vallecas	80,3	76,1	84,3
Moratalaz	81,4	77,6	84,9
Ciudad Lineal	81,4	76,6	86
Hortaleza	81,2	77,3	84,9
Villaverde	80,7	77,2	84
Villa de Vallecas	79,1	76,0	82
Vicálvaro	80,3	76,5	84,1
San Blas	81,4	77,6	84,8
Barajas	80,8	77,1	84,3

En Retiro se encontró un erróneo exceso de mortalidad infantil, debido a la presencia de un establecimiento sanitario. En Usara el análisis por barrios determinó una EMVN muy baja en hombres de Orcasur y de San Fermín: 71,59 y 72,79 años. Para Moncloa-Aravaca, hay un aumento en la probabilidad de morir en las mujeres de edades más avanzadas.

**Conclusiones:** Existen importantes diferencias en EMVN entre distritos municipales: 3,9 años entre el mejor y el peor. Internamente entre los barrios observamos también diferencias importantes. Existen factores no económicos o socio-sanitarios que influyen en la EMVN como son el registro, o la presencia de instituciones (centros residenciales de personas mayores) a considerar.

**TENDENCIAS EN LA MORTALIDAD SEGÚN CÁNCER EN LA COMUNIDAD VALENCIANA EN POBLACIÓN DE MEDIANA EDAD**

M. Royo Marqués, V. Escrivà Agüir, C. Perelló Amorós, I. Ferreros, A. Fullana Montoro

Servei de Salut Infantil i de la Dona. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.; EVES. Conselleria de Sanitat.

**Antecedentes/objetivos:** Analizar los cambios en la tendencia de mortalidad por cáncer durante el periodo entre 1994 y 2005 en la población de 40 a 64 años de la Comunidad Valenciana.

**Métodos:** Los datos de mortalidad se han obtenido del registro de mortalidad de la Comunidad Valenciana. El periodo estudiado es entre 1994 y 2005. El análisis se ha limitado a la población de 40 a 64 años. Se han incluido los 11 tipos de cáncer más prevalentes en este grupo de edad. Se ha utilizado la lista abreviada de causas de mortalidad clasificadas con la CIE revisión 9 y 10. Se han calculado las tasas específicas según edad (grupos quinquenales) y sexo. Los posibles cambios en las tendencias se han identificado por medio de una regresión "jointpoint".

**Resultados:** En todos los cánceres y grupos de edad las tasas de mortalidad son superiores en los hombres que en las mujeres. En el 2005 las principales causas de mortalidad en los hombres son los cánceres de tráquea, bronquios y pulmón (83,3 p 10<sup>5</sup>), seguidos del de estómago (13,72 p 10<sup>5</sup>) y de cavidad bucal y faringe (13,04 p 10<sup>5</sup>). En las mujeres son el cáncer de mama (28,68 p 10<sup>5</sup>), seguido del de tráquea, bronquios y pulmón (14,61 p 10<sup>5</sup>) y del intestino grueso (10,96 p 10<sup>5</sup>). En los hombres de 40-64 años y en todos los cánceres la tendencia de las tasas a lo largo del periodo estudiado es descendente, con una diferencia porcentual máxima para otros tumores del tejido linfático y hematopoyético (-50%) y los de laringe (-43%). Para las mujeres de 40-64 años se aprecia la misma tendencia descendente, excepto para los tumores tráquea, bronquios y pulmón, que tienen un incremento positivo (162%) y los de la cavidad bucal y faringe (41%). Tras el ajuste del modelo de regresión jointpoint no se observaron cambios en la tendencia de la evolución de los tumores a excepción de algunos grupos de edad como el de 55 a 59 en hombres para el cáncer de cavidad bucal y faringe, cuyas tasas descendieron hasta el año 2000 con un posterior incremento o el de 50-54 de intestino grueso en hombres, que aumenta hasta el 2001 descendiendo posteriormente.

**Conclusiones:** En los últimos años las tasas de mortalidad por cáncer muestran una tendencia decreciente en la población de mediana edad (40-64) seguramente debido a una mejora diagnóstica y terapéutica. Sin embargo, el aumento de la mortalidad por los cánceres relacionados con el tabaco de las mujeres y su disminución en los hombres es fiel reflejo del diferente patrón de distribución de este factor de riesgo en nuestro entorno.

**EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MORTALIDAD EN LOS MUNICIPIOS DE ANDALUCÍA DESDE 1975 HASTA 2005**

R. Ocaña-Riola, S. Toro-Cárdenas, M. Ruiz-Ramos, C. Méndez-Martínez, A. Fernández-Ajuria, J.M. Mayoral-Cortés, E. Benítez-Rodríguez, M.C. Olvera-Porcel, C. Sánchez-Cantalejo

*Escuela Andaluza de Salud Pública; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; Fundación para la Investigación Puerta del Mar.*

**Antecedentes/objetivos:** Son muchos los factores sanitarios, políticos o sociales que intervienen en la modificación de la mortalidad y otros resultados en salud a través del tiempo. En Andalucía, la magnitud y velocidad de cambio de las tasas de mortalidad han podido ser diferentes en cada municipio, repercutiendo en una desigual distribución geográfica de la mortalidad a través de los años. El objetivo de este estudio es describir la evolución de la distribución geográfica de la mortalidad general en los municipios de Andalucía desde 1975 hasta 2005 y estudiar la tendencia seguida por las tasas específicas en cada uno de ellos.

**Métodos:** Se realizó un diseño ecológico utilizando el municipio como unidad de análisis. La variable dependiente fue el número observado de muertes en cada municipio y año. Se registraron 1.717.985 personas fallecidas en Andalucía entre 1975 y 2005. Para cada sexo y grupo de edad, formado por las categorías 1-14, 15-44, 45-64, 65-74, 75-84 y 85 o más años, se estimó la tasa específica de mortalidad utilizando las poblaciones del Censo y Padrón municipal para los años disponibles o interpolaciones lineales para los años intermedios. El suavizado espacial de las tasas específicas de mortalidad y la estimación de su tendencia temporal en cada municipio se realizó utilizando el modelo jerárquico bayesiano propuesto por Bernardinelli. El análisis se hizo por separado para cada sexo y grupo de edad.

**Resultados:** La representación cartográfica de las tasas específicas de mortalidad suavizadas mostró una tendencia decreciente en la mayoría de municipios de Andalucía. En 1975 todos los municipios presentaron unas tasas específicas superiores a la española. En 2005 sólo algunos de ellos continúan mostrando un exceso de mortalidad en determinados grupos de edad. Desde 1975 hasta 2005, la disminución anual media de las tasas específicas de mortalidad osciló entre un 2% y un 4% en cada municipio. El mayor descenso se produjo en los municipios de Andalucía occidental, especialmente en los grupos de edad más jóvenes.

**Conclusiones:** A pesar de que actualmente algunos municipios andaluces presentan una tasa de mortalidad superior a la española, durante el periodo 1975-2005 se ha producido una disminución importante en las tasas específicas de mortalidad. El estudio de la evolución espacio-temporal de la mortalidad ofrece una imagen dinámica del estado de salud de la población desde los años previos a la reforma sanitaria hasta la actualidad. Su análisis contribuirá a la reflexión sobre el pasado, presente y futuro de la salud en Andalucía.

**DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y TEMPORAL DEL SUICIDIO EN GALICIA EN EL PERIODO 1976-2004**

M. López Ratón, S. Cerdeira Caramés, A. Malvar Pintos

*Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia.*

**Antecedentes/objetivos:** El objetivo de este trabajo es estudiar la distribución geográfica y temporal de la mortalidad por suicidio en Galicia desde 1976 hasta 2004, según el sexo, la edad, la estacionalidad y el método empleado.

**Métodos:** Los datos de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística para el periodo 1976-1988 y del Registro de Mortalidad de Galicia para el 1989-2004. Para cada sexo se calcularon las tasas provinciales ajustadas por edad y las tasas específicas por periodos quinquenales (1980-1984, 1985-1989, 1990-1994, 1995-1999, 2000-2004). La distribución de los suicidios por grupo de edad se estudió en los grupos 0 a 14, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 y más de 80. La población gallega por grupos de edad y sexo son estimaciones intercensales calculadas por el método de Aitkin, con los datos de los Censos de 1981 y 1991 y los Padrones de 1986, 1996 y 1998 para el periodo 1980-1997 y de los correspondientes Padrones anuales para el periodo 1998-2004. Para la estimación del riesgo y la tendencia temporal a nivel municipal se utilizó un modelo jerárquico bayesiano.

**Resultados:** En Galicia se consumaron un total de 7.426 suicidios durante el periodo 1976-2004, de los cuales 5.419 (72,97%) eran hombres y 2.007 (27,03%) mujeres. Casi el 60% de los fallecidos por suicidio tenían 50 o más años, y el 15% eran adolescentes y adultos jóvenes. Se observó que la magnitud de las tasas específicas aumenta progresivamente con la edad en hombres y parece disminuir a partir de los 60 años en mujeres. No existe un marcado componente estacional. El ahorcamiento fue el método más frecuente para el suicidio, utilizado por el 65%, seguido por la precipitación, aunque empleado sólo por un 9%. En cuanto a la distribución provincial, A Coruña y Lugo presentan las tasas ajustadas más elevadas. El análisis a nivel municipal refleja un claro patrón norte-sur de decrecimiento. En cuanto a la tendencia temporal destaca un descenso o estancamiento en los municipios del norte de las provincias de Lugo y A Coruña, mientras que en los del sur de Galicia aparece una fuerte tendencia al aumento.

**Conclusiones:** Debido a su magnitud, el suicidio en Galicia sigue siendo un importante problema sociosanitario. El análisis geográfico y temporal permite diferenciar zonas prioritarias para el establecimiento de políticas preventivas y poder reducir así el número de defunciones por suicidio.

**ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN LOS MUNICIPIOS DE CATALUNYA, 1999-2005**

F. García García, A. Puigdefàbregas, R. Gispert, G. Ribas  
*Servei Informació i Estudis. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes/objetivos:** La mortalidad por accidentes de tránsito (AT) presenta un importante problema de salud pública en los países desarrollados por sus implicaciones sanitarias y sociales. La obtención de información con un determinado nivel de precisión geográfica es útil en la elaboración de políticas de prevención adecuadas. El objetivo de este estudio es la descripción del patrón geográfico de la mortalidad por AT en áreas pequeñas (municipios) de Catalunya durante el periodo 1999-2005.

**Métodos:** Se utilizaron las defunciones de residentes ocurridas en Cataluña, del Registro de Mortalidad y las poblaciones censales del año 2001 del Instituto de Estadística de Catalunya. Se determinó la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) por AT para cada uno de los 946 municipios. Para la obtención de la RME suavizada se utilizaron modelos bayesianos. La representación geográfica de ambas RME se realizó con el programa MAPINFO.

**Resultados:** El total de defunciones por AT fue 4.769 (el 1,18% de la mortalidad general), 3.603 muertes en hombres (75,6%) y 1.166 en mujeres (24,4%). 383 municipios catalanes no han registrado muertes por AT. Las defunciones por AT se concentran próximas a los núcleos más poblados, aunque sus RME presentan resultados variables: en el municipio de Barcelona existe una mortalidad inferior respecto a Cataluña y en Lleida se determina una sobremortalidad significativa. Se presentarán los mapas de la RME y la RME suavizada mediante modelos bayesianos.

**Conclusiones:** La RME por AT es un indicador que permite medir el exceso o defecto del riesgo de defunción por esta causa de muerte. Su representación gráfica a nivel municipal, posibilita la detección de patrones espaciales. Con el uso de técnicas de suavizado, se produce una representación geográfica más estable de los indicadores de mortalidad en áreas pequeñas, pudiendo evidenciar con mayor claridad el patrón del comportamiento de la mortalidad por AT.

**MEJORA DE LAS CAUSAS DE MUERTE DECLARADAS EN EL BOLETÍN ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN MEDIANTE LLAMADAS TELEFÓNICAS. CATALUNYA 2001-2005**

P. Molina Puyo, A. Gibert Arnau, S. Zaragoza Cosín, A. Puigdefàbregas Serra, R. Gispert Magarolas, J. Domènech Domènech  
*Registre de Mortalitat, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes/objetivos:** Una parte importante de la validez de muchos estudios epidemiológicos basados en datos de mortalidad depende de la calidad de la información sobre la causa de muerte. El Registre de Mortalitat de Catalunya codifica la causa básica de defunción de los Boletines Estadísticos de Defunción (BED) y efectúa controles de calidad sobre las causas de muerte notificadas. Una de las actuaciones de mejora de calidad de la certificación tiene como objetivo completar o mejorar la información de las causas de defunción informadas.

**Métodos:** Se efectúan llamadas telefónicas a los médicos certificadores y/o a los registros civiles donde se ha inscrito la defunción cuando: 1. La edad del difunto es inferior a 75 años y la causa de la defunción es "mal definida" según criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); 2. La causa de defunción está en blanco, es incomprensible por letra ilegible o abreviaturas de significado ambiguo, o es improbable. Se recoge información sobre el motivo de la llamada, el número de llamadas realizadas, los diagnósticos inicial y final, y se determina si se ha conseguido o no mejorar la información.

**Resultados:** En el periodo 2001-2005 se han investigado 652 BED (0,22% de las defunciones ocurridas en Catalunya) con un total de 1770 llamadas telefónicas. La causa de defunción estaba en blanco en el 50% de los BED investigados, y en el 47% era mal definida. En el 68% de los casos se consiguió mejorar la información, en el 15% de casos no se obtuvo colaboración o no había más información disponible, y en el 17% no se consiguió contactar con el médico o el Registro Civil. Un 61% de casos se resolvieron con menos de 3 llamadas, en un 30% se efectuaron entre 3 y 6 llamadas, y el 9% necesitaron más de 6 llamadas. En los BED con menos de 3 llamadas se mejoró la información en el 66% de los casos. La media de llamadas necesarias para mejorar la información fue de 4. El 88% de las causas investigadas eran "mal definidas" antes de la intervención, y esta cifra se redujo al 31% después de las llamadas. Con la intervención se consiguió disminuir un 4% las causas mal definidas en la mortalidad global, y el 14,18% las causas mal definidas en menores de 75 años.

**Conclusiones:** La realización de llamadas telefónicas consigue mejorar la información de un alto porcentaje de BED. Las causas de muerte certificadas en los BED son susceptibles de mejora mediante la búsqueda activa de información, lo cual repercute positivamente en la calidad de las estadísticas de mortalidad.

**ADECUACIÓN DE LA CORRECCIÓN SEGÚN CIE A LA EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD ESPECÍFICA, 1980-2004**

L. Círrera Suárez, D. Salmerón Martínez, E. Madrigal de Torres, C. Navarro Sánchez

*Servicio de Epidemiología. Consejería Sanidad. Murcia; Centro regional de Estadística. Murcia.*

**Antecedentes/objetivos:** En España se implanta la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) en mortalidad en el año 1999. La CIE-10 es el mayor cambio desde la CIE-6 (1948). Las modificaciones en su estructura y reglas afectan a la selección codificación de las enfermedades. Por ese motivo, se deben establecer, cuantificar y aplicar correspondencias entre CIE para minimizar el impacto en las series temporales. Objetivos. a) Evaluar la variación regional en la magnitud en tasas de causas de muerte en el periodo de la CIE-10, con y sin corrección por CIE. b) Ilustrar la evolución de las causas seleccionadas con y sin corrección por CIE en nuestro ámbito de 1980 a 2004.

**Métodos:** Partimos de las correspondencias de códigos CIE-9 y 10 de la lista INE. Calculamos las tasas anuales regionales ajustadas por edad a la población europea estándar por grandes causas y causas específicas en ambos sexos, según criterio de magnitud o relevancia. A las tasas ajustadas del periodo de CIE-10 les aplicamos su razón de comparabilidad específica para homogeneizar todo el periodo a la CIE-9. Obtenemos y comparamos la variación anual promedio de las tasas con y sin corrección a la CIE en todo el periodo y en 1999-2004, como pendiente de la tendencia.

**Resultados:** La tendencia de la mortalidad total regional es decreciente, aunque con aumentos en importantes en los cánceres de colon, pulmón, mama, también en trastornos mentales orgánicos, pre/senil, enfermedad Alzheimer, EPOC, cirrosis hepática y los suicidios. En el periodo 1999-2004 y tras corregir por CIE, constatamos que disminuye la pendiente de la tasa en casi todas las causas seleccionadas a excepción de los cánceres de pulmón y colon. Si comparamos las pendientes de las causas seleccionadas en el periodo 1999-2004 con o sin corrección CIE, evidenciamos un diferencial de hasta -17,7 puntos% en insuficiencia cardiaca, -11,4 puntos% en neumonía, o por otro lado, de 1,4 puntos% en enfermedad Alzheimer, y 4,0 puntos% en cirrosis hepática, entre otras.

**Conclusiones:** En determinadas causas de muerte es necesaria la corrección por CIE para no distorsionar las series temporales. En general las correcciones se han de aplicar con precaución y conocimiento de (la) causa.

**PÓSTER**Jueves, 18 de octubre de 2007  
18:00 a 19:45**Servicios sanitarios 2***Modera: Pablo Blanco Sánchez  
Delegación Provincial de Salud de Córdoba***ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS PEQUEÑAS Y CAUSAS EN CATALUNYA, 1999-2004**

F. García García, A. Puigdefàbregas, R. Gispert, G. Ribas

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

**Antecedentes/objetivos:** El análisis territorial de la mortalidad permite disponer de indicadores de salud por agrupaciones geográficas, interesantes desde el punto de vista sanitario o administrativo. El objetivo de esta comunicación es el análisis de la distribución en áreas pequeñas (comarcas) de la mortalidad de Catalunya durante el periodo 1999-2004 por diferentes grupos de causa de muerte.

**Métodos:** Se utilizan las defunciones de residentes en Cataluña, del Registro de Mortalidad y las estimaciones postcensales de población del Institut d'Estadística de Catalunya, entre 1999 y 2004. Se determina la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) por comarcas para las agrupaciones de causas: enfermedades cardiovasculares, respiratorias y tumores, por ser las más frecuentes y las causas externas por ser la primera causa de muerte entre personas jóvenes. El resto de causas se considera conjuntamente en un único grupo. Para la obtención de la RME suavizada se utilizan modelos bayesianos. La representación geográfica de ambas RME se realiza con el programa MAPINFO.

**Resultados:** Se determinan 343.018 defunciones de residentes en las 41 comarcas de Catalunya, con la distribución por grupos de causas: cardiovasculares 32,1%, tumores 27,3%, respiratorias 10,4%, causas externas 4,5% y resto de causas 25,7%. Las comarcas cuya RME es significativamente distinta de Catalunya varían según la agrupación de causas: cardiovasculares, 19 comarcas; tumores, 16; respiratorias, 9; externas, 18 y resto de causas, 22. Se presentará la comparación de los mapas de la RME y la RME suavizada mediante modelos bayesianos por grupos de causa de muerte.

**Conclusiones:** La determinación de la RME y su representación gráfica permiten la descripción de la mortalidad en Catalunya, detectando posibles excesos o defectos en la frecuencia de las diferentes causas de muerte. La variabilidad entre las áreas geográficas pequeñas dificulta la detección de patrones espaciales. La introducción de técnicas de suavizado, puede evidenciar patrones más claros, en el comportamiento de la mortalidad.

**LOS TRASLADOS INTERHOSPITALARIOS COMO FACTOR DE RIESGO DE MORTALIDAD HOSPITALARIA**

G. Ramírez, J. López, M. Gili, J.L. Cabanillas, L. Béjar

*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Virgen Macarena; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Sevilla.*

**Antecedentes/objetivos:** La tasa de traslados interhospitalarios puede calcularse a partir de las estadísticas hospitalarias y ha sido propuesta como indicador de calidad asistencial. En este estudio se calculó la tasa de traslados interhospitalarios con ingreso en nuestro hospital a partir de los datos del CMBD y se analizó su impacto como factor de riesgo de mortalidad.

**Métodos:** Se empleó el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de nuestro Hospital de 2006. Se emplearon los códigos establecidos en el Manual de Instrucciones del CMBD de 2007 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Se consideraron los traslados con ingreso y alta en nuestro centro. Los algoritmos para el cálculo de índices de comorbilidad, el análisis estadístico mediante prueba de logrank y modelos de Cox, la verificación de la asunción de proporcionalidad, y las curvas de supervivencia se hicieron con el programa STATA versión 9.0.

**Resultados:** Durante 2006 en nuestro hospital se produjeron 357 traslados desde otros centros hospitalarios (1,1% de todas las altas). Se encontró una asociación causal entre los traslados desde otros centros y la mortalidad hospitalaria. En el análisis univariado de supervivencia la prueba de logrank fue estadísticamente significativa ( $p = 0,0058$ ). El análisis multivariado de supervivencia con los modelos de Cox, controlando otras variables como la edad, reingresos evitables, tipo de ingreso, comorbilidad y otros mantuvo la asociación causal. Las pruebas de asunción de proporcionalidad no refutaron la validez de los resultados del análisis con los modelos de Cox.

**Conclusiones:** Los traslados desde otros centros hospitalarios influyen en la mortalidad hospitalaria independientemente de otras variables predictivas de tipo intrínseco y extrínseco que se controlaron mediante el análisis multivariado con los modelos de Cox. El análisis de los factores que influyen en los traslados interhospitalarios podría dilucidar cuáles de estos traslados son evitables e inevitables, y potencialmente reducir su impacto en la morbi-mortalidad hospitalaria.

**LAS COMPLICACIONES DE CUIDADOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS COMO FACTOR DE RIESGO DE MORTALIDAD HOSPITALARIA**

E. Gili, J. López, G. Ramírez, L. Béjar, J.L. Cabanillas

*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Virgen Macarena; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Sevilla.*

**Antecedentes/objetivos:** Las complicaciones de los cuidados médicos y quirúrgicos (códigos 996-999 de la CIE 9ª Revisión) se han descrito como un problema creciente aunque mal conocido en los centros hospitalarios. Si bien en algunos estudios observacionales se ha calculado para algunas de las causas su mortalidad atribuible, prolongación de estancias y exceso de costes, no se han analizado los factores que influyen en su mortalidad global a partir de estadísticas recogidas rutinariamente como el CMBD.

**Métodos:** Se empleó el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de nuestro Hospital de 2006. Se emplearon los códigos establecidos en el Manual de Instrucciones del CMBD de 2007 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Los algoritmos para el cálculo de índices de comorbilidad, el análisis estadístico y las curvas ROC se hicieron con el programa STATA versión 9.0.

**Resultados:** A partir de los datos del CMBD, los resultados del análisis de la mortalidad indicaron que la inclusión de la variable presencia de complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos en el modelo logístico optimizaba el modelo predictivo de mortalidad. Según este modelo, estas complicaciones ocasionan un exceso de mortalidad del 37% (LC con 95% 14%-65%) y esta asociación causal es estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ). Sin embargo, la revisión del CMBD evidenció una importante subestimación de la codificación de estas causas en algunas complicaciones que se registran en estudios de vigilancia e incidencia en algunos servicios hospitalarios, algunas con elevada letalidad.

**Conclusiones:** A partir de los datos del CMBD codificados según la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte se pudo identificar a todas las altas del hospital en las que figuraban estas complicaciones, y según el modelo logístico produjeron un exceso de riesgo de mortalidad considerable. No obstante, la manifiesta subestimación del número de altas con estas complicaciones sugiere que el exceso de riesgo de mortalidad puede ser sensiblemente mayor. Se exponen recomendaciones para que estas complicaciones se registren con más rigor en las Historias Clínicas y así mejoren sus tasas de codificación.

**ELABORACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD HOSPITALARIA CON LOS DATOS DEL CMBD**

M. Gili, J. López, G. Ramírez, J.L. Cabanillas, L. Béjar

*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Virgen Macarena; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Sevilla.*

**Antecedentes/objetivos:** Algunos estudios han empleado distintos índices de comorbilidad como indicador pronóstico de la mortalidad hospitalaria. No obstante, el poder predictivo de los índices de comorbilidad es limitado, ya que la mortalidad hospitalaria también está influida por otras variables intrínsecas y extrínsecas. En este estudio se analiza un modelo predictivo de mortalidad en el que se incluyen diversas variables intrínsecas y extrínsecas disponibles en el CMBD.

**Métodos:** Se empleó el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de nuestro Hospital de 2006. Se emplearon los códigos establecidos en el Manual de Instrucciones del CMBD de 2007 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Los algoritmos para el cálculo de índices de comorbilidad, el análisis estadístico y las curvas ROC se hicieron con el programa STATA versión 9.0.

**Resultados:** En 2006 se produjeron 33.453 altas y 1.590 defunciones (Tasa de Densidad de Incidencia de Mortalidad de 5,6 por 1000 personas-días). En el modelo logístico se incluyeron aquellas variables en las que en el análisis univariado se encontró una asociación causal estadísticamente significativa con la mortalidad. Se valoraron posibles interacciones y colinealidad. En el análisis multivariado, el modelo que explicó mejor la mortalidad hospitalaria fue el que incluyó las siguientes variables: edad, índice de comorbilidad de Charlson, dependencia alcohólica, complicaciones de los cuidados médicos y quirúrgicos, tipo de ingreso, reingresos evitables, traslados interhospitalarios y estancia en UCI. A partir del modelo logístico se elaboró la curva ROC predictiva de mortalidad y el área bajo la curva fue del 86%.

**Conclusiones:** La información disponible en el CMBD permite calcular diversos indicadores de comorbilidad y modelos predictivos de mortalidad, y comparar su eficacia relativa como indicadores pronósticos. El modelo predictivo desarrollado permitiría identificar a pacientes con mayor riesgo de mortalidad hospitalaria y adoptar medidas de prevención específicas. Se analizan posibles sesgos y limitaciones de la información del CMBD.

**PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA CON EL ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON A PARTIR DE LOS DATOS DEL CMBD**

J. López, G. Ramírez, L. Béjar, J.L. Cabanillas, M. Gili

*Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Virgen Macarena; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Sevilla.*

**Antecedentes/objetivos:** El Índice de Comorbilidad de Charlson (ICH) es el indicador de comorbilidad más empleado internacionalmente y en los últimos años el interés se ha centrado en dos puntos: a) su posible cálculo con las bases de datos de altas hospitalarias, y b) su valor pronóstico aislado y conjuntamente con otras variables predictivas.

**Métodos:** Se empleó el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de nuestro Hospital de 2006. Se emplearon los códigos establecidos en el Manual de Instrucciones del CMBD de 2007 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Los algoritmos para el cálculo del Índice de Comorbilidad de Charlson basados en los procedimientos descritos por Deyo et al y Romano et al, el análisis estadístico y las curvas ROC se hicieron con el programa STATA versión 9.0.

**Resultados:** En 2006 se produjeron 33.453 altas y 1.590 defunciones. El ICH se pudo calcular en el 100% de las altas. Las tasas de mortalidad para los distintos valores de ICH fueron: a) ICH 0 = 1,5%, b) ICH 1-2 = 7,2%; c) ICH 3-6 = 13,8%; d) ICH 7-10 = 22,6%; e) ICH 11 o más = 38,5%. El análisis estadístico demostró una clara relación dosis-efecto entre el valor del ICH y la mortalidad (valor de comparación ICH = 0): a) ICH 1-2: odds ratio 5,2 (LC 95% 4,6-6,0)  $p < 0,0001$ ; b) ICH 3-6: odds ratio 10,9 (LC 95% 9,2-12,8)  $p < 0,0001$ ; c) ICH 7-10: odds ratio 19,8 (LC 95% 16,5-23,8)  $p < 0,0001$ ; d) ICH 11 o más: odds ratio: 42,5 (LC 95% 25,2-71,4)  $p < 0,0001$ . La prueba de tendencias fue significativa ( $p < 0,0001$ ). A partir del modelo logístico se elaboró la curva ROC predictiva de mortalidad y el área bajo la curva fue del 76,3%.

**Conclusiones:** A partir de los datos del CMBD codificados según la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte se pudo calcular el Índice de Comorbilidad de Charlson para todas las altas del hospital, y este ICH presenta una relación dosis-efecto con la mortalidad hospitalaria estadísticamente significativa. Este ICH es un indicador pronóstico que con nuestro algoritmo pudo calcularse en todos los pacientes a partir del CMBD. No obstante, el área bajo la curva ROC es del 76,3% y un modelo predictivo de mortalidad más preciso debería incluir otras variables de riesgo intrínsecas y extrínsecas que se recogen en el CMBD.

**INERCIA DE SEGUIMIENTO EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

M. Sandín-Vázquez, A. Sarría-Santamera

*Universidad de Alcalá.*

**Antecedentes/objetivos:** La inercia terapéutica (o inercia clínica) se define como la falta de cambios en los tratamientos por parte de los profesionales cuando los objetivos clínicos no se ven cumplidos. Paralelamente, se podría definir "inercia de seguimiento" a la no variación en el seguimiento (pruebas clínicas) que se le realiza a un paciente (independientemente de su buen o mal control) a lo largo del tiempo. El objetivo del estudio es evaluar la inercia de seguimiento a lo largo de un año en un grupo de 198 pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes a centros de salud del área 10 de Atención Primaria (AP) de la Comunidad de Madrid.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo longitudinal. Se recogieron los datos de las historias clínicas informatizadas (OMI-AP), registrando la realización o no y el valor de las pruebas incluidas en el protocolo de seguimiento de diabéticos tipo 2 en AP realizadas en dos periodos de 6 meses (t1 y t2), realizando un análisis de riesgo para ver la probabilidad de recibir pruebas de seguimiento en t2 aquellos pacientes con mal control o sin prueba realizada en t1.

**Resultados:** Estudiando los datos de t1, es bajo el porcentaje de pacientes cuyos parámetros clínicos cumplen los valores de los objetivos de control (20,2% presentan controlada la A1c y 24,4% la glucemia). Los valores medios de los parámetros clínicos superan los recomendados: A1c = 7,2 (IC95% = 6,7-7,7) y glucemia basal = 145,7 (IC95% = 136,8-154,6). No se encuentra relación significativa entre el mal control de los parámetros en t1 y el seguimiento en t2, excepto para el colesterol. En todos los casos, la probabilidad de que un paciente que no haya recibido las pruebas de seguimiento en el periodo t1 las reciba en el periodo t2 es muy baja (para la realización de A1c, RR = 0,65 (IC95% = 0,43 -0,97) y para la realización de glucemia RR = 0,73 (IC95% = 0,57 -0,93)).

**Conclusiones:** A pesar de que el control de los parámetros clínicos en diabéticos tipo 2 es deficiente, los pacientes que no reciben pruebas de seguimiento para evaluar el grado de control de la enfermedad tienen menos probabilidad de que se las realicen en un futuro. Es decir, hay una falta de cambios en el seguimiento a pesar de que los objetivos clínicos no están cumplidos, por lo que se podría hablar de inercia de seguimiento desde Atención Primaria en la asistencia a los diabéticos tipo 2.

**VARIABILIDAD GEOGRÁFICA EN LA DEMANDA DE ASISTENCIA URGENTE EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

V. Fuentes Leonarte, J.M. Tenías Burillo, E. Navalón Ramón  
*Fundación de Investigación; H. La Fe; Valencia; S. de Medicina Preventiva; Hospital Lluís Alcanyis; Xàtiva; Medicina Familiar y Comunitaria; Departamento 14; Xàtiva.*

**Antecedentes/objetivos:** En un modelo de accesibilidad universal la variabilidad geográfica en la demanda de atención sanitaria urgente debería ser mínima. Objetivo: estimar la variabilidad geográfica de la demanda sanitaria urgente según la división zonal de Atención Primaria en un Departamento de Salud para un periodo de 10 años (1994-2005).

**Métodos:** Se recogió la asistencia a los servicios de Urgencias de los dos centros hospitalarios de referencia del Departamento de Salud 14 de la Comunidad Valenciana en el periodo 1996-2005 (censo 2001: 185002 habitantes). Para cada una de las 17 zonas de salud se obtuvo una tasa estandarizada por el método directo, utilizando como referencia toda la población del Departamento. Se estimaron diferentes medidas de variación [razón de variación (RV), coeficiente de variación ponderado (CVp) y componente sistemático de la variación (CSV)] para comparar las tasas de cada zona de salud en patologías consideradas no urgentes (odontalgias, estreñimiento, amigdalitis y gastroenteritis no complicada) y patologías urgentes (enfermedad pulmonar obstructiva crónica reagudizada, asma, enfermedad cerebrovascular y patología cardíaca aguda). Cada caso fue seleccionado mediante la identificación de términos equivalentes en la impresión diagnóstica de la base de datos administrativa del servicio. Se estimó la concordancia interobservador en una muestra aleatoria de 50000 urgencias.

**Resultados:** Se atendieron 754542 visitas, de las cuales el 95,2% correspondían a residentes del Departamento 14 (incidencia: 388 pacientes por 1000 habitantes-año). De los procesos seleccionados el más frecuente fue la gastroenteritis, con 21421 visitas (2,9% de todas las urgencias) y el que menos la odontalgia, con 1267 visitas (0,1% de las urgencias). La concordancia interobservador fue muy alta ( $\kappa > 0,81$ ) para todos los procesos, excepto para el asma ( $\kappa = 0,51$ ) y las odontalgias ( $\kappa = 0,36$ ). La incidencia por zonas de salud mostró una variabilidad geográfica (CVp = 27%) que fue mayor en las patologías no urgentes (CVp desde 30% para gastroenteritis al 143% para odontalgias) que en las urgentes (CVp desde 17% en enfermedad cerebrovascular y patología cardíaca aguda al 29% en enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Otros indicadores de variación (RV y CSV) mostraron diferencias similares a las del CVp.

**Conclusiones:** La demanda sanitaria urgente muestra una importante variabilidad entre zonas de salud, sobre todo en los casos considerados no urgentes, que podría ser reflejo de la falta de adecuación en la asistencia de estas patologías.

**EFFECTO DE LA DISPONIBILIDAD DE SEGURO PRIVADO EN LA UTILIZACIÓN DE CONSULTAS CON MÉDICOS**

M. Sandín Vázquez, A. Sarría Santamera  
*Universidad de Alcalá; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.*

**Antecedentes/objetivos:** En España coexisten asistencia pública y privada. El objetivo de este trabajo es describir las características de estado de salud y utilización de consultas con médicos en la población española según su disponibilidad de seguro privado, y analizar el efecto que disponer de dicho seguro puede tener en la utilización de servicios de salud.

**Métodos:** La fuente de información es la Encuesta Nacional de Salud de 2001. Se analizan las variables consulta con un médico en las últimas 2 semanas y especialidad del médico. Se realiza un análisis multivariante con regresión multinomial.

**Resultados:** Se analizan 21.067 registros. El 12,3% de ellos disponen de asistencia privada. La edad media de los que disponen de seguro privado es menor (45,6 y 43,1;  $p < 0,001$ ) y hay menos mujeres (52,0% y 48,3%;  $p = 0,001$ ) que los que sólo disponen de asistencia pública. Las personas con asistencia sólo pública tienen menor nivel de estudios y de ingresos. La percepción de salud buena o muy buena es mayor en los de asistencia privada (69,5% y 76,0%;  $p < 0,000$ ) y menor la prevalencia de enfermedades crónicas (36,5% y 33,6%;  $p = 0,003$ ). La frecuencia de una consulta con el médico en 2 semanas es superior en los que disponen de asistencia privada (23,2% y 25,3%;  $p = 0,015$ ), así como la media de visitas (0,3 y 0,4;  $p < 0,001$ ). Existen diferencias según especialidad, siendo más frecuente la consulta con un médico general en personas con asistencia pública (77,4% y 60,4%;  $p < 0,001$ ) mientras que con seguro privado es más frecuente con especialistas en áreas médicas (10,4% y 17,4%;  $p < 0,001$ ) y quirúrgicas (12,2% y 22,2%;  $p < 0,001$ ). En el análisis crudo con regresión logística multinomial se observó que la probabilidad de tener una visita era mayor para médico general (OR: 1,2; IC95% 1,0-1,3), y menor para especialista en medicina (OR: 0,5; IC95% 0,4-0,7) y en cirugía (OR: 0,5; IC95% 0,4-0,6). El análisis multinomial multivariante ajustando por variables demográficas, de estado de salud y nivel socio-económico indica que no hay diferencias en la visita al médico general según tipo de asistencia, pero sí para los especialistas de medicina y cirugía, siendo menor en personas con seguro público: general (OR: 0,9; IC95% 0,8-1,0), medicina (OR: 0,4; IC95% 0,3-0,6) y cirugía (OR: 0,5; IC95% 0,4-0,6).

**Conclusiones:** A pesar de que la población que dispone de seguro privado presenta mejor estado de salud (mejor auto-valoración y menor prevalencia de patologías crónicas), realizan mayor número de visitas, y después de ajustar por necesidad, se observa, así mismo, que tienen una mayor frecuencia de visitas con especialistas.

**CIRUJANOS ORTOPEDAS: QUÉ PIENSAN, QUÉ HACEN.**

M. González, A. Escobar, L. García, C. Herrera, R. Linertova  
*Unidad de Investigación, Hospital de Basurto; Servicio de Evaluación y Planificación Dirección del Servicio Canario de la Salud; Hospital Virgen de las Nieves.*

**Antecedentes/objetivos:** Observar el grado de acuerdo de cirujanos ortopedas entre la práctica clínica durante las visitas de seguimiento de pacientes operados de prótesis de cadera (PTC) o rodilla (PTR) en sus respectivas consultas y su opinión al respecto.

**Métodos:** Enviamos un cuestionario a todos los cirujanos ortopedas de los grupos participantes en el estudio: País Vasco, Andalucía y Canarias, y se pidió que contestasen sólo aquellos que realizaban intervenciones de PTC y PTR. En el cuestionario se pedía que describiesen la práctica habitual en sus consultas y su opinión sobre lo que a su juicio se debería hacer, en relación a 4 aspectos: frecuencia de las visitas de seguimiento, factores que podrían alterar esta frecuencia, pruebas diagnósticas realizadas y tratamientos indicados. El análisis estadístico se realizó mediante el Kappa ponderado por pesos cuadráticos para determinar el grado de acuerdo entre lo que hacen y lo que opinan.

**Resultados:** Obtuvimos respuesta de 77 cirujanos que realizaban intervenciones de PTC y PTR. Con respecto a la frecuencia de consultas, el estadístico alcanza valores de 0,70 a 0,84, el valor mínimo corresponde al acuerdo acerca de los meses que pasan de la 1ª a la 2ª consulta en los pacientes de PTC y el máximo al tiempo que transcurre desde el alta hospitalaria hasta la primera consulta ambulatoria en pacientes de PTR. En relación a los factores que pueden cambiar la frecuencia prevista de las consultas de seguimiento, el estadístico oscila entre 0,37 y 0,66. Cabe destacar la cifra más baja que corresponde al cambio de consulta debido al dolor, y la más alta al cambio por solicitud respecto a dudas del paciente. En cuanto al acuerdo encontrado entre las pruebas que se realizan en la actualidad y las que opinan que se deberían indicar, el estadístico se sitúa entre 0,35 y 0,85. El menor grado de acuerdo corresponde a la prescripción de la prueba de artrografía y el mayor a la prueba de artrocentesis. En relación a los tratamientos indicados, el kappa ponderado se enmarca entre 0,74 y 0,91. El de menor grado hace referencia al acuerdo sobre la prescripción de antibióticos, destacando el de mayor grado relativo al acuerdo acerca de la indicación de antitrombóticos.

**Conclusiones:** A la luz de los datos podemos concluir que existe un alto grado de acuerdo con relación a la frecuencia de las consultas de seguimiento y a los tratamientos que se indican, alcanzándose en esta última las puntuaciones más elevadas, sin embargo hallamos poco acuerdo en los factores que alteran la periodicidad de las consultas y en las pruebas que se indican.

*Financiación: FIS 040938 y Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco 200411012.*

**ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN PATERNA DE UN DIARIO DE EVENTOS RESPIRATORIOS EN NIÑOS DE UN AÑO DE LA COHORTE INMA-VALENCIA**

V.F. Fuentes, A.Q. Quiles, F.B. Ballester, A.E. Espulgues, T.A. Álvarez, A.M. Marco, M.R. Rebagliato  
*Fundación Investigación Hospital La Fe, Valencia; CIBERESP; Universidad Miguel Hernández; Agencia Valenciana de Salud; Escuela Valenciana de Estudios en Salud.*

**Antecedentes/objetivos:** La información recogida en las consultas clínicas y a través de diarios de síntomas por parte de los padres, constituye una fuente sensible para detectar los primeros indicios de la enfermedad y valorar su evolución posterior. El objetivo es validar la información obtenida a través de un diario de problemas respiratorios empleado en la cohorte INMA de Valencia.

**Métodos:** Estudio de cohortes de nacimiento en un Departamento de salud. Se entregó a los padres de 442 niños un diario de recogida de problemas respiratorios (tos de más de una semana, sibilancias, pecho cargado, resfriado o gripe), con las fechas de inicio y fin de los procesos y el lugar de atención. A 90 niños se les envió por correo y 352 se entregaron en mano en la visita al nacimiento. La cartilla se recogió en la visita programada del primer año. Se valoró la concordancia en la información sobre dos eventos: 1) los episodios de visitas al Servicio de Urgencias del Hospital recogidas en el diario y en las bases de datos del Hospital, y 2) las enfermedades respiratorias del diario (tos de más de una semana, sibilancias, pecho cargado, resfriado o gripe) y las registradas en el cuestionario cumplimentado por el pediatra en la visita del primer año.

**Resultados:** Se recuperaron 326 cartillas (73,7%), de las que 209 (64,1%) estaban cumplimentadas (47,3% de las entregadas). De las 90 remitidas por correo se recuperaron 52 (57,7% de las enviadas) de las que 36 (69,2%) estaban cumplimentadas. El diagnóstico más prevalente fue la infección de vías respiratorias altas (50% en las cartillas y 66,4% en las bases de Urgencias). Estudio de concordancia: 1) Se recogieron 102 casos de urgencias hospitalarias de 67 cartillas rellenadas. La concordancia entre estos datos y los episodios de urgencias fue entorno a un 50% según la fecha de episodio (mes y año) y el lugar de atención; 2) De las 110 cartillas en blanco (31,5% de las recuperadas y 24,8% de las entregadas), un 81% carecía de eventos respiratorios importantes según su contestación a una pregunta del cuestionario sobre la salud respiratoria de los niños durante su primer año de vida y de ellos un 77% no tenía eventos respiratorios en la base de Urgencias de La Fe.

**Conclusiones:** Se recuperó un alto número de cartillas, aunque se recuperaron proporcionalmente menos cartillas de las que habían sido enviadas por correo (16,52% menos). La cumplimentación de los procesos respiratorios importantes fue alta, aunque la concordancia entre los eventos de las cartillas y los recogidos en Urgencias fue baja.

## PÓSTER

Jueves, 18 de octubre de 2007  
18:00 a 19:45

### Tuberculosis 2

Modera: Antonio Luna Sánchez  
Servicio Andaluz de Salud

#### BROTE DE TUBERCULOSIS EN UNA FAMILIA INMIGRANTE DE LA ZONA NORTE DE ALMERÍA

P. Barroso García, M. Bonillo Muñoz, A.M. Jiménez López  
Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

**Antecedentes/objetivos:** El día 14 de agosto de 2006 se declaró un brote de tuberculosis en una familia de inmigrantes ecuatorianos en un municipio de la zona Norte de Almería, tras realizar el estudio de contactos iniciado cuando se declaró el primer caso, el día 25 de julio. Se planteó como objetivo investigar el brote y establecer medidas de prevención y control.

**Métodos:** Se realizó estudio descriptivo. Se consideró caso probable a aquella persona con clínica compatible con tuberculosis y radiografía de tórax anormal, y caso confirmado cuando además se identificó agente causal (*Mycobacterium tuberculosis*). Se estudiaron los contactos relacionados. Se planificó una estrategia para el abordaje, en la que participaron profesionales de atención primaria, hospital y distrito; y se realizó seguimiento telefónico y domiciliario. Fuentes de información: Ficha de declaración de enfermedad, encuestas epidemiológicas e información microbiológica.

**Resultados:** El estudio se realizó en dos fases. Primera fase: círculo familiar, dos familias en dos domicilios; segunda fase: tres familias relacionadas con el domicilio de una señora cuidadora de niños. Se identificaron 15 expuestos en 5 familias distintas, con 3 afectados pertenecientes a una familia (padres e hija). Las edades de los casos oscilaron entre 1 y 25 años, con una media de 16 y una mediana de 22. Los síntomas se iniciaron entre junio y julio de 2006. Dos casos fueron confirmados, identificándose el agente causal (Baciloscopia positiva, una en esputo y otra en jugo gástrico) y uno probable, presentaba signos radiológicos de TBC antigua, y al no haber sido tratado previamente se le consideró caso. Dos de los afectados residían en España desde hacía tres años y la hija había nacido en España. La tasa de ataque en expuestos fue de 0,2. En el estudio de contactos realizado se identificaron, 12 mantoux negativos a los que se les pautó quimioprofilaxis primaria. Se repitió mantoux a los dos meses, uno de ellos había virado, continuando con quimioprofilaxis secundaria; el resto fue negativo. Durante el seguimiento, 6 de ellos (3 casos y 3 contactos), se desplazaron unos meses por motivos laborales, a otra Comunidad Autónoma. El seguimiento se finalizó el 21 de marzo de 2007, con un total de 5 visitas realizadas y 119 llamadas telefónicas.

**Conclusiones:** Se confirma brote de tuberculosis en una familia inmigrante que comparte el mismo domicilio. Se planteó una estrategia para su abordaje, con seguimiento telefónico y domiciliario que permitió realizar las actuaciones de prevención y control.

#### LA TUBERCULOSIS EN MENORES DE 6 AÑOS: ¿UNA REALIDAD CONSCIENTE?

M.P. Ruiz Cerezo, G. Andérica Frías, M.V. Llamas Martínez  
Delegación Provincial de salud de Córdoba; Servicio de Epidemiología y Salud laboral. Consejería de Salud; Serv participación social. Consejería de salud.

**Antecedentes/objetivos:** Objetivo general: reflexionar sobre la evolución de la tasa de incidencia de TBC en menores de 6 años, desde 1997 a 2007, en comparación con la evolución de la tasa general de TBC. Objetivos específicos: describir la evolución de las tasas de incidencia por provincia en menores de 6 años y su comparación con las tasas generales. Porcentajes de hospitalización, defunciones, situaciones de especial vigilancia, casos hallados por estudios de contactos o no.

**Métodos:** Estudio ecológico de los casos de TBC, en menores de 6 años, declarados en el SVEA entre el año 2003 y el año 2006, y su comparación con los casos declarados en la población general.

**Resultados:** La tasa de incidencia de TBC en la población general en el año 1997 es el 20,9% y va disminuyendo progresivamente hasta el año 2006 que es 15,7%, excepto un pequeño repunte en el año 1999 de 19,4% respecto al año 1998 18,6%. En el caso de la TBC en la población de menores de 6 años la tasa máxima se sitúa en el año 1997 con 21,2% y sus resultados fluctúan más, 1998 14,8%, 1998 18,1%, a partir del año 2000 van disminuyendo progresivamente, produciéndose un fuerte ascenso en el año 2006. La tasa de TBC en menores de 6 años también ha variado respecto a las provincias, así en el año 1997 la tasa más elevada de Andalucía se encontraba en la provincia de Cádiz 33,75%, en el año 2000 se situaba en Sevilla con un 24%, sin embargo en el año 2006 en Almería con 33%. Con respecto a la situación de especial vigilancia cumplimentada de los años 2003 al 29 de mayo de 2007, destacamos el 34% de las declaraciones de 2006 en la que se recoge la situación de inmigrante. Los casos declarados por estudios de contacto en la población menor de 6 años en Andalucía durante el periodo 2003 al 29 de mayo del 2007 es del 20,5%, frente a los no declarados así que son el 13,7%. El 65% de los casos, del 2003 al 2007 fueron hospitalizados, resaltando que el 80% de las declaraciones del periodo de 2007 estudiado han sido hospitalizados. En este período un 21% se registra la curación y un 1% fueron defunciones.

**Conclusiones:** La tasa de incidencia de la población general va disminuyendo en los últimos años, sin embargo en la población menor de 6 años ha existido un aumento brusco en el último año. La TBC en los niños no aparece como primoinfección, sino como contagio, sin embargo sólo se detecta por estudios de contactos el 20,5%. La investigación en el campo biológico, (tratamiento, pruebas diagnósticas), no es suficiente para erradicar la enfermedad sin tener una visión holística de la persona. Se recomienda potenciar las medidas de actuación socio-sanitaria para mejorar los niveles de salud de la población más vulnerable.

#### TUBERCULOSIS EN ANCIANOS EN EL ÁREA DE ALICANTE. 2003-2006

M.V. Rigo Medrano, S. Cilleruelo Hernández, M. Verdú Perez  
Centro de Salud Pública de Alicante, Consejería de Sanidad.

**Antecedentes/objetivos:** La enfermedad tuberculosa aparece con más frecuencia en los grupos poblacionales donde existen mayor número de infectados por M. tuberculosis, siendo los ancianos quienes soportan elevados riesgos de infección. El riesgo de enfermar varía con la edad, el envejecimiento condiciona cierto grado de inmunodeficiencia y además surgen las enfermedades crónicas que favorecen el paso de infección a enfermedad apareciendo la tuberculosis (TBC) por reactivación endógena. El objetivo de este trabajo fue describir y detectar diferencias en las características epidemiológicas, clínicas y bacteriológicas entre las TBC en ancianos y otro grupo poblacional.

**Métodos:** Se revisaron los casos de TBC declarados al sistema EDO, en el Área de Alicante (Departamento 17 y 19). Los casos se clasificaron en ancianos y no ancianos. Se definió anciano: caso de TBC mayor de 65 años y no anciano: caso de TBC mayor de 15 años y menor de 66. Se utilizó para el análisis frecuencias, proporciones y medias. Se compararon proporciones con el estadístico Z y medias con la prueba de U Mann-Whitney, el análisis comparativo se realizó con OR, y sus intervalos de confianza. Nivel de significación del 95%.

**Resultados:** Total de TBC: 254, 14,17% en ancianos, 194 casos (189 > 15 años) fueron TBC pulmonar y 60 Otras localizaciones, respectivamente el 12,37% y 20%, de casos se notificaron en ancianos ( $p = 0,204$ ). Ningún anciano fue inmigrante de zona de alto riesgo OR de 0,00 (sin definir) y  $p = 0,000$ . Globalmente para el sexo la OR fue de 0,47 (0,22; 1,02). Sobre los factores de riesgo en ancianos se obtuvo: alcoholismo OR de 0,7 (0,16-2,63), diabetes OR de 6,03 (1,65-21,87), neoplasia OR de 6,83 (1,80-26,02), para ser UDVP OR de 0,23 (0,01-1,72) y para la presencia de VIH OR de 0,00 (0,00-0,53). En el análisis de las características clínicas se consideraron las TBC pulmonares, obteniendo para la presencia en ancianos de: síntomas generales OR de 3,49 (1,24-9,79), de síntomas respiratorios OR de 0,48 (0,17-1,35), ser ingresado en el hospital presentó OR de 2,85 (0,63-12,74). Ser bacilífero OR de 0,98 (0,41-2,34) y confirmación bacteriológica OR de 1,78 (0,39-8,09). El tiempo medio de ingreso en los ancianos fue de 17,41 días y en no ancianos de 20,24 ( $p = 0,272$ ).

**Conclusiones:** 1- En los ancianos no existe predominio de afectación en varones. 2- La presentación de síntomas generales en la TBC pulmonar esta relacionada con ser anciano. 3- La diabetes y la neoplasia se relacionan con la enfermedad en ancianos. 4- La probabilidad de ser bacilífero es prácticamente la misma que en el no anciano. 5- No existe diferencias significativas en la duración de la estancia hospitalaria entre ancianos y no ancianos.

**EVOLUCIÓN DEL PATRÓN EPIDEMIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS DURANTE LOS AÑOS 1998-2005 EN EL DISTRITO SANITARIO JAÉN**

M. Mariscal Ortiz, M.L. Gómez Mata, M. Bueno de la Rosa, I. Sillero Arenas, L. Muñoz Collado

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

**Antecedentes/objetivos:** Para contribuir al cumplimiento del tratamiento de la tuberculosis, facilitar el seguimiento clínico de la terapia y realizar el estudio y seguimiento de los contactos/convivientes es necesario el conocimiento de los diferentes factores epidemiológicos de la enfermedad. El objetivo del presente estudio es describir la distribución y características de los casos declarados al sistema de vigilancia epidemiológica entre los años 1998-2005 en el Distrito Sanitario Jaén.

**Métodos:** Estudio descriptivo de los casos de tuberculosis declarados (1998-2005) al Distrito Sanitario Jaén. Se calcula la distribución porcentual de casos para las distintas variables y la tasa de incidencia por año y Distritos Sanitarios de la provincia de Jaén. Las variables estudiadas son: edad, sexo, factores de riesgo, situación especial vigilancia, situación evolutiva, localización, cultivo, retraso diagnóstico, pauta de tratamiento, estudio de convivientes.

**Resultados:** La tasa máxima de incidencia se da en el año 1999 (29,15 casos por 105 habitantes) observándose un descenso progresivo que se mantiene hasta el año 2003 (5,5 x 105) con un ligero incremento en el 2004 (11,5 x 105) y 2005 (8,5 x 105). No se aprecian diferencias entre estos resultados y las tasas de incidencia provinciales por año. En cuanto a la edad destaca que el 30% de los casos diagnosticados en el año 1999 corresponden a mayores de 65 años, y a menores de 14 años en el año 2001 (33%). Desde el año 1998 hasta el 2002 se observa la presencia constante del consumo de alcohol como uno de los principales factores de riesgo. Entre las situaciones de especial vigilancia se mantiene durante los años estudiados el ingreso en prisión (con un máximo del 37,5% en el año 1998). El 86% de los casos corresponden a situaciones iniciales (81% provincial). La localización pulmonar es la más frecuente variando entre el 64% en el año 2002 y el 98% en 1999 (media provincial 60,61%). El 76% de los cultivos realizados fueron positivos a *Mycobacterium tuberculosis* (41% media provincial). La media de retraso diagnóstico fue de 28 días (media provincial 53 días). En el 96% de los casos el tratamiento fue estándar (65,1% media provincial). Se estudiaron el 69% de los focos (86,1% provincia) con una media de 59 convivientes por caso.

**Conclusiones:** La incidencia de tuberculosis en el Distrito Sanitario Jaén presenta un ligero ascenso desde el año 2004. Se debería prestar atención y establecer programas de prevención en el personal ingresado en instituciones penitenciarias y en consumidores de alcohol. Esto facilitaría tanto la prevención del contagio como el estudio de convivientes cuyo porcentaje puede ser mejorado.

**EFICIENCIA DE LA VIGILANCIA ACTIVA EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR**

A. Salazar Cifre, M.J. Borrás Moliner, R. Borrás Salvador, E. Giner Ferrando, A. Lloret Caballería, C. Monedero Mateo, J.M. Nogueira Coito, F.J. Roig Sena

*Secció d'Epidemiologia del Centre de Salut Pública de València; Servei de Microbiologia. Hospital Clínic Universitari de València; Servei de Microbiologia. Hospital Arnau de Vilanova de València; Servei de Microbiologia. Hospital Dr. Peset Alexandre de València.*

**Antecedentes/objetivos:** La búsqueda activa (B.A.) de casos E.D.O. constituye una de las principales cargas de actividad en las unidades de epidemiología de campo. Su efectividad se sustenta en la capacidad de la B.A. para detectar la porción de incidencia no declarada pasivamente y mejorar las estimaciones respecto de la evolución y predicción de las enfermedades. Nuestro objetivo es presentar los resultados de la B.A. en Tuberculosis desarrollada desde 1994 a 2006 en un territorio delimitado (población aprox. 1.260.000 habitantes).

**Métodos:** Desde 1992 se recuperan los registros de los Servicios de Microbiología de los Hospitales públicos del territorio (6 hospitales). Se constituyó un CMDB mínimo común a todos los registros que incluyeron las variables clásicas de la vigilancia de salud pública. Las variables analizadas fueron: evolución temporal, edad, sexo, especie micobacteriana, y correspondencia con la declaración pasiva. Los datos, desde 1994 (se descartan los 2 años iniciales de implantación), fueron analizados en forma de proporción mediante SPSS+ v.14, los valores temporales se contrastaron mediante ANOVA y las desproporciones mediante estadísticos no-paramétricos.

**Resultados:** Se recuperaron 5379 registros, de los que 2577 (50,9%) correspondieron *Mycobacterium tuberculosis* (MT); 1784 (35,3%) micobacterias sin clasificar (MsC); el 13,3% restantes a *Mycobacterias atípicas* y especies de *Nocardia*. La precisión diagnóstica evolucionó desde 16,74% MT periodo 94-97 a 95,35% MT periodo 02-06 ( $\chi^2$  2438,69; gl: 2;  $p < 0,0001$ ). Por sexos la proporción fue de 68,8% varones y 31,2% mujeres, siendo la media de edad de 44,27 años y 40,4 años, respectivamente que evoluciona en sentido creciente a lo largo del periodo (ANOVA, F: 39,54; gl:1;  $p < 0,0001$ ). La notificación pasiva evolucionó de modo similar a los laboratorios, en el periodo 94-97 la infranotificación fue del 50,83%, del 35,41% en 98-01 y del 13,26% en 02-06 ( $\chi^2$ : 469; gl: 2,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los sistemas activos de vigilancia constituyen un elemento esencial para la vigilancia e introducen un marco de relación cooperativa entre los diversos actores del sistema sanitario. La longitud temporal y exhaustividad de las series incrementan la capacidad predictiva al poder completar las series generadas por la notificación pasiva. La sensibilidad de los sistemas de información sanitaria requiere evaluaciones en periodos muy prolongados para obtener conclusiones respecto de sus variaciones.

**EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

A. Luna, B. Romero, J. Delgado, E. Quintana

*Servicio Andaluz de Salud; Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe.*

**Antecedentes/objetivos:** En 1996 se realizó el Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT) en España, donde se incluye Andalucía y donde se exponen las características epidemiológicas de la enfermedad. En este estudio se describen los indicadores epidemiológicos de esta enfermedad en el Distrito Aljarafe y se comparan dichos parámetros con los aportados por el PMIT.

**Métodos:** La información del PMIT se recoge de la publicación del estudio por parte de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Los casos de tuberculosis están referidos a las declaraciones notificadas a la Unidad de Epidemiología del Distrito Aljarafe en el período 2004-2006. Estas fueron completadas con las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe y en los servicios de neumología e infecciosos del Hospital Virgen del Rocío. Se comparan los datos con los obtenidos por el PMIT.

**Resultados:** La incidencia de la enfermedad ha pasado de 28,92 a 14,64 por 100.000 hab. Dicho descenso se aprecia tanto en hombres (de 41,16 a 22,41) como en mujeres (17,1 a 8,61). La relación hombres/mujeres es de 2,5 en ambos años. La reducción se produjo en todos los grupos de edad, excepto en los varones entre 15-24 años. El porcentaje de formas iniciales, la incidencia de bacilíferos y el porcentaje de casos con el alcoholismo como factor de riesgo no parecen haber sufrido cambios importantes en estos diez años, sin embargo se incrementa el porcentaje de inmigrantes del 2 al 9%, mientras se reduce del 27 al 10 el porcentaje de casos con VIH positivo y del 23 al 10 el porcentaje de casos UDVP. La incidencia anual de pacientes con TBC y VIH pasó del 7,9 al 1,45, es decir se redujo un 0,6 de media anual. El contacto previo ha pasado a ser en la actualidad el primer riesgo asociado a la tuberculosis. El % de pacientes con localización pulmonar se incrementó del 70 al 79%. La demora en el tratamiento desde el inicio de síntomas fue en el PMIT de 40 días y en 2006 superó los 30 días para más de la mitad de los bacilíferos, mientras que las finalizaciones de tratamiento pasaron del 67% al 92%.

**Conclusiones:** La reducción de la incidencia se produce en todos los grupos etarios y en ambos sexos, así como los casos de coinfección por el VIH. El contacto con tuberculosos parece ser el factor de riesgo más importante en la actualidad. Se aprecia un incremento de casos en población inmigrante. No se ha mejorado la demora en la instauración de tratamiento, aunque sí en el número de casos que lo finalizan. No hay cambios de interés en el resto de indicadores.

**RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS SEGÚN BACTERIOLOGÍA, GRADO DE CONVIVENCIA Y EDAD. GALICIA 2005**

E. Cruz, E. Fernández, J. García, R. Lema, J.A. Taboada

*S. Control de Enfermedades Transmisibles. Dirección Xeral de Saúde Pública. Galicia.*

**Antecedentes/objetivos:** El estudio de contactos de un enfermo tuberculoso, sobre todo de aquellos casos bacilíferos y con una estrecha convivencia, es una actividad fundamental en todo programa de prevención y control de tuberculosis. El objetivo de nuestro trabajo es analizar el número de contactos estudiados, según la bacteriología del caso índice, grado de convivencia y grupo de edad, así como los resultados del estudio.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo, basado en los datos del "Registro Galego de Tuberculose", que incluye entre las características de los casos la edad y microbiología de esputo y de los contactos el censo, grado de convivencia (conviviente, no conviviente, colectivo escolar y colectivo laboral) y diagnóstico. El ámbito de estudio fue Galicia y el período analizado el año 2005.

**Resultados:** El número de contactos estudiados fue 9.347 y se valoró, al menos, un contacto en el 80,8% de los casos índices bacilíferos. El número de enfermos diagnosticados en estos estudios (porcentaje sobre el total de casos del año 2005) fue 105 (10,0%) y de ellos el 75,2% se relacionaron con un bacilífero. Consta el grado de relación con un caso bacilífero en 5.291 (convivientes: 12,5%; no convivientes: 38,1%; colectivo escolar: 20,1% y colectivo laboral: 29,3%). Esta misma información para los relacionados con casos no bacilíferos es: 1.680; 18,2%; 24,8%; 41,4% y 15,7% respectivamente. El porcentaje de contactos con infección (y enfermedad tuberculosa), respectivamente, según baciloscopia del caso índice y tipo de convivencia fue: BAAR (+): convivientes: 59,7% (4,1%); no convivientes: 29,9% (1,3%); colectivo escolar: 21,4% (1,8%); colectivo laboral: 40,7% (0,4%). BAAR (-): convivientes: 48,9% (1,0%); no convivientes: 36,5% (1,2%); colectivo escolar: 17,5% (0,1%); colectivo laboral: 43,2% (0,4%). El porcentaje de contactos convivientes con infección (y enfermedad tuberculosa), respectivamente, según baciloscopia y por grupo de edad fue: BAAR (+): < 1 año: 45,5% (27,3%); 1 a 4 años: 41,7% (16,7%); 5 a 17 años: 44,2% (7,0%); 18 a 64 años: 63,8% (3,0%); > 64 años: 59,5% (0,0%). BAAR (-): < 1 año: 0,0% (0,0%); 1 a 4 años: 33,3% (0,0%); 5 a 17 años: 25,0% (0,0%); 18 a 64 años: 52,8% (1,3%); > 64 años: 51,4% (0,0%). Los tratamientos de la infección tuberculosa instaurados constan como satisfactorios en el 61,7% de los contactos.

**Conclusiones:** Aproximadamente la mitad de los convivientes de bacilíferos < 5 años están enfermos en el momento del estudio. El alto porcentaje de infección en adultos está influenciado por la prevalencia de infección poblacional. Es necesario priorizar el estudio de contactos íntimos de los casos bacilíferos y mejorar la cumplimentación de los tratamientos.

**TUBERCULOSIS E INMIGRACIÓN EN ALMERÍA. DIEZ AÑOS DE SEGUIMIENTO (1997-2006)**

P. Marín Martínez, A. Martínez Ortega, M. Martínez Lirola, T. Parrón Carreño

*Servicio de Salud. Delegación Provincial de Salud; Laboratorio de Microbiología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas.*

**Antecedentes/objetivos:** Desde hace varios años se indicaba en Almería el importante y creciente peso que la inmigración suponía en la incidencia de la tuberculosis y la necesidad de redoblar esfuerzos humanos y de recursos para su control. Se pretende conocer en qué medida Almería presenta magnitudes de tuberculosis superiores a las de nuestro entorno, cuál es el peso que suponen los casos en población inmigrante en este problema de salud pública a lo largo de los años, a la par que ha ido aumentando ésta, y cuáles son sus características más importantes.

**Métodos:** Se ha realizado un análisis retrospectivo de los casos de tuberculosis registrados en Almería entre los años 1997 y 2006, estudiando las siguientes variables: Distrito, país de origen, edad y sexo. Se ha realizado una evolución de la incidencia y las tasas en Almería en esos años, comparándolas con las de Andalucía y España. Se ha revisado la evolución de la población general y la inmigrante censadas en los municipios almerienses en ese período.

**Resultados:** La tuberculosis en Almería ha tenido una incidencia creciente en los últimos años, pasando de unas tasas de 19,3 en 1997 a hacerlo con 29,6 en 2006, siendo en toda la serie tasas superiores a las de nuestro entorno. La tuberculosis en la población inmigrante ha venido acompañada por el incremento de ésta en la provincia, que en el 2006 representaba el 17,4% de la población y que aporta en los últimos años el 50% de la incidencia de esta enfermedad. La distribución geográfica de los casos es desigual y, aunque el Distrito Poniente es el que ha presentado el mayor número de casos y tasas, recientemente se han incrementado estas magnitudes en los Distritos Almería -con predominio de población africana y del Este de Europa- y Levante -sobre todo con población latinoamericana. La distribución por edad y sexo de los casos relacionados con inmigración es diferente a la presentada en el resto de los casos, a la vez que entre unos Distritos y otros.

**Conclusiones:** Se mantiene la tuberculosis en Almería como un problema de salud pública de primera magnitud. Por el volumen de población inmigrante afectada se ha hecho necesario mantener una vigilancia estrecha y continuada y adaptar su abordaje a la incidencia y características de estos enfermos en cada uno de los Distritos de la provincia, que ha pasado por el refuerzo del personal destinado al programa, la potenciación de la figura del mediador, la mejora de la coordinación entre niveles, la realización de protocolos de seguimiento y el impulso del laboratorio de micobacterias.

**LOS ANCIANOS EN LA TRANSMISIÓN DE LA TUBERCULOSIS. ÁREA DE ALICANTE 2003-2006**

M.V. Rigo Medrano, S. Cilleruelo Hernández, M. Verdú Pérez, M. Rey Talens

*Centro de Salud Pública Alicante, Consejería de Sanidad; Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Miguel Hernández.*

**Antecedentes/objetivos:** La transmisión de M. tuberculosis depende de: número de bacilos de la fuente de infección, severidad y frecuencia de la tos, volumen de las secreciones, estado inmunitario de los expuestos, uso de quimioterapia y condiciones de la exposición (ambiente, cercanía y tiempo). La tuberculosis (TBC) constituye un importante problema de salud pública y se distribuye por edad en dos ondas, adultos y mayores de 65 años, señalando diferencias en sus riesgos. El objetivo de este trabajo fue describir las TBC en ancianos incidiendo en los factores favorecedores de la infección ante la exposición al bacilo facilitando la transmisión de la enfermedad.

**Métodos:** Se revisaron las TBC declaradas al sistema EDO, en el Área de Alicante (Departamento 17 y 19). Los casos se clasificaron en ancianos y no ancianos. Se definió anciano: caso de TBC mayor de 65 años y no anciano: caso de TBC mayor de 15 años y menor de 66. Las características analizadas fueron: localización de la enfermedad, en las pulmonares la aparición de síntomas respiratorios, demora diagnóstica, ser bacilífero, número de convivientes, número de personas de alto riesgo, número detectado de infectados y de enfermos en los estudios de contactos. Se utilizó para el análisis frecuencias, proporciones y medias. Se compararon proporciones con el estadístico Z y medias con la prueba de U Mann-Whitney. Nivel de significación del 95%.

**Resultados:** Nº de TBC: 254, 194 pulmonares (189 > 15 años) y 60 de otras. En ancianos se declararon 36 casos (14,17%), 24 (66,66%) pulmonares, 4 (11,11%) pleurales, 2 (5,55%) osteoarticulares, 2 (5,55%) linfáticas extra torácicas, 2 (5,55%) meningéas, 1 (2,76%) genitourinaria y 1 (2,76) miliar. Las diferencias de proporciones para todas las localizaciones de TBC entre ancianos y no ancianos dio  $p > 0,05$ . En las pulmonares el 58,3% fueron bacilíferas, el 75% presentó síntomas respiratorios, las diferencias de estas características con los no ancianos mostró  $p > 0,05$ . La media de demora diagnóstica en ancianos fue de 51 días y en no ancianos de 45 ( $p = 0,060$ ). La media de convivientes en ancianos fue 1,52 y en no ancianos 2,67 ( $p = 0,010$ ). La media del número de personas de alto riesgo en ancianos fue 1,91 y en no ancianos de 2,72 ( $p = 0,001$ ). Los infectados en los contactos de ancianos fueron 16,19% y en no ancianos 37,06% ( $p = 0,000$ ). No se detectaron enfermos en los contactos de ancianos.

**Conclusiones:** El anciano como fuente de infección no parece intervenir de forma significativa en la transmisión de la TBC: sus características clínicas y bacteriológicas son similares al resto, sus contactos domiciliarios y sociales son numéricamente menores y los infectados también.

**EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN ANDALUCÍA**

A. Luna, A.M. Mata, C. Rodríguez, S. Expósito

*Servicio Andaluz de salud; Hospital de san Juan de Dios del Aljarafe.*

**Antecedentes/objetivos:** La evolución de la tuberculosis en Europa depende de: la actuación de los servicios sanitarios sobre colectivos de riesgo y la influencia de fenómenos como el sida y la inmigración. Aunque se aprecia una reducción de la incidencia en Andalucía, aún presenta tasas muy por encima de las que correspondería a su nivel de desarrollo. Se suele pensar que ello es debido al efecto del sida. Nuestro estudio pretende evaluar el impacto de su efecto sobre la tuberculosis en Andalucía y valorar la influencia de otros indicadores en su evolución.

**Métodos:** La Unión Internacional contra la Tuberculosis propone como indicadores de control de la enfermedad: los cambios en la edad de los casos, el aumento de las recidivas, el control del VIH y la atención al colectivo inmigrante. Fuente de datos: a) el PMIT (Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis). b) Evolución de la Tuberculosis en Andalucía 1997-2000 (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía). c) Datos poblacionales del Instituto de Estadística de Andalucía. d) Casos de Tuberculosis declarados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el Distrito Sanitario Aljarafe durante el período 2004-2006. Se ha considerado que los datos aportados por el Distrito Sanitario pudieran ser similares a los de la Comunidad Autónoma en su conjunto.

**Resultados:** La coinfección TBC-VIH representaba en 1996 el 27% de los casos de TBC, el 17% entre 1997-2000 y el 10% entre 2004-2006. La incidencia anual de la coinfección TBC-VIH fue de 7,9 en 1996, pasó a 3 desde 1997 al 2002 y bajó a valores próximos a 1 durante los últimos 4 años. En estos años la incidencia por tuberculosis se mantuvo en valores próximos a 15 por 100.000. El grupo de edad más afectado en 1996 fue el de 25-44 años, al igual que en el período 1997-2000; en el período 2004-2006 se desplaza al grupo entre 35-44 años. La población inmigrante suponía el 2% de los casos en 1996 y pasa al 9% en el período 2004-2006. Las formas iniciales, respecto a las formas crónicas y recidivas se mantiene en una proporción de 9 a 1.

**Conclusiones:** La influencia del VIH sobre la incidencia de la tuberculosis en Andalucía se redujo en 2,5 veces entre 1996 y el período 1997-2000, para pasar a la mitad en el período 2004-2006, sin embargo la tasa de tuberculosis no ha seguido un proceso similar, tan sólo se redujo 10 puntos del primer al segundo período y 5 del segundo al tercero. Parece existir un leve desplazamiento del grupo de edad más afectado, aunque dista mucho de constatarse un verdadero cambio en el patrón etario de los casos. La relación entre formas iniciales y recidivas se mantiene constante. El incremento de casos en población inmigrante y la inexistencia de programas efectivos de control pueden hacer que las tasas sigan en los valores actuales por mucho tiempo.

## PÓSTER

Jueves, 18 de octubre de 2007  
18:00 a 19:45

### Vigilancia epidemiológica 3

Modera: Pilar Carrasco Rodríguez  
Consejería de Salud. Junta de Andalucía

#### CARACTERÍSTICAS DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN MENORES DE 15 AÑOS. RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN, 2006

M.L. Mateos Barrique, M.T. Gallardo López, M. Gil Costa, E.M. Vián González, M.J. González Megido, E.M. Francia Aricha, T. Vega Alonso  
*Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia. Sección de Epidemiología; Observatorio de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.*

**Antecedentes/objetivos:** La dermatitis atópica (DA) es un problema pediátrico cuya incidencia está aumentando sin conocerse claramente sus causas. El objetivo de este estudio es determinar las características clínicas de las dermatitis atópicas en menores de 15 años en Castilla y León durante 2006.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo realizado por la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León en 2006. La Red está compuesta por médicos generales/familia y pediatras de Atención Primaria que participan voluntariamente, cubriendo un 5% representativo de la población. La declaración de casos es semanal y confidencial. Se recoge información de 18 variables, analizándose en este estudio: número de consultas, tipo de DA (del lactante en < 2 años e infantil en ≥ 2 años), clínica, localización y factores exacerbantes. Criterios de inclusión: lesión pruriginosa con eritema vesicular, costras, descamación o liquenificación y tres características: localización en flexuras, aparición en la infancia, recidiva, asociada a rinitis, asma o conjuntivitis alérgica y antecedentes familiares o personales de atopía. Criterio de exclusión: dermatitis del pañal. Definición de atopía: DA, asma y rinitis alérgica. Se realizó análisis descriptivo y comparación de variables cualitativas (test  $\chi^2$ ).

**Resultados:** Un 97,3% realizó una consulta médica y un 2,7%, dos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron eczema seco (77,9%) y prurito (73,4%). El prurito, la dermatitis alba y la dermatosis palmoplantar juvenil fueron más frecuentes en la dermatitis infantil ( $p < 0,05$ ) y las lesiones exudativas en la del lactante ( $p < 0,05$ ). Hubo un 4,7% de menores atópicos. Las localizaciones de las lesiones fueron: miembros (59,7%), flexuras (45,5%), tórax (39,3%), cara (33,3%), mejillas (24,4%), manos (12,4%), nuca (10%), zona perioral (10%) y pies (5,2%) (mayor en mejillas y cara en la dermatitis del lactante y mayor en nuca, flexuras y pies en la dermatitis infantil,  $p < 0,05$ ). Como factores exacerbantes más comunes se registraron: calor (46,5%), sudoración excesiva (37,3%), xerosis (26,9%) y baño excesivo (21,1%). Un 14,9% refirió asma, un 8,5% rinitis alérgica, un 7,5% conjuntivitis, un 48,3% antecedentes familiares de atopía y un 12,9% antecedentes personales de atopía.

**Conclusiones:** La DA se manifiesta, sobre todo, como eczema seco y se localiza en miembros. El calor y la sudoración excesiva son los factores que exacerbaban el cuadro clínico más frecuentemente y casi la mitad refería antecedentes familiares de atopía.

#### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL CONTROL DE CONTACTOS DE UN CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR BACILÍFERA EN UN DEPARTAMENTO UNIVERSITARIO

J. López, G. Ramírez, M. Gili, L. Béjar, J.L. Cabanillas  
*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Virgen Macarena; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Sevilla.*

**Antecedentes/objetivos:** Uno de los objetivos de los exámenes de salud de quienes inician su trabajo en el ámbito sanitario debería ser la detección y control de la infección y de la enfermedad tuberculosa. Asimismo, el estatus de no infectado en el examen de ingreso permite diagnosticar en el futuro el posible viraje de la prueba de la tuberculina. En este estudio se describe y analiza un caso de tuberculosis pulmonar bacilífera en un becario de investigación de un Departamento Universitario a quien no se le hizo cribado de infección tuberculosa antes de iniciar su trabajo, y de los estudios que se llevaron a cabo en 27 contactos del centro.

**Métodos:** El diagnóstico de tuberculosis pulmonar bacilífera del becario se confirmó clínica, radiológica y microbiológicamente (frotis con tinción de esputo, y cultivo). La Delegación de Salud encomendó al S. de Medicina Preventiva de nuestro Hospital la investigación del caso y medidas de control. El estatus de infectado y no infectado de los contactos se determinó con la prueba de la tuberculina con el procedimiento de Mantoux. En aquellos con la prueba de tuberculina positiva (5 o más mm de induración transversal) se hicieron estudios radiológicos. Según el riesgo de exposición y los resultados del Mantoux y radiología se recomendó o no quimioprofilaxis primaria o secundaria con isoniazida, haciendo los controles analíticos pertinentes.

**Resultados:** Al becario de investigación, de 26 años de edad, no se le había hecho ningún cribado de tuberculosis en el examen de salud previo al inicio de su trabajo en esta Universidad. Al estudiar las características de los espacios donde trabajaba, de las personas que los frecuentaban y tras el estudio de los contactos se encontró un mayor riesgo de infección en los contactos que trabajaban habitualmente a menos de 2 metros del becario bacilífero ( $p < 0,001$ ). Por las características de los sistemas de climatización se descartó la posibilidad de transmisión indirecta. Tras la quimioprofilaxis primaria o secundaria con isoniazida no se detectaron nuevos virajes de la tuberculina ni casos de enfermedad tuberculosa entre los contactos.

**Conclusiones:** Si se hubiese practicado la prueba de la tuberculina en el momento de su incorporación a su trabajo se habría detectado la infección, y con los estudios radiológicos y bacteriológicos, la enfermedad. Esto habría evitado los costes económicos y de dedicación de personal de los servicios asistenciales, y las molestias, pre-ocupación y riesgos de efectos adversos de la medicación entre los contactos.

#### ENCUESTA DE VALORACIÓN DEL BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE ARAGÓN

P. Rodrigo, J.R. Ipiéns, S. Martínez, B. Adiego, C. Malo, J.P. Alonso  
*Servicio de Vigilancia en Salud Pública de Aragón.*

**Antecedentes/objetivos:** El Boletín Epidemiológico Aragón (BEA) está dirigido a personas, Organismos o Instituciones relacionadas con el ámbito sanitario. El BEA se ha creado como una herramienta de difusión de la información epidemiológica. El objetivo fue conocer la opinión sobre el BEA de los profesionales que trabajan en Vigilancia Epidemiológica con el fin de modificarlo según las necesidades de los receptores.

**Métodos:** Elaboración de una encuesta enviada electrónicamente a los profesionales de Vigilancia Epidemiológica de la comunidad autónoma de Aragón y de cada una de las comunidades autónomas, en la que se recogen las siguientes variables: interés general, aceptabilidad, periodicidad, método de envío, formato, contenido y utilidad de la información aportada, valorando cada uno de los apartados del BEA con una puntuación de 1 a 10.

**Resultados:** Se enviaron un total de 30 encuestas y se obtuvo una tasa de respuesta del 50%. La periodicidad se consideró adecuada en el 100%. La puntualidad en la recepción, buena en el 80%. Respecto al método de envío el 100% opinaron que es adecuado de manera electrónica, 20% lo imprimen en papel y 86,7% opinaron que no es necesario el envío en papel. El formato y la extensión les pareció adecuado al 93,3%. El contenido lo leen el 100%, 60% estimaron que es muy interesante y 40% que es bastante interesante. Todos opinaron que la información es suficiente y útil para los profesionales, al 93,3% les pareció que es en tiempo oportuno y el 80% entraron en los vínculos que aparecen y leyeron las referencias bibliográficas. La opinión sobre el BEA fue muy buena en el 60% y buena en el 40%. El 100% estimaron que es necesaria su realización. Respecto a la valoración de los apartados del BEA, excepto la información de H5N1 y las alertas internacionales, el 100% de encuestados puntuaron por encima de 6 los distintos apartados: gráfico, tabla, enfermedad meningocócica, brotes semanales, información de una EDO, Red Centinela, alertas nacionales y otros.

**Conclusiones:** El BEA es un instrumento de información útil y adecuada para los profesionales de vigilancia epidemiológica. En general la opinión sobre la periodicidad, método de envío, formato, contenido y utilidad de la información aportada es muy favorable. Este estudio se ha realizado como paso previo a un estudio posterior en el que se encuestará a los médicos declarantes para conocer su opinión y poderlo adaptar a los cambios según las necesidades de información cambiante y requerimientos de los receptores.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. EVOLUCIÓN DE CASOS EN POBLACIÓN AUTÓCTONA Y EMIGRANTE (2002-2006)**

I. Huertas Zarco, F. González Morán, M. Martín-Sierra, H. Vanaclocha Luna, E. Pérez Pérez, T. Castellanos Martínez

*Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico. Conselleria de Sanitat.*

**Antecedentes/objetivos:** Dentro de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) las enfermedades de transmisión sexual (ETS), sífilis e *L. gonocóica* han destacado en los últimos años por mostrar una clara tendencia ascendente. Al mismo tiempo el fenómeno de la emigración también se ha ido incrementando y este hecho puede estar teniendo un impacto sobre la incidencia de las ETS, pues la situación de precariedad socioeconómica y afectiva de los emigrantes determina en ellos una mayor vulnerabilidad. Objetivo: describir la evolución de las ETS en nuestra comunidad durante el último quinquenio; valorar el peso de los casos producidos en población inmigrante y los países de procedencia de estos; y describir las características personales de los casos y los factores de riesgo más frecuentes.

**Métodos:** Estudio descriptivo de la evolución de declaración de ETS, durante los últimos cinco años; proporción de estos entre inmigrantes y distribución por países de origen los últimos tres años; descripción de las características personales de los casos y factores de riesgo más frecuentes del último año. Utilizando como fuente de información, la recogida en las encuestas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (AVE).

**Resultados:** Tanto en sífilis como en *L. gonocóica* la evolución ha sido claramente ascendente; en el caso de sífilis la Razón de Tasas entre el último año y el primero ha sido 2,57 (IC95%: 1,93-3,44); en *gonococia* RT 3,51 (IC95%: 2,5-4,93). La proporción de casos producidos en inmigrantes, en sífilis ha sido del 22% en 2003 al 35% en 2006; en *L. gonocóica* ha sido del 37% al 25%; En la distribución por países de origen, sífilis predomina en personas que proceden de países del Este de Europa (39%), y Centro y Sudamérica (37%); en *L. gonocóica* los inmigrantes de Centro y Sur América (41,6%) ocupan el primer lugar y los del Norte de África segundo lugar (33,3%). En cuanto a las características personales de los casos del último año, en sífilis la edad media ha sido de 35 años y la proporción de hombres del 69%; en *L. gonocóica* la media de edad ha sido de 31 años y la proporción de hombres del 91%. Como factores de riesgo a destacar, en los casos que estos se conocen, han sido alrededor del 50% tener parejas múltiples y algo más del 20% ejercer o ser usuario de prostitución.

**Conclusiones:** Las ETS incluidas en las EDO han sufrido un incremento en nuestra Comunidad, en parte debido a la emigración del Norte de África, Centro y Sudamérica y países de Europa del Este, lo que genera un problema de Salud Pública y por lo tanto en el que tendremos que incidir con medidas preventivas tanto individuales como poblacionales.

**LEGIONELOSIS COMUNITARIA EN UN NIÑO INMUNOCOMPETENTE**

R. Perea Rafael, A. Morillo García, A. Román Villanueva

*Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga; Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío.*

**Antecedentes/objetivos:** El 26/11/2006 ingresa en el Hospital Infantil un niño de 2 años de edad con diagnóstico de bronquiolitis aguda. El niño padece síndrome de Down y entre sus antecedentes personales figuran: bronquiolitis de repetición, enfermedad de Hirschsprung y una comunicación interauricular al nacimiento corregida sin cirugía. La clínica presentada por el paciente es dificultad respiratoria de una semana de evolución, con hipoxemia y aumento del trabajo respiratorio. Por esta razón estaba en tratamiento con salbutamol y estilsona. Debido a la gravedad de su cuadro que no mejora con el tratamiento el niño se traslada a la UCI pediátrica el día 3/12/2006 donde se le realiza una antigenuria frente a Legionella que fue positiva. El niño fallece el 17/12/2006 debido a un fracaso multiorgánico secundario a la neumonía que padecía.

**Métodos:** El mismo día 3 de diciembre se inicia por parte del servicio de Medicina Preventiva la investigación del caso. Tras valorar la clínica del niño al ingreso, la fecha de aparición de los síntomas y el resto de datos epidemiológicos recogidos se determina que el caso es comunitario, no indicando la toma de muestras ambientales en el hospital. A petición de los padres la sección de epidemiología de la Delegación Provincial de Salud concierne una entrevista con los mismos. La preocupación de los padres radicaba en un instrumental que habían estado usando para el tratamiento de la bronquiolitis que sufría el niño. Constaba de un nebulizador por ultrasonidos alquilado y un humidificador por ultrasonidos.

**Resultados:** Los resultados de los muestreos dieron positivo sólo en el agua de humidificador siendo además bastante alta la presencia de colonias (más de 7 millones y medio de ufc por litro). Esta muestra fue enviada al Instituto Carlos III para su tipaje. El 19/01/2007 desde Majadahonda se confirma la especie: *Legionella pneumophila* subgrupo 1 y subtipo ODLA.

**Conclusiones:** Es necesario tener en cuenta la legionella como causa de neumonía en niños pues puede provocar cuadros graves que comprometan la vida del niño. Quizás no sea costo efectivo realizar un screening a todos los niños inmunocompetentes que ingresan con neumonías comunitarias pero se debe sospechar en neumonías atípicas y cuando no responda al tratamiento empírico con betalactámicos. La investigación ambiental en los dispositivos utilizados para el tratamiento de este niño arrojó información sobre la importancia del mantenimiento de estos dispositivos y su cuidado y limpieza. La legionelosis podría llegar a ser una enfermedad emergente en niños, por lo que hay que tener en cuenta estos factores.

**BROTOS DE INTOXICACIONES ALIMENTARIAS POR BIOTOXINAS DEBIDOS AL CONSUMO DE PESCADO O MARISCO EN ESPAÑA Y ESTADOS UNIDOS**

A. Martín, E.V. Martínez, M.C. Varela, P. Ordóñez, A. Torres, M. Hernández, S. Villarrubia, G. Hernández

*Centro Nacional de Epidemiología. Madrid.*

**Antecedentes/objetivos:** Las biotoxinas marinas según su origen se clasifican en: escorbrotóxina, generada por decarboxilación bacteriana de histidina con producción de histamina; ciguatoxina por la presencia de dinoflagelados tóxicos; gempilotoxina, por elevado contenido de éster ceroso; tetrodotóxina; y toxina por ingestión de moluscos que incluye toxina diarreica (DSP), neurotóxica (NSP), amnésica (ASP) y paralizante (PSP). El objetivo del estudio ha sido analizar las características epidemiológicas de los brotes alimentarios por biotoxinas debidos al consumo de pescado y marisco en España y Estados Unidos (EEUU).

**Métodos:** Estudio de los brotes notificados en España, a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, y en EEUU (MMWR Surveillance for foodborne-disease outbreaks, publicado en 2006), en los últimos 4 años con datos disponibles (2003-2006 y 1998-2002 respectivamente). Se utilizó el test de chi-cuadrado para la comparación de proporciones.

**Resultados:** Durante los cuatro años estudiados, en España se comunicaron un total de 52 brotes causados por biotoxinas (16% del total de brotes debido al consumo de pescado y marisco); 92% por escorbrotóxina, 6% por DSP y ninguno por ciguatoxina ni tetrodotóxina. De ellos destacan 1 brote y 6 clusters de diarrea oleosa, con heces anaranjadas como síntoma principal, probablemente relacionados con el consumo de pescado (Gempylidae) con alto contenido en éster ceroso. En EEUU no se ha notificado ningún brote de gempilotoxina (a diferencia de España), sin embargo, la ciguatoxina supuso, con 84 brotes, el 41% del total de brotes por biotoxinas de pescado y marisco. Tanto en España como en EEUU los lugares más frecuentes de consumo de pescado y marisco contaminados con biotoxinas fueron el hogar y el restaurante, no existiendo diferencias entre ellos ni en España ( $p > 0,8$ ) ni en EEUU ( $p = 1$ ), sin embargo destaca una mayor proporción de brotes por escorbrotóxicos en restaurantes de Estados Unidos respecto a restaurantes españoles ( $p < 0,00004$ ).

**Conclusiones:** Las características epidemiológicas de los brotes en España y en EEUU presentan similitudes aunque difieren en aspectos etiológicos. En España destaca la comunicación reciente de brotes por consumo de pescado con alto contenido en éster ceroso, mientras que la ciguatoxina sólo aparece en brotes importados como consecuencia del incremento de viajes internacionales. El desarrollo actual de técnicas moleculares permite realizar una investigación exhaustiva y concreta sobre las distintas especies marinas implicadas mediante su secuenciación genética, lo cual influirá de una forma positiva en la detección de los brotes por biotoxinas.

**SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA VARICELA EN ESPAÑA**

M.V. Martínez de Aragón, A. Villaverde, I. Peña-Rey, T. Castellanos, E. Alcalde

*Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.*

**Antecedentes/objetivos:** La varicela es una enfermedad viral de la infancia producida por el virus varicela-zoster, generalmente benigna, aumentando su gravedad y complicaciones en menores de un año, adultos e inmunodeprimidos. En España es de declaración numérica obligatoria. En 1998 se autorizó la primera vacuna y en 2006 se incluyó en el calendario, para ser administrada a los niños entre 10-14 años susceptibles. El objetivo es analizar la situación epidemiológica de la varicela en España para conocer el patrón basal de presentación de la enfermedad, para la evaluación posterior del impacto de la introducción de la vacuna.

**Métodos:** Para el estudio descriptivo las fuentes de datos utilizadas fueron: Red Nacional de Vigilancia, Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Registro de Mortalidad y Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística.

**Resultados:** Desde 1997 a 2006 en España se han notificado una media anual de 196.545 casos de varicela (tasa media 479,31/100.000 habitantes), con dos ondas epidémicas mayores en 1999 y 2004 y una marcada estacionalidad. Durante 1997-2004 ingresaron un promedio anual de 1.274 casos por varicela (3,2 por 100.000 hab y 6,2 por 1000 casos notificados). El 86,5% de los afectados son menores de 14 años. Respecto a los casos ingresados por varicela el 59% son varones, el 61% son menores de 15 años, el 49,7% presentaban complicaciones, siendo la neumonitis hemorrágica la más frecuente. La frecuencia de complicaciones graves aumenta con la edad. El promedio anual de varicela nosocomial (varicela en ingresos por otra causa) fue de 706 casos (15,6 por 100.000 ingresados anuales), el 47,8% son varones, el 64,4% menores de 15 años, y el 13,8% tienen complicaciones. Durante 1997-2005 se han producido 75 defunciones por varicela (incidencia media: 8 casos por año; 0,20 defunciones por millón hab.), el 80% de las defunciones se concentran en los mayores de 14 años.

**Conclusiones:** La varicela en España tiene un patrón de presentación concordante con lo descrito en países de nuestro entorno, en ausencia de intervención. No ha pasado el tiempo suficiente desde que se introdujo la vacuna para poder observar cambios importantes en la epidemiología de la varicela. La información de incidencia por edad disponible está limitada a pocas Comunidades Autónomas. Se recomienda fortalecer la vigilancia de la varicela incorporando información de la distribución por edad y antecedente de vacunación de los casos, para poder valorar el impacto de la introducción de la vacuna y establecer un sistema que permita estimar las coberturas reales de vacunación por edad.

**VARICELA Y HERPES ZÓSTER: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INDIVIDUALIZADA A TRAVÉS LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

R. García-Pina, A. Serrano, J.J. Abenza, C. Navarro, J.J. Herranz, J.M. Alcaraz, A. García-Fulgueiras

*Servicio Epidemiología-DGSP; Consejería de Sanidad-Murcia; SDG Asistencia Primaria; SDG Tecnologías Información.*

**Antecedentes/objetivos:** El Consejo Interterritorial aprobó en 2005 la vacunación para varicela en susceptibles de 10 a 14 años (en Murcia 11 años), así como fortalecer la vigilancia de varicela (V), ahora de declaración únicamente numérica, e iniciar la vigilancia de herpes zoster (HZ), no existente a nivel nacional. El sistema OMI-AP (Sistema integral de gestión sanitaria en Atención Primaria, con informatización de la historia clínica) está implantado en el 98% de los Centros de Salud y 30% de los Consultorios Periféricos, cubriendo el 87% de la población en la Región de Murcia. Objetivos: Evaluar la concordancia entre el nº de casos de V registrados en OMI y en el Sist. EDO (SISEDO). Analizar las características epidemiológicas de los casos de V y HZ (edad, sexo, vacunación) registrados en OMI durante el periodo 2001-2006 y valorar su utilidad para la vigilancia.

**Métodos:** Análisis de los casos de V y HZ (códigos CIAP A72 y S70) registrados en OMI en 2001-2006. Se ha calculado el coeficiente de correlación intraclassa (CCI) y la diferencia anual media de los casos semanales de V registrados por OMI y SISEDO (t Student-datos apareados). Los cambios en el patrón epidemiológico de V y HZ a lo largo del periodo se analizan mediante Chi de tendencia.

**Resultados:** En el periodo 01-06 se registraron 39.063 casos de V y 15.516 de HZ. De éstos constaban como vacunados el 0,6% de las V y el 0,2% de los HZ. La tendencia anual de V y de HZ en OMI es ascendente (incremento medio 01-06: 67%-p < 0,001 para V y 20%-p = 0,69 para HZ) debido a la variación interanual típica de V (picos en 2004 y 2006) y al incremento de la cobertura de OMI. La concordancia OMI-SISEDO para V durante el periodo 01-06 es elevada (CCI = 83%; IC95% [79%-86%]). SISEDO registra de media más casos semanales de V que OMI, habiéndose reducido la diferencia a lo largo del tiempo: en 2001 = 130 casos más y en 2006 42 casos más; p < 0,001. Existen diferencias en la distribución por género: V = 48% mujeres y 52% hombres p < 0,001; HZ = 58% mujeres y 42% hombres p < 0,001. Los grupos de edad más afectados son: V 1-4 años = 54,7% y 5-9 años = 22,8%; HZ > 50 años = 58%. La distribución de casos por grupos de edad no varía de forma significativa en los 6 años.

**Conclusiones:** OMI-AP permite disponer de información sobre los casos de V y HZ por edad, sexo y antecedente vacunal con una alta cobertura poblacional, siendo una alternativa para las CCAA que no poseen red de médicos centinela. La concordancia entre los casos de V registrados en OMI y SISEDO es alta y está mejorando, y el patrón epidemiológico de V en OMI es consistente con otros estudios realizados.

**PÓSTER**Jueves, 18 de octubre de 2007  
18:00 a 19:45**VIH-SIDA***Moderadora: Isabel Hurtado  
Escola Valenciana d'Estudis (EVES). València***EVOLUCIÓN DE LA SÍFILIS EN HOMBRES CON RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SIDA**I. Hurtado Navarro, I. Alastrué Loscos, I. Ferreros Vilar, C. Santos Rubio, T. Tasa, S. Pérez Hoyos  
*CIBERESP; EVES; CIPS.*

**Antecedentes/objetivos:** La infección por sífilis ha sufrido un aumento en los últimos años en diferentes países entre los hombres con relaciones homosexuales (HSH) y aunque existe controversia sobre si esto implica un aumento en la incidencia de VIH, no dejan de compartir formas de transmisión. El objetivo de este trabajo es describir la evolución de la infección por sífilis entre los sujetos que acuden al Centro de Información y Prevención del SIDA (CIPS) de Valencia, y su relación con la evolución de la infección por el VIH.

**Métodos:** Se dispone una cohorte constituida por aquellos sujetos que acudieron al centro de formación y prevención del sida (CIPS) de Valencia en el periodo que va desde el año 2000 hasta el 2006. En las diferentes visitas al centro, se les realiza, además de una prueba para determinar la presencia o ausencia de anticuerpos frente al VIH, la determinación de la infección por sífilis detectada mediante pruebas treponémicas y no treponémicas. Se describe el porcentaje de casos por año según las características y prácticas de riesgo que realizan todos los sujetos que visitan el CIPS. Para los HSH se efectúa un análisis más exhaustivo ya que se dispone de información más detallada acerca de sus prácticas de riesgo, entre ellas el uso del preservativo, hasta el año 2005. El posible efecto conjunto y/o interacción entre las diferentes covariables se valora mediante un modelo de regresión logística.

**Resultados:** De los 10850 sujetos el 72% acude por motivos relacionados con sus prácticas heterosexuales (HT). El 19% del total son HSH. La prevalencia de sífilis para todos los sujetos que acuden al centro es 0,7% para todo el periodo sin observar grandes cambios en el periodo de estudio. Entre los HSH el porcentaje global de casos de sífilis es del 2,4%. Este ha sufrido un incremento pasando del 0,7% en el año 2000 al 2,5% en 2003 llegando hasta un 4,6% en el año 2006. Tras ajustar el modelo de regresión logística se observa un aumento del riesgo de infección por sífilis a medida que progresa el calendario, llegando a un OR de 10,05 (IC95%: 1,3-78,2). Por otra parte los sujetos que tienen contactos con la prostitución tienen un OR de 6,2 (IC95%: 2,2-17,7) de tener una infección por sífilis. Los sujetos con nivel de estudios primarios muestran un mayor riesgo de sífilis (OR = 8,2 IC95%: 1,2-54,8).

**Conclusiones:** Se ha observado un aumento en la infección de sífilis entre los HSH en los últimos años que puede ser atribuida a la relajación de las conductas de riesgo entre ellos. Estos hechos ponen de manifiesto la necesidad de reforzar las estrategias preventivas para evitar el aumento tanto de la sífilis como del HIV entre los HSH. *Financiación: Financiado parcialmente por CIBERESP y EVES.*

**COMPARACIÓN DE INDICADORES DEL RETRASO DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH. RESULTADOS DE UNA COHORTE HOSPITALARIA**

P. Sobrino, A.M. Caro, J.M. Miró, J. del Amo, J. Castilla, P. Labarga, J. Sola, S. Moreno, y CoRIS

ISCIII; H. Clínic; ISP Navarra; H. Carlos III; H. de Navarra; H. Ramón y Cajal.

**Antecedentes/objetivos:** Conocer la magnitud del retraso diagnóstico de la infección por VIH y los factores de riesgo asociados con él, permite plantear estrategias para favorecer el acceso a la prueba. Existen distintos criterios para su evaluación. El objetivo es describir la frecuencia de retrasos diagnósticos con distintos indicadores, y evaluar si existen diferencias relevantes en la magnitud y entre los factores de riesgo asociados con cada indicador, en la cohorte hospitalaria prospectiva y multicéntrica de la RIS (CoRIS).

**Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes naïve atendidos en 19 hospitales de 9 CCAA en 2004-06. Se consideraron 4 indicadores del retraso diagnóstico: - En pacientes de los que tenemos CD4 próximos al diagnóstico de VIH, se consideraron: 1: a) CD4 < 200 en el 1er. año de diagnóstico o b) al diagnóstico tenían sida o lo desarrollaron el año posterior (n = 1884) 2: a) CD4 < 200 en los 6 meses posteriores al diagnóstico o b) al diagnóstico tenían sida o lo desarrollaron el año posterior (n = 1749) 3: a) CD4 < 200 en el 1er año de diagnóstico o b) en el 1er año de diagnóstico 200 < 350 y carga viral > 20.000 o c) al diagnóstico de VIH tenían sida o lo desarrollaron el año posterior (n = 1884) - En todos los pacientes (n = 2357) se consideró un criterio de retraso: 4: a) CD4 < 200 en el 1er año de diagnóstico o b) al diagnóstico de VIH tenían sida o lo desarrollaron el año posterior o c) los pacientes con tiempo entre diagnóstico de VIH e inclusión en la cohorte de hasta 5 años y CD4 < 200. Si CD4 > 200 o eran diagnósticos de más de 5 años, se consideraron diagnósticos tempranos. Se utilizaron modelos de regresión logística multivariada para examinar las variables asociadas independientemente con cada indicador.

**Resultados:** Los 3 primeros indicadores evalúan el retraso en los diagnósticos recientes que ingresan en la cohorte. Fueron clasificados como retrasos diagnósticos el 35,6% (33,4-37,8), 37,3% (35,0-39,6) y el 48,6% (46,3-50,8) respectivamente. Según el 4º indicador fueron clasificados como retrasos diagnósticos el 30,6% (28,7-32,5). En los análisis multivariantes, se observó que el retraso diagnóstico a partir de los 40 años es superior en hombres que en mujeres; en heterosexuales frente a los homosexuales; y aumentaba con la edad, siendo los OR de similar magnitud con los 4 indicadores. En los 3 primeros supuestos (diagnósticos recientes), los UDI presentan un retraso diagnóstico superior a los homosexuales OR = 2,1 (1,5-2,9), que no se observa con el 4º indicador al considerar toda la cohorte.

**Conclusiones:** La estimación del retraso diagnóstico difiere significativamente en función del indicador utilizado, y en todos los casos es elevada.

*Financiación:* RIS.

**UTILIZACIÓN DEL PRESERVATIVO POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LAS UNIDADES VIH/SIDA DE LOS HOSPITALES QUE PARTICIPAN EN LA ENCUESTA HOSPITALARIA (2004-2006)**

T. Seisdedos, A. Díaz, J. Oliva, M. Díez, y Grupo de Trabajo de la Encuesta Hospitalaria CNE.

**Antecedentes/objetivos:** La encuesta hospitalaria viene caracterizando desde 1996 los pacientes con VIH/sida que son atendidos en los servicios del sistema nacional de salud. El objetivo es describir las características de los pacientes que utilizaron el preservativo como método de protección en la última relación sexual.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta realizada en un día en los hospitales del sistema nacional de salud en las comunidades autónomas que participan de forma voluntaria, del 2002 al 2006. Población de estudio: Pacientes en contacto con los servicios de atención para VIH y que usó preservativo en su última relación sexual. Se utilizan proporciones, chi-cuadrado de asociación y de tendencias para el análisis de su evolución anual.

**Resultados:** De los 3.180 encuestados, 2.158 tuvieron relaciones sexuales en el último año y 1.616 usaron preservativo en la última relación sexual. Se encontraron diferencias significativas en las proporciones de uso en los grupos reseñados a continuación. Entre los hombres la utilización fue mayor (77,7%) que entre las mujeres (70,6%). El grupo de edad con menor uso fue el de menores de 20 años (42,9%) respecto a los de 40 a 49 (78,2%). Los que tienen estudios secundarios o superiores (81,8%) frente a los de nivel menor (71,7%). Las personas que viven con familiares o amigos lo utilizaron menos (76,2%) que las que viven solas (83%). Los desempleados lo utilizaron en el 65,3% y la tendencia es a usarlo cada vez menos (p = 0,00), frente a los trabajadores activos (80,4%). Los españoles lo usaron más (76,4%) pero la tendencia es descendente (p = 0,041). Entre los inmigrantes son los subsaharianos quienes menos lo usaron (48,4%) seguidos de los europeos del este (61,1%). Por categoría de transmisión, son los UDI y las personas con prácticas heterosexuales los que menos lo usaron (73%). Entre los UDI, sólo lo utilizaron el 33,3% de los que usaron drogas en el último mes y 63,8% de los que están en tratamiento con metadona. Así mismo, lo usaron menos aquellos pacientes que ya presentan sida (72,7%) y los que no recibían TARV en el momento de la encuesta (67,5%). Los pacientes infectados con el VHB utilizaron menos el preservativo (54,8%) que los que no lo están. Sólo el 70% de los que presentaron alguna ITS en los 12 meses anteriores utilizó el preservativo en su última relación sexual.

**Conclusiones:** La utilización del preservativo en esta muestra es insuficiente. Los grupos más vulnerables (mujeres, jóvenes, UDI, inmigrantes), los socialmente desfavorecidos, o los que sufren infecciones transmisibles, susceptibles de ser evitadas utilizando este método de protección, son los que parecen usar menos el preservativo.

**SUPERVIVENCIA RELATIVA EN LA COHORTE DE SEROCONVERTORES AL VIH DEL PROYECTO GEMES.**I. Ferreros, S. Pérez-Hoyos, J. Del Amo, R. Muga, P. García de Olalla, J. Del Romero, J. Castilla, J. Belda, I. Alastrue et al  
EVES; CIBERESP; ISCIII; HUGTIP; ASPB; Sandoval; ISPN; CIPS.

**Antecedentes/objetivos:** Es evidente que la infección por VIH produce una sobremortalidad pero las causas de muerte no siempre están disponibles. El objetivo de esta comunicación es mostrar la supervivencia relativa (SR) de sujetos infectados por VIH y ver los cambios en la misma antes y después de la introducción de las terapias antiretrovirales combinadas (CART).

**Métodos:** Se dispone de los datos procedentes de la cohorte de seroconvertidores del grupo GEMES. Se ha considerado la fecha de entrada en la cohorte, la edad, el sexo, la práctica de riesgo y el seguimiento hasta la muerte o diciembre de 2005 lo que ocurriera antes. Se ha obtenido la SR comparando la supervivencia observada de cada sujeto con la esperada por el método de Hakulinen utilizando la web WAERS del Institut Català d'Oncologia (<http://rht.iconcologia.catalut.net/cas/surv.htm>). Con este método se obtiene una medida del exceso de mortalidad de los seroconvertidores al VIH comparada con sujetos de su misma edad y sexo de la población general. De este modo no sólo se tiene en cuenta el exceso de mortalidad por sida sino el exceso por causas relacionadas con la infección por VIH. El periodo de seguimiento se ha dividido en dos partes. Se muestran los resultados en SR (IC95%) a 5 años.

**Resultados:** Se ha utilizado información correspondiente a 1745 sujetos de los cuales 305 fallecieron con una tasa de 2,8% (IC95% 2,5-3,1). El 21,2% eran mujeres, el 26,5 eran hombres que practicaban el sexo con hombres (HSH) y el 66,5% eran usuarios de drogas inyectadas (UDI). La SR a 5 años fue del 90% (80-92), siendo del 88% (86-91) antes de 1997 y del 91% (89-93) después del 97. En el caso de los HSH la SR pasa del 89% (82-97) antes de 1997 al 98% (96-100) después. El efecto del calendario no se observa tan fuerte en los UDI siendo del 88% tanto antes como después. Al diferenciar por género los hombres pasan del 88% (85-91) antes del 197 al 91% (89-93) después del 97. En las mujeres el efecto va del 90% (85-95) al 92(88-96).

**Conclusiones:** Se observan diferencias en la supervivencia relativa antes y después de la del instante de introducción del HAART. Las diferencias que no se observan tanto en los UDI indican que este grupo sigue teniendo una mayor mortalidad que la general a pesar de los tratamientos.

*Financiación:* Parcialmente financiado FIPSE, EVES.

**DIFERENCIAS EN EL NIVEL DE CD4 Y CV AL INICIO DEL TRATAMIENTO SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN UNA COHORTE DE SEROCONVERTORES AL VIH (GEMES)**I. Hurtado, S. Pérez-Hoyos, I. Ferreros, J. Del Amo, R. Muga, P. García de Olalla, J. Del Romero, J. Castilla, P. Trullén et al  
CIBERESP; EVES; ISCIII; HUGTIP; ASPB; Sandoval; CIPS; GEMES.

**Antecedentes/objetivos:** El objetivo del presente estudio es valorar la existencia de diferencias en el nivel de CD4 o de HIV-RNA en el momento de iniciar el tratamiento para la infección por VIH según las características sociodemográficas en la cohorte de sujetos seroconvertidores al VIH del proyecto GEMES.

**Métodos:** Se seleccionaron los sujetos de la cohorte GEMES que alguna vez recibieron terapia antiretroviral combinada (CART) a lo largo del seguimiento. Se evaluaron los niveles de CD4 (cel/u) y de HIV-RNA en la visita más próxima a la prescripción del tratamiento. Se consideraron las variables sexo, categoría de transmisión, nivel de estudio y país de origen. Para valorar el efecto de los cambios en las guías de tratamiento, se agrupó el calendario en cuatro periodos: antes de 1998, 1998-99, 2000-01 y después de 2002. Se analizó el efecto de las covariables mediante una regresión lineal.

**Resultados:** De los 557 sujetos que han sido tratados alguna vez con CART, el 77% eran hombres, el 32% no tenían estudios o sólo primarios, el 68% eran Usuarios drogas inyectadas (UDI) y el 25% hombres con relaciones homosexuales (HSH). La mediana de CD4 al inicio del CART era para los UDI, inferior a los 390 de los HSH. Según el calendario se observa que antes de 1998 la mediana es de 264, de 417 para 1998-99, de 367 para 2000-2001, y 299 si se inicia el tratamiento después del año 2002. Tras el ajuste del modelo de regresión lineal múltiple se observa que los UDIs inician el tratamiento a niveles de CD4 inferiores (-82 cel/u EE: 31,1), que en los periodos de calendario entre los años 1998 y 2002 se iniciaba el tratamiento con niveles de más de CD4 más altos (131 y 120 cel/ml). Se encuentra un gradiente en el nivel educativo con menores cifras de CD4 para los de estudios inferiores aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Al ajustar el modelo para la log HIV-RNA en el momento de inicio, se observa mayor carga viral para los sujetos con menor nivel de estudios, aunque las diferencias no son significativas. No se observan diferencias por periodo.

**Conclusiones:** A los UDIs se les trata con niveles de CD4 inferiores que a los sujetos con otra práctica de transmisión. Por otra parte ha habido un cambio en los niveles a los que se inicia el CART a lo largo del tiempo que refleja el cambio de las recomendaciones que recogen de las guías de tratamiento CART.  
*Financiación:* Parcialmente financiado por FIPSE.

**TENDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS QUE PRESENTAN COMO ENFERMEDAD DEFINITORIA DE SIDA EL SARCOMA DE KAPOSI EN LA ERA TARGA**

J. Oliva, A. Díaz, F. Sánchez, M. Díez

*Área de Epidemiología de VIH/sida; Centro Nacional de Epidemiología.*

**Antecedentes/objetivos:** Desde la introducción del TARGA en los países occidentales, con acceso universal a dicha medicación, se ha observado en ellos una disminución en el porcentaje de Sarcoma de Kaposi (SK) como enfermedad definitoria de sida (EDS). El objetivo de este estudio es describir la tendencia reciente y características de las personas que presentan SK como primera EDS en España.

**Métodos:** Estudio descriptivo utilizando como fuente de datos el Registro Nacional de Sida: casos en adultos diagnosticados en el período comprendido entre 1996 y 2004. Se obtuvieron distribuciones de frecuencias de las variables: sexo, edad, país de origen, año de diagnóstico de sida, categoría de transmisión, retraso diagnóstico, SK como primera EDS y cifra de CD4 al diagnóstico. Se realizó un análisis bivariable donde la asociación entre variables se evaluó mediante las pruebas de chi-cuadrado y t de Student. Se realizó un análisis multivariante ajustando un modelo de regresión logística (OR; IC95%). Para el análisis de la evolución en el período se ha utilizado la prueba de tendencia lineal (chi cuadrado de tendencias).

**Resultados:** Durante el período estudiado se diagnosticaron en España 30.026 casos de sida en adultos, de los que el 3,7% (1.117) presentaban SK. Este porcentaje ascendió del 3,5% en 1996 al 5% en 2004 (p para la tendencia < 0,0001). El 60% de los casos con SK eran hombre homo/bisexuales. La edad media de los pacientes con SK al diagnóstico (41 años, IC95% 40,3-41,8) fue significativamente mayor que la de aquellos que debutaron con una enfermedad no tumoral (media 37,2 años, IC95% 37,05-37,3). También fue significativamente mayor el nº de CD4 al diagnóstico de SK (media 173, IC95% 154-191) respecto al grupo sin enfermedad tumoral (media 133, IC95% 130-136). Se ajustó un modelo de regresión logística multivariante en el que los factores asociados positivamente con SK fueron: sexo varón (OR = 1,83; 1,36-2,47), edad mayor de 40 años vs menor de 30 (OR = 1,40; 1,13-1,78), edad mayor de 40 vs 31-40 (OR = 1,28; 1,08-1,51), transmisión homo/bisexual vs UDI (OR = 18,5; 15,15-22,72), transmisión homo/bisexual vs heterosexual (OR = 7,14; 5,88-8,33), origen extranjero vs español (OR = 1,35; 1,05-1,72), CD4 al diagnóstico > 350 vs < 200 (OR = 2,21; 1,73-2,82) y CD4 entre 200 y 350 vs < 200 (OR = 1,60; 1,27-2,02).

**Conclusiones:** En España, a diferencia de lo que ocurre en los países de nuestro entorno, se observa un ascenso significativo del porcentaje que supone el SK como primera EDS. Respecto a las enfermedades no tumorales, la homosexualidad como categoría de transmisión, una mayor edad, origen diferente de España y un menor grado de inmunosupresión en el momento del diagnóstico se asocian a la presencia de SK como primera EDS.

**SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS FRENTE AL VIH Y DE COINFECCIÓN VIH-VHC EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS (2003-2005)**

A. Díaz, T. Seisdedos, M. Díez, A. García, L. Muñoz, y Grupo para el estudio anónimo y no relacionado de prevalencia de anticuerpos anti-VIH en madres de RN

*Centro Nacional de Epidemiología; Centro Nacional de Microbiología.*

**Antecedentes/objetivos:** La monitorización de la prevalencia de anticuerpos (Ac) anti-VIH en madres de recién nacidos (RN) vivos es un sistema de información implantado desde 1996 en diferentes comunidades autónomas (CCAA). A partir de 1998, este sistema se ha complementado con la detección de Ac frente al virus de la hepatitis C (VHC) en muestras positivas para el VIH. El objetivo es describir la seroprevalencia de VIH y coinfección VIH-VHC en madres de RN.

**Métodos:** Estudio anónimo no relacionado realizado en muestras de sangre seca de RN recogidas para la detección de metabolopatías congénitas. Los resultados de Ac anti-VIH se obtuvieron mediante test de ELISA y confirmados por inmunoblot; la determinación de anticuerpos VHC se realizó en las muestras positivas para VIH utilizando reactivos ELISA de tercera generación. Ámbito del estudio: Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, C. Valenciana, Galicia, Melilla y Murcia. Período de estudio: 2003-2005 (en Baleares datos de VHC sólo para el año 2005). Variables: Año de nacimiento del RN y CCAA. Se presentan las prevalencias por 1000 e intervalos de confianza al 95%. Para análisis de la evolución en el período se ha utilizado la chi cuadrado de tendencias.

**Resultados:** En el período se analizaron 405.161 muestras. La seroprevalencia global de Ac anti-VIH fue de 1,47‰ (IC95%: 1,36-1,60), con un descenso significativo entre 2003 y 2005 (desde 1,62‰ a 1,28‰). Las CCAA con mayores prevalencias totales fueron Baleares y Canarias, esta última con una tendencia descendente significativa, y las de menor prevalencia, Castilla León y Murcia. Se realizó la detección de Ac anti-VHC en el 87,1% (520) de las muestras con Ac anti-VIH, obteniéndose 166 muestras positivas, lo que supuso que un 31,9% de las muestras VIH positivas estaban coinfectadas con el VHC. La prevalencia de coinfección en el período fue de 0,43‰ (IC95%: 0,36-0,50), descendiendo desde 0,59 % hasta el 0,34‰ en 2005. Las prevalencias de coinfección más elevadas se detectaron en Galicia y la Comunidad Valenciana, sin cambios significativos en el período.

**Conclusiones:** Aunque los datos obtenidos no se pueden generalizar al conjunto de las CCAA, la prevalencia de anticuerpos (Ac) anti-VIH en madres de RN es un indicador muy útil para valorar la dimensión de la infección en mujeres en edad reproductiva, el número potencial de casos de transmisión vertical y el impacto de las medidas de prevención de la transmisión heterosexual. La seroprevalencia de la coinfección VIH-VHC ayuda a valorar la transmisión vertical del VHC, ya que ésta se multiplica en presencia del VIH.

**RETRASO DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH EN CASOS DE SIDA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (CM)**

C. Cevallos García, L. Moratilla Monzó, F. Cortés Fernández, C. Izarra Pérez, A. Piñeyroa Sierra, R. Ramírez Fernández

*Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/objetivos:** Desde 1996, coincidiendo con la terapia de antirretrovirales de gran actividad, se observa un aumento del porcentaje de adultos diagnosticados de sida con diagnóstico tardío de infección por VIH. Los objetivos del estudio son describir factores asociados con este retraso y estudiar la relación con la mortalidad.

**Métodos:** Se han analizado los casos de sida notificados al Registro de la CM entre 2001 y 2006, de personas adultas residentes en la CM, se excluyeron las infectadas por transmisión vertical. Se considera diagnóstico tardío de VIH aquel que se produce en un período igual o inferior a 12 meses previo al diagnóstico de sida. Las variables analizadas fueron sexo, edad al diagnóstico de sida, país de origen, mecanismo de transmisión y estado vital.

**Resultados:** En el período estudiado se notificaron 2684 casos, de los que 79,2% son hombres, 77,2% tenían entre 30-49 años en el momento del diagnóstico de sida y en 17,1% el país de origen era distinto de España. Mecanismo de transmisión: 50,4% uso de drogas inyectables (UDI), 23,4% relaciones heterosexuales y 19,9% relaciones homosexuales. En 2569 (95,7%) casos se conocía la fecha diagnóstica de VIH, 41,6% tuvieron un diagnóstico tardío de VIH (47,1% en 2006). El retraso diagnóstico se observa en 40,5% de los hombres, 45,8% de las mujeres, 63,9% de los casos que tenían 50-59 años en el momento del diagnóstico de sida, 57,9% de los que tenían 20-29 años y el 35,6% en los de 30-49 años; 73% de los casos no originarios de España, frente al 35,1% de los nacidos en España. Según el mecanismo de transmisión, el 67,1% de los casos en heterosexuales, 65,1% en homo/bisexuales y 16% en UDI tuvieron retraso diagnóstico. De los 634 casos diagnosticados y fallecidos en este período, 184 (29%) tuvieron diagnóstico tardío de VIH y de ellos, en 87 (47,3%) coincidió el diagnóstico de VIH y sida con su fallecimiento.

**Conclusiones:** Persiste el aumento de casos donde el intervalo entre el diagnóstico de VIH y de sida es inferior a un año. Los diagnósticos tardíos se relacionan con la transmisión sexual del virus. Esto influye en un diagnóstico tardío en mujeres, grupos de edad jóvenes (20-29 años) y en mayores de 50 años. Además es más frecuente en personas originarias de fuera de España donde la transmisión es en su mayoría sexual, comparada con los autóctonos, donde la infección ha sido más frecuente en UDI. El aumento del retraso diagnóstico en estos colectivos tan heterogéneos, junto al porcentaje alto de fallecidos con diagnóstico tardío, hace que sea necesaria una línea de intervención prioritaria fomentando la realización de la prueba diagnóstica.