

CARTELES ELECTRÓNICOS III

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

Sala Multiusos 1

Cribado de cáncer

Modera: Carmen Vidal

72. PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CCR DE LA COMUNIDAD VALENCIANA: COMPARACIÓN DE RESULTADOS 1.ª Y 2.ª RONDA

A. Málaga López, D. Salas Trejo, M. Goicoechea Sáez,
Grupo Cribado de CCR de la Comunidad Valenciana

Oficina del Plan del Cáncer; Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: El CCR reúne los requisitos exigibles a una enfermedad para ser objeto de cribado, y en 2003 la Unión Europea recomienda el cribado de este tumor con test de sangre oculta en heces (TSOH). En la C.V se inició el programa en el 2005, y actualmente está en 2.ª ronda.

Métodos: El objetivo es analizar los resultados de las dos primeras rondas. Población diana: hombres y mujeres de 50-69 años (un grupo de 70-74), de 3 Departamentos (04,07 y 13) en 1.ª ronda; y del Departamento 02 en 2.ª ronda. Prueba cribado: TSOH basado en la resina de guayaco sin rehidratación ni restricción dietética; de periodicidad

bienal Circuito: invitación a través de una carta nominal, con un tríptico informativo y una tarjeta de aceptación franqueada. Los participantes reciben el material para la toma de muestras (2 muestras de 3 deposiciones consecutivas), que depositan en los Centros de Salud para la lectura. Los resultados negativos y positivos débiles se comunican por carta, y los positivos por el médico de Atención Primaria. Prueba de confirmación: colonoscopia óptica.

Resultados: la población diana de la 2ª ronda es el doble de la 1ª ronda (205.249 frente a 106.626). La tasa de participación en 2ª ronda es ligeramente superior (45,1% frente a 37,57%), y mayor en mujeres que varones. La tasa de adhesión es de 88,82%, y los que se incorporan a la 2ª ronda por primera vez muestran tasas similares a los de la 1ª ronda. La tasa de positividad es superior en la 1ª ronda (1,48 frente a 0,95), y en ambos casos se incrementa con la edad. La colonoscopia se realizó en más del 90%. Las tasas de detección de cáncer invasor, AAR, ABR y global por cada 1.000 personas con test válido son de 1,33; 4,15; 1,89; 9,35 en 1ª ronda; y de 0,9; 2,39; 1,04; y de 4,34 en 2ª ronda respectivamente. Los valores predictivos obtenidos son para cáncer, AAR, ABR y neoplasia de 9,14%, 28, 57%, 13 %, 50,71 % en 1ª ronda; y de 9,35%, 24,85%, 10,81 %, 45,02% en 2ª ronda.

Conclusiones: El cribado de CCR tiene buena aceptación en nuestra comunidad, con tasas de participación mayores que en otros programas españoles, y de adhesión aceptables. La colonoscopia goza de buena aceptación, y los resultados satisfactorios obtenidos muestran una adecuada calidad en la realización del procedimiento. La tasa de positividad es baja, y mejorable con el test inmunológico. La tasa de lesiones precursoras y cánceres son similares a las de otros estudios; y los VVP en ambas rondas son más elevados en los AAR que en los ABR, lo que se explicaría por la mayor sensibilidad del test en detectar sangrados, y que son los adenomas más grandes y con más riesgo de malignización los que más sangran.

195. BARRERAS Y OPORTUNIDADES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

A. Molina-Barceló, D. Salas, A. Málaga, M. Goicoechea, R. Peiró-Pérez, M. Andrés, C. Martín, S. Esteve, M.A. López, et al

CSISP; DGSP Valencia; CSP Manises; CS Economista Gay; CS Campanar.

Antecedentes/Objetivos: La disminución de la incidencia y mortalidad por CCR depende en gran medida del porcentaje de participación en los programas de cribado. En España el Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal (PPCC) no alcanza los porcentajes mínimos de participación recomendados por la Unión Europea (mínimo de 50%). El objetivo de este estudio es conocer las barreras y/o oportunidades para la participación en el PPCC en relación a aspectos organizacionales del programa para introducir mejoras tendientes a aumentar la participación informada.

Métodos: Metodología cualitativa a través de Grupos de Discusión (GD) a hombres y mujeres de 50 a 69 años de la ciudad de Valencia (España) invitados a participar al PPCC que acudieron o no. Muestra teórica/estructural en función del sexo (hombres/mujeres), el nivel socioeconómico (medio-bajo/medio-alto) y la participación en el PPCC (sí/no). Análisis del discurso mediante el método de comparación constante.

Resultados: Se identificaron barreras y oportunidades en relación a las siguientes dimensiones: sistema de invitación/seguimiento del programa, tipo de prueba de cribado, tipo de prueba diagnóstica y accesibilidad al programa. Se identificaron oportunidades a la participación entre los participantes en el PPCC los cuales reconocieron haber tenido una buena experiencia en el programa. También se detectaron barreras manifestadas fundamentalmente por los no par-

ticipantes relacionadas con una falta de información o con malas interpretaciones tras la lectura de la carta de invitación. Estos resultados nos llevaron a realizar cambios en la carta de invitación del programa, redactada en 2008, obteniendo como resultado una nueva carta de invitación en 2010.

Conclusiones: La buena experiencia de los participantes en el PPCC nos lleva a pensar que la adherencia al programa será alta. Las barreras identificadas por los no participantes se han intentado superar mediante la introducción de la nueva carta de invitación en 2010. Se hace necesario evaluar este proceso para conocer si contribuye a potenciar la participación informada.

226. ACTITUDES DE LOS/LAS USUARIOS/AS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL

M. Ramos, M. Llagostera, M. Esteva, E. Cabeza, X. Cantero, M. Segarra, M. Taltavull, P. Piñeiro, J.M. Vanrell

Dirección General de Salud Pública y Participación de Baleares; Área Costa de Ponent de Barcelona; Gerencia de Atención Primaria de Mallorca; Servicio de Salud de Baleares.

Antecedentes/Objetivos: 1) Establecer el grado de conocimientos de las personas usuarias de atención primaria (AP) sobre el cáncer colorrectal (CCR) y sobre el cribado poblacional del CCR, atendiendo a las diferencias de género. 2) Explorar elementos sociales y culturales que determinan la intención de participar en un programa de cribado poblacional de CCR de la población usuaria de AP.

Métodos: Estudio descriptivo que combina técnicas de investigación cuantitativas y cualitativas, realizado en el ámbito de AP de las Islas Baleares y del Área Costa de Ponent de Barcelona. Para el objetivo 1 se pasó un cuestionario a una muestra de personas usuarias con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años sin historia de CCR. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis multivariante mediante regresión logística. Para el objetivo 2 se desarrolló un estudio desde las perspectivas etnográficas y de género basado en la realización de entrevistas en grupo a hombres y mujeres usuarias de AP.

Resultados: Se recogieron 625 cuestionarios, 58% en mujeres. Más hombres que mujeres conocen que muchos casos de cáncer pueden evitarse haciendo más ejercicio. En cambio, el conocimiento de las mujeres sobre los principales síntomas del CCR es superior al de los hombres. El 88,8% de personas entrevistadas afirmaron que se realizarían un test de sangre oculta en heces (SOH) si se lo recomendara su médico o enfermera de AP. En caso de que el SOH fuera positivo y se recomendara una colonoscopia, el 84,9% se la harían. No se observaron diferencias por género. El miedo a tener un cáncer fue la principal razón esgrimida para hacerse el SOH, pero también para no hacérselo, especialmente en las mujeres. Para ellas, el miedo al dolor fue el principal motivo para no hacerse la colonoscopia. En cambio, los hombres concretaron en menor medida los motivos para no hacerse el SOH o la colonoscopia. Los factores asociados a tener resistencias para hacerse el SOH fueron: falta de conocimiento de que muchos casos de cáncer pueden evitarse haciendo más ejercicio y la intención de no hacerse la colonoscopia si el SOH fuera positivo. Los factores asociados a tener resistencias para hacerse la colonoscopia fueron: vivir en Barcelona, ignorar que el diagnóstico temprano del CRC puede mejorar el pronóstico, no tener experiencia en colonoscopias y la intención de no hacerse el SOH.

Conclusiones: La mayoría de personas usuarias de AP tienen una actitud positiva ante el cribado poblacional del CCR. Se observan algunas diferencias por género que están siendo exploradas mediante el estudio cualitativo.

Financiación: FIS 07/905/90696.

246. REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA EFICACIA DEL CRIBADO DEL CÁNCER DE PULMÓN

A. Selva, T. Puig, J. López Alcalde, X. Bonfill

Servicio Epidemiología Clínica y Salud Pública, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Grupo Iberoamericano de Seguridad del Paciente, Centro Cochrane Iberoamericano; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de pulmón es la causa más frecuente de muerte por cáncer en el mundo. Dados los pobres resultados obtenidos en el tratamiento, se ha puesto énfasis en estudiar estrategias para el cribado periódico de la población. La aparición de nuevas pruebas diagnósticas como la tomografía computarizada (TC) de tórax así como la publicación de los resultados de nuevos estudios realizados en los últimos años que han generado gran controversia, obligan a realizar una revisión de la evidencia científica sobre el efecto del cribado del cáncer de pulmón en la mortalidad específica por este tipo de neoplasia. **Objetivo:** determinar la eficacia del cribado del cáncer de pulmón basado en cualquier técnica diagnóstica así como conocer el estado actual del desarrollo de los ensayos clínicos que se están realizando sobre este tema.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática seleccionando ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y estudios observacionales. Se consideró el cribado tanto a población general como a población de riesgo (exposición al tabaco o a carcinógenos), así como el uso de cualquier técnica diagnóstica o su combinación (radiografía (Rx) de tórax, TC de tórax, citología de esputo).

Resultados: Se identificaron 2.644 estudios, de los que se incluyeron 6. Cribado con Rx de tórax con/sin citología: no hay evidencia de que el cribado más frecuente reduzca la mortalidad por cáncer de pulmón al compararlo con la realización del cribado a una frecuencia menor. Cribado con TC de tórax: La evidencia proviene de estudios observacionales de baja calidad. Parece que se diagnostican más casos de cáncer de pulmón y en estadios más precoces, aunque no hay una reducción del número de casos diagnosticados en estadio avanzado. Se detectan altas tasas de supervivencia, aunque esta medida puede estar afectada por varios sesgos. La mejor medida de resultado es la mortalidad específica por cáncer de pulmón, que sólo se valora en 2 estudios en los que no se encuentra ningún beneficio del cribado con TC. Se identificaron 6 ensayos clínicos en fase de realización. Los resultados preliminares de uno de ellos van en la misma dirección que los resultados de los estudios observacionales comentados.

Conclusiones: Actualmente no hay suficiente evidencia que apoye la realización de cribado del cáncer de pulmón mediante ninguna de las técnicas estudiadas. Es esperable que los resultados de los ensayos clínicos que se encuentran en fase de realización y que estarán disponibles próximamente aporten datos más concluyentes sobre el efecto del cribado sobre la mortalidad específica por cáncer de pulmón.

Financiación: ETES, ISCIII. Expediente. PI08/90641.

338. EQUIDAD EN EL ACCESO A UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER ORGANIZADO U OPORTUNISTA EN CATALUÑA

J.A. Espinas, L. Aliste, E. Fernández, J.M. Argimon, R. Tresserras, J.M. Borrás

Screening Unit, Catalan Cancer Strategy, Department of Health; Cancer Prevention and Control Unit, Catalan Institute of Oncology, IDIBELL; Health Care Assessment Unit, Catalan Health Service; Health Plan Unit, Department of Health; Department of Clinical Sciences, IDIBELL.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar el impacto de la implantación de un programa organizado de cáncer de mama en comparación con el programa oportunista de cáncer de cuello uterino en la equidad en el

acceso al cribado de cáncer, así como el papel del seguro voluntario privado de salud (SVPS) en el marco de un Sistema Nacional de Salud.

Métodos: Estudio transversal. Los datos se han obtenido de las dos Encuestas de Salud de Cataluña (ESCA) realizadas en 1994 y 2006. Población: mujeres no-institucionalizadas, residentes en Cataluña. Muestra: ≥ 18 años, 6.382 que participaron en la ESCA de 1994 y 7.653 en 2006. Principales medidas de resultado: la práctica de mamografías y citologías (prueba Papanicolau) con intención preventiva en función de la edad, región sanitaria, nivel educativo y tipo de cobertura sanitaria.

Resultados: La participación de las mujeres de 50-69 años ha aumentado después de la introducción del programa de cribado organizado, el mayor impacto se ha observado entre las mujeres con niveles educativos más bajos (del 17% en 1994 al 79% en 2006). El SVPS se asoció con una mayor participación en el cribado del cáncer de mama en mujeres de 40-49 años y con la prueba de Papanicolau. Sin embargo, el mayor aumento en la participación se observó en el grupo diana del programa organizado (50-69 años) con o sin SVPS y con bajo nivel educativo. La equidad en el acceso por nivel educativo fue particularmente mayor en el grupo diana del programa de cribado de cáncer de mama, con un índice relativo de desigualdad (IRD) en 1994 de 5,97 (IC95%: 3,81-9,36) y 2,78 (IC95%: 1,74-4,45) en 2006.

Conclusiones: Un programa de cribado organizado mejora significativamente la participación y permite reducir las desigualdades en el acceso a una prueba preventiva. El SVPS aumenta la participación en ambas pruebas de detección preventivas, pero sobre todo en las mujeres fuera de los grupos de edad diana de los programas, incluso en el contexto de un país con un Sistema Nacional de Salud.

402. MONITORIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD

R.M. Andrés, J.A. Peñuelas, V. Carmona, M.A. Ferrer, J.A. Ramos, M. Sanchis, M.L. Tregón, E. Perelló, M.A. Bohigues

Centro de Salud Pública de Gandía, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat; Hospital Francisco de Borja de Gandía, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: En la Comunidad Valenciana en 2004, se revisa el protocolo de cribado de cáncer de cérvix; en 2007 se incluye la detección de HPV en determinadas situaciones. El objeto de esta comunicación es presentar el proceso de implantación y seguimiento del protocolo, realizado por una Comisión interdisciplinar en el Departamento 12, y algunos datos de su impacto.

Métodos: Análisis descriptivo de las acciones de la Comisión y su impacto en la mejora de la implantación del protocolo (2004-2009). Se identifica y convoca un grupo de profesionales clave. Este grupo hace, de forma cualitativa, un análisis de la situación del momento identificando problemas: repetición de citologías (ct) por los diferentes servicios, por lo que algunas mujeres tienen una frecuencia de ct mayor de la recomendada y otras menor. Escaso número de peticiones procedentes de Atención Primaria (AP), perdiéndose la oportunidad de captación de mujeres con menor acceso. Variabilidad de los profesionales en la conducta a seguir tras los resultados. Existencia de un sistema de registro inadecuado para conocer las ct de cribado, patológicas o, las repeticiones innecesarias. En 2007 se incorpora la detección del HPV con implantación progresiva según priorización, y se diseña un circuito para la toma de muestras, recogida de resultados, información a la mujer y paso a estudios sucesivos.

Resultados: Para evitar repeticiones se facilita a todos los profesionales la visualización en red de la fecha y resultado de las anteriores ct. Del traslado del cribado a AP resulta que, en 2004 se hacen 6.754 ct, el 67,81% del total procedían de ginecología y el 32,19% de AP; en 2009, del total de ct n = 5.671 el 77,64% proceden de AP donde es más accesible la captación oportunista. Para reducir la variabilidad de criterios entre profesionales tras los resultados, se establece un circuito de lec-

tura e interpretación de las ct: los resultados emitidos por anatomía patológica pasan a 3 ginecólogos de referencia con criterios homogéneos. El sistema de registro aún no permite conocer con exactitud si son de cribado o patológicas, aunque se ha iniciado su diseño. En 2008, se realizan 250 detecciones de HPV resultando el 56% positivas; en 2009, 304, con el 60,5% positivas.

Conclusiones: La creación de la comisión permitió identificar problemas y posibles soluciones, acordar la necesidad de tener indicadores básicos en el Departamento para tener un conocimiento más real de la situación y el trabajo conjunto para desarrollarlo. Los datos disponibles muestran que el impacto ha sido positivo aumentando las ct que proceden de AP y el número de HPV realizadas en el período a estudio.

525. PDP DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN EL DEPARTAMENTO MANISES: RESULTADOS EN 2 POBLACIONES CON MÉTODO Y PRUEBA DE CRIBADO DISTINTAS (GUAYACO FRENTE A INMUNOLÓGICO)

M. Andrés, V.A. Carrasco, N. Fuster, D. Salas, A. Málaga, R. Peiró-Pérez, Grupo Cribado CCR de la Comunidad Valenciana

CSP Manises; CSISP; DGSP Valencia.

Antecedentes/Objetivos: En 2003 la Unión Europea recomienda el cribado de CCR con test de sangre oculta en heces (TSOH). Existen controversias respecto al TSOH a emplear. En el departamento se inició el cribado en una parte de la población con el test de guayaco, posteriormente en el marco de un proyecto de investigación se incorporó otra población con test inmunológico. El objetivo es analizar los resultados en las dos poblaciones.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Zona Campanar: hombres y mujeres de 50-74 años en 1ª ronda y 50-69 años en 2ª. Se utiliza el TSOH guayaco sin rehidratar ni restricción dietética; bienal. La invitación a través de una carta nominal, con tríptico informativo y tarjeta de aceptación franqueada. Los participantes reciben el material para toma de muestras (2 muestras de 3 deposiciones consecutivas), que depositan en los CS para lectura. Los positivos los comunica el médico de AP. Confirmación: colonoscopia. Zona Quart: TSOH Inmunológico. Se cita a los participantes y si desean participar se les entrega el TSOH (1 muestra). Lectura en el Laboratorio. Se comunica el positivo en la consulta específica. Variables: participación, test positivos, aceptación colonoscopia, detección lesiones, VPP.

Resultados: La población diana de Campanar (5.699 en 1ª ronda y 6.247 en 2ª) es mayor que Quart (2157 seleccionados aleatoriamente). La tasa de participación en Quart es superior a la 1ª ronda de Campanar (46,2% frente a 40,7%) e inferior a la 2ª (50,6%). La tasa de test positivos es superior en Quart (5,7% vs 1,3%) y en Campanar disminuye con la ronda (0,85%). La tasa de aceptación a la colonoscopia es > 90% en ambas. La tasa de detección de cáncer, AAR, ABR por cada 1000 personas con test válidos son 2,17; 5,6; 3 para 1ª ronda Campanar siendo superiores las de Quart 5; 22,1; 5 disminuyendo en Campanar 2ª 0,95; 0,95; 1,3. Los VPP para cáncer, AAR, ABR son mayores en 1ª ronda (16,1; 41,9; 22,6; vs 12; 12; 16). En el Inmunológico son (9,6; 42,3; 9,6) inferiores excepto para AAR.

Conclusiones: El cribado de CCR tiene buena aceptación. La participación se incrementa con la ronda más que con el tipo de test y entrevista lo que hace pensar que es importante invertir en campañas de divulgación a la población general más que en realizar selección previa por personal entrenado. La tasa de tests positivos es baja con guayaco disminuyendo según lo previsto en la 2ª ronda y alta con inmunológico. La colonoscopia tiene buena aceptación en todos los casos. La tasa de lesiones precursoras y cánceres es menor en 2ª ronda y mayor con test inmunológico. Los VPP son inferiores en TSOH inmunológico sobretodo en cáncer y ABR pero sería interesante realizar otros estudios para profundizar en el tema.

Cáncer: sistemas de información y registro

Modera: M.^a Dolores Chirlaque

155. TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD E INCIDENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA PROVINCIA DE GRANADA

E. Gea, E. Molina, M.E. Molina, C. Martínez, Y.L. Chang, M.J. Sánchez

Registro de Cáncer de Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: En la mayor parte de los países europeos se ha iniciado, en las últimas décadas, una ligera disminución de las tasas de mortalidad por cáncer de próstata y un aumento de las tasas de incidencia. En España se han observado variaciones geográficas en dichas tendencias. El objetivo fue analizar las tendencias temporales de la mortalidad e incidencia de cáncer de próstata en la provincia de Granada, según grupos de edad.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal de base poblacional. Fuentes de información: 1) Instituto Nacional de Estadística: defunciones por cáncer de próstata (C.61, según CIE-10) en el período 1985-2007 en hombres residentes en la provincia de Granada. 2) Registro de Cáncer de Granada: casos diagnosticados por primera vez de cáncer de próstata en el período 1985-2005 en hombres residentes en la provincia de Granada. Se presentan tasas estandarizadas (población estándar europea, ASR-E). Para el análisis de las tendencias temporales de la mortalidad y de la incidencia se utilizó el método de regresión Joinpoint, que estima el porcentaje de cambio anual (PCA) y los puntos de inflexión de las tendencias. Se presentan resultados para el total de las edades y por grupos de edad (45-54, 55-64, 65-74, 75 y más).

Resultados: Mortalidad: en la provincia de Granada se observa una tendencia ascendente en el período 1985-1999 (PCA: +1,6%) con un punto de cambio en el año 1999, a partir del cual se inicia un descenso que se mantiene hasta el 2007 (PCA: -3,1%); ambos PCA fueron estadísticamente significativos. Se identifica un patrón similar para el grupo de 75 y más años, mientras que en los restantes grupos de edad se detecta una estabilización de la tendencia. Incidencia: Se observa un aumento estadísticamente significativo de la tendencia en el período 1985-2005 (PCA = +5,7%). Este incremento se mantiene en todos los grupos de edad estudiados, si bien en los hombres de 75 y más años el punto de cambio en la tendencia correspondió al año 1998, con un descenso posterior hasta el año 2005 (PCA: -3,9%).

Conclusiones: En la provincia de Granada, en las últimas décadas, se ha observado un descenso de la mortalidad por cáncer de próstata y un aumento en la incidencia, lo que podría explicarse, en parte, por los cambios en la prevalencia de factores de riesgo de cáncer de próstata en la población y/o a la instauración de mejores procedimientos diagnósticos, de tratamiento y de detección precoz (antígeno prostático específico).

Financiación: cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional y la Consejería de Economía, Innovación, y Ciencia de la Junta de Andalucía (CTS-3935, CTS-177).

202. TENDENCIAS DE LA INCIDENCIA DE MELANOMA MALIGNO CUTÁNEO EN GRANADA, 1985-2005

E. Molina, Y.L. Chang, M.E. Molina, C. Martínez, E. Gea, T. Payer, M.J. Sánchez

Registro de Cáncer de Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Durante las últimas décadas, en la mayor parte de los países europeos se ha observado un aumento de la incidencia del Melanoma Maligno Cutáneo (MMC), que fundamentalmen-

te ha sido atribuido a cambios en los estilos de vida. España presenta una de las tasas de MMC más bajas de incidencia y mortalidad de Europa. El objetivo fue analizar la tendencia temporal de la incidencia del MMC en la provincia de Granada en el período 1985-2005, según sexo, edad y sublocalización anatómica.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de base poblacional. Fuentes de información: Registro de Cáncer de Granada, que abarca una población aproximada de 880.000 habitantes. Se identificaron todos los casos invasivos diagnosticados por primera vez de MMC (código C43 según la CIE-10) en personas residentes en la provincia de Granada. Se estudiaron 3 grupos de edad (< 49, 50-69 y 70 y más años) y 5 categorías topográficas, según la CIE-O-3: cabeza-cuello (C44.0-4), tronco (C44.5), extremidades superiores (C44.6), extremidades inferiores (C44.7) y localización no especificada (C43.8-9). El análisis de tendencias se realizó mediante regresión loglineal (joinpoint regression), estimando el Porcentaje de Cambio Anual (PCA). Se presentan las tendencias de tasas estandarizadas (población estándar europea) según sexo, edad y localización anatómica.

Resultados: En el período 1985-2005 se registraron un total 1.019 casos nuevos de MMC. Las tasas de incidencia fueron superiores en las mujeres ($6,8 \times 100.000$ mujeres) con una razón de tasas estandarizadas hombre/mujer de 0,8. Se observó un incremento, estadísticamente significativo, de la tendencia de la incidencia del MMC en hombres y mujeres (PCA: +3,8% y +4,1% respectivamente). En ambos sexos, aumentó la incidencia del MMC en todas las sublocalizaciones anatómicas, aunque el incremento sólo fue significativo para el tronco. También se observaron diferencias en las tendencias entre hombres y mujeres, según grupos de edad.

Conclusiones: La incidencia del MMC en la provincia de Granada, en el período 1985-2005, aumentó en ambos sexos, siendo este incremento superior en las mujeres. El aumento se produce fundamentalmente a expensas de los casos localizados en tronco, lo que podría corresponder a cambios en los estilos de vida en cuanto a la exposición a las radiaciones solares en algunas áreas corporales.

Financiación: Cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional y la Consejería de Economía, Innovación.

292. SITUACIÓN DEL CÁNCER DE COLON EN EXTREMADURA (ESPAÑA). PERÍODO 2003-2006

B. Andrada Carretero, M.L. Pacheco García, I. Pérez Sánchez, M. Pozzati Piñol, B. Hernández López, J.M. Ramos Aceitero, M.M. Álvarez Díaz

Subdirección de Epidemiología, Servicio Extremeño de Salud, Mérida.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de colon una enfermedad que constituye un problema de salud importante por su elevada incidencia y morbimortalidad asociada. La detección de la enfermedad en fases iniciales, el acceso posible a estrategias y fármacos innovadores y la excelencia de los profesionales involucrados en su tratamiento, han aumentado considerablemente las posibilidades de curación. El objetivo de este estudio es analizar la situación del cáncer de colon y estimar su incidencia y mortalidad en Extremadura.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo del registro de base poblacional del cáncer (SICaP) y del registro de mortalidad de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Se incluyen los registros cuya causa de muerte e incidencia es un cáncer de colon (código "C18" según la CIEO-II). Se calculan las tasas medias anuales para el período estudiado de incidencia (2003-2006), y para su cálculo se utilizan los datos correspondientes al censo de 2001. En cuanto a mortalidad se calculan las tasas medias anuales durante el período 2005-2008, y para su cálculo se utilizan los datos correspondientes al padrón de estos años. Las tasas estandarizadas se han calculado a partir de la pirámide de población estándar europea. Se calculan tasas crudas, específicas y estandarizadas de incidencia y mortalidad por cien mil habitantes.

Resultados: La cobertura del SICaP para estos años es del 74,41% de la población extremeña. En el período de estudio se han registrado 1.018 casos incidentes, la tasa cruda de incidencia anual media para el total de Extremadura es de 32,31 casos por 10^5 habitantes mientras que la tasa estandarizada por población europea es de 22,31 casos por 10^5 habitantes. La edad media de incidencia se da en el grupo de edad de 70-74 años en hombres y en el grupo de 80-84 años en mujeres. La tasa cruda de mortalidad en Extremadura es de 24,89 por 10^5 habitantes. La tasa estandarizada por población europea referente a mortalidad es de 18,66 por 10^5 habitantes en varones y de 10,64 por 10^5 habitantes en mujeres, siendo de 14,25 por 10^5 habitantes en ambos géneros.

Conclusiones: Durante el período en estudio 2003-2006, se concluye que el cáncer de colon presenta una tasa de incidencia mayor en el grupo de edad de 80 a 84 años en ambos géneros. Las localizaciones más frecuentes del cáncer de colon son: colon SAI (sin otra indicación), colon sigmoideo y colon ascendente. En cuanto a las tasa de mortalidad cabe destacar una mayor incidencia en hombres que en mujeres y una clara distribución etaria.

400. CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER DE PULMÓN EN UN REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES

C.M. Sánchez Rodríguez, M.M. Rodríguez del Águila, A. Cambra Solans, M.A. Fernández Sierra

Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Antecedentes/Objetivos: En la actualidad el cáncer de pulmón se presenta como uno de los más frecuentes a nivel mundial. Los Registros Hospitalarios de Tumores (RHT) ofrecen información detallada sobre estos cánceres, ya que determinan el volumen asistencial y las características de los pacientes y de los tumores, facilitando la realización de estudios de supervivencia y de factores pronósticos. El objetivo es describir los casos incidentes de cáncer de pulmón atendidos en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada en el período 2004-2009.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de todos los casos incidentes de tumores malignos de pulmón con diagnóstico y/o tratamiento en el hospital en el período citado y recogidos en el RHT. Las fuentes de rastreo fueron el Conjunto Mínimo Básico de Datos, Anatomía Patológica y servicios clínicos implicados. Las variables principales fueron sexo, edad y tabaco para los pacientes e histología, fechas 1ª visita, diagnóstica y tratamiento, estadio, diagnóstico y tratamiento inicial en este centro para los tumores. El análisis se realizó mediante frecuencias y porcentajes, valores medios y desviaciones.

Resultados: Se registraron 1.246 casos de tumores de pulmón, que suponen un 13,3% del total (intervalo de confianza 95% (12,6%, 14,0%)), siendo el 84,9% hombres. Los intervalos de edad con mayor frecuencia del tumor fueron 65-79 para hombres (49,3%) y 50-64 para mujeres (37,2%). En relación con la histología del tumor se han diferenciado tres grandes grupos: carcinoma microcítico (12,9%), carcinoma no microcítico (78,9%) y no especificado (8,2%). Dentro de los no microcíticos, los más frecuentes fueron el carcinoma epidermoide (51,4%) y el adenocarcinoma (32,3%). Relacionando la histología con el sexo, tanto los tumores microcíticos con los no microcíticos se dan en mayor porcentaje en hombres (89,4% y 84,7% respectivamente). Respecto al tabaco, se observó que en un 57,4% de los casos constaba que el paciente era fumador o ex fumador de menos de 1 año, el 34,5%, exfumador de más de año y un 8,1% no fumadores.

Conclusiones: Se observa una alta frecuencia de tumores de pulmón no microcíticos y una gran mayoría de pacientes con hábitos tabáquicos, al igual que lo encontrado en la literatura. Los resultados se deben completar con estudios de supervivencia que permitan determinar la evolución de la enfermedad a lo largo del tiempo.

457. REGISTRO DE CÁNCER DE ANDALUCÍA EN ALMERÍA

M.M. Requena Mullor, P. Barroso García, J.L. Gómez Blázquez

Registro de Cáncer de Andalucía en Almería.

Antecedentes/Objetivos: El Registro Poblacional de Cáncer de Andalucía, inicia su actividad en el año 2007 como proyecto de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Decreto 297/2007). En la provincia de Almería se inicia con el registro de los tumores infantiles, lo que va a permitir desarrollar e implantar los procedimientos de trabajo en el registro. 1. Conocer la metodología de trabajo desarrollada en la Comisión Técnica Provincial, así como las actividades realizadas. 2. Conocer los resultados de la vigilancia del cáncer de mama y próstata (año 2008) e infantil (2006-2008). 3. Establecer un plan de mejora.

Métodos: Ámbito: Provincia de Almería, 667.635 habitantes, 343.716 hombres y 323.919 mujeres, año 2008. Recursos Sanitarios: Tres hospitales públicos (Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Hospital La Inmaculada y la Empresa Pública Hospital de Poniente). Los dos hospitales privados, el Hospital Virgen del Mar y la Clínica Mediterráneo. Fuentes de Información: Informes de Anatomía Patológica, Informes de Hematología, CMBD, BDU, Historias Clínicas y Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, Informes Oncología Pediátrica. Se calcularon tasas brutas (TB) y estandarizadas (TE).

Resultados: Actividades realizadas: – Creación de la Comisión Técnica Provincial del Registro de Cáncer de Andalucía en Almería. – Presentación del Registro de Cáncer de Andalucía en los Hospitales Públicos, Clínicas Privadas y Distritos Sanitarios de Almería. Procedimiento de trabajo: 1. Definir caso registrable 2. Estudio fuentes de información 3. Petición de datos (envío solicitud) 4. Recepción de datos (Formato papel/electrónico) 5. Depuración/Homogenización bases 6. Creación Hoja Registro 7. Completar variables: Búsqueda datos (activa) 8. Se recogen tres bloques de información: a) del paciente, b) del tumor, y c) fuentes de información. 9. Incorporación datos (aplicación informática) Resultados de la vigilancia: Cáncer de mama, 194 casos (TB 60 y TE 55). La sublocalización anatómica, grado de diferenciación y Estadio no constaban (50, 41 y 34%). Cáncer de próstata, 180 casos (TB 40 y TE 57). Tumores infantiles 46 casos (tasa media bruta de 142 por millón).

Conclusiones: Este primer análisis de los datos ha permitido, además de tener una aproximación a la incidencia que ha sido menor a las estimaciones para Andalucía, realizar una valoración de la cumplimentación de las variables esenciales. Plan de mejora: 1. Fuentes de información nuevas: CMBD de día médico y quirúrgico. 2. Registro de casos de la Clínica Mediterráneo. 3. Mejora de bases informáticas (Apatológica), completan NHUSA, NUSS, NHC. 4. Petición de las historias clínicas al servicio de oncología para completar variables. (Tratamientos, Estadía, sublocalizaciones, lateralidad).

482. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA Y SUPERVIVENCIA DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN LA REGIÓN DE MURCIA

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

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia; CIBER en Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La leucemia mieloide crónica (LMC) es una proliferación de las células hematopoyéticas inmaduras inicialmente en la médula ósea. Los avances en la investigación han revolucionado el tratamiento en los pacientes con LMC incorporando el interferón y trasplante de médula ósea en los años noventa y el ima-

tinib a partir del 2000. Conocer la incidencia, tendencia y supervivencia de los casos de LMC en las últimas décadas en la Región de Murcia.

Métodos: Estudio de casos incidentes y tendencia de LMC en residentes de la región de Murcia diagnosticados entre 1983 y 2003. El estudio de supervivencia incluye casos incidentes de 1995 a 2003 seguidos hasta el 1/1/2008. Los casos de LMC se han obtenido del registro de cáncer poblacional de Murcia seleccionado las morfologías CIEO-3 9863/3 (LMC SAI), 9875/3 (LMC BCR/ABL positivo) y 9876/3 (LMC BCR/ABL negativo). Para el análisis de incidencia y tendencia se han establecidos 3 períodos de 7 años (1983-89, 1990-1996, 1997-2003) y para supervivencia dos períodos: 1995-99 y 2000-03. No se incluyen los menores de 15 años. Se ha calculado la incidencia y tendencia por grupo de edad (15-44, 45-64, 65+) y sexo mediante regresión de Poisson, obteniendo el porcentaje de cambio anual (PCA) y el riesgo relativo (RR) ajustados por edad, período y sexo. La supervivencia observada (SO) y relativa (SR) a los 5 años del diagnóstico se ha realizado utilizando el método cohorte. Se han calculado los intervalos de confianza al 95% (IC).

Resultados: Los casos incidentes de LMC en la Región de Murcia entre 1983 y 2003 han sido de 275, correspondiendo el 57% a hombres. El 21% tienen entre 15 y 44 años. Un 25% se atendieron forma ambulatoria. La tasa es de 1,5/100.000 siendo inferior en mujeres (1,3) que en hombres (1,8) con un RR = 0,6 (IC 0,5; 0,8). La tasa más elevada aparece en hombres mayores de 65 años (6,7) y la más baja en mujeres de 15-44 (0,5). El riesgo aumenta con el período aunque no es significativo (PCA 0,7 IC -1,4; 2,8). A los 5 años del diagnóstico, la SO del período 1995-1999 es de 48,1 (IC 36,6-58,6) y la relativa 67,6 (51-79,7). En el período 2000-2003 la SO es de 57,1 (IC 43,2-68,9) y la SR de 70,2 (IC 52-82,3). Las diferencias entre períodos no son significativas.

Conclusiones: La LMC es una enfermedad rara por tener incidencia menor de 2/100.000 habitantes. Es más frecuente en hombres de edad avanzada y 1 de cada 4 casos no ha sido ingresado en el hospital. No se observa tendencia y la supervivencia aunque aumenta, no es significativa. Continuar con la monitorización de la LMC resulta de vital interés para medir los resultados en salud del sistema sanitario.

523. ESTIMACIONES DE CÁNCER PARA LA COMUNITAT VALENCIANA

C. Sabater, C. Alberich, E. Llopis, J.G. Cos, E. Guallar, A. Torrella, O. Zurriaga, J. Pérez Panadés

Dirección General de Salud Pública, Generalitat Valenciana; Tecnología e Ingeniería de Sistemas y Servicios Avanzados de Telecomunicaciones.

Antecedentes/Objetivos: La vigilancia del cáncer en la Comunitat Valenciana (CV) se realiza a través del Sistema de Información de cáncer (SIC), compuesto por el Registro de Tumores Infantiles (RTICV), el Registro de Tumores Castellón (RTC), ambos cubren el 13% de la población y el Sistema de Información Oncológico (SIO) que realiza estimaciones para el 100%. Objetivos: obtener una estimación de la incidencia de cáncer en 2006 para la población de la CV utilizando la aplicación NEOS.

Métodos: La población: 4.806.908 de habitantes con una cobertura pública sanitaria del 97%. Fuentes de datos: desde el 01/01/2004 las altas hospitalarias (Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión, de 140-239.9) y los informes de anatomía patológica de cualquier localización y morfología (SNOMEDII: M8-M9); NEOS gestiona casos: captura datos, los procesa y por algoritmos de decisión, establece pacientes y tumores malignos. Aplica controles de calidad, según las recomendaciones de la International Agency for Research of Cancer. Se elaboran estimaciones de incidencia: las tasas brutas y ajustadas por edad y población europea (ASR-E) por 100.000 hab, en hombres (H)

y mujeres (M), de grupos tumorales según CIO3: estómago (C16), colon-recto (C18-20), bronquios-pulmón (C33-34), próstata (C61), mama (C50). Se comparan con las estimaciones realizadas para España (Ferlay et al. *Ann Oncol.* 2007; 18 Suppl 3:581-92; Sánchez et al *Ann Oncol.* 2010; 21 Suppl 3:30-6) para el 2006 y con la incidencia observada por el RTC en 2004.

Resultados: De los 36 hospitales (100% públicos y 90% privados) se volcaron 244.129 altas, y 275.518 informes de anatomía patológica de 20 centros (90% públicos y 80% privados) identificándose 124.404 pacientes para todo el período. Los tumores incidentes fueron: 23.593. El SIO estimó tasas las ASR (E): estómago (H) 13, (M) 7; colon-recto (H) 50, (M) 31; bronquio-pulmón (H) 64, (M) 10; próstata 64; mama (M) 75; la ASR (E) en 2004 de mama por el RTC es de 67. Las estimaciones de ASR (E) para España en 2006: 1-Por Ferlay: estómago (H) 16, (M) 8; colon-recto (H) 54, (M) 25; bronquio-pulmón (H) 68, (M) 14; próstata 77; mama fem 94. 2-Por Sánchez et al las ASR (E): estómago (H) 19, (M) 9; colon-recto (H) 65, (M) 36; bronquio-pulmón (H) 78, (M) 12; próstata 86. 3-El RTC: estómago (H) 18, (M) 10; colon-recto (H) 52, (M) 38. bronquio-pulmón (H) 77, (M) 9; próstata 107 y mama 67.

Conclusiones: Las estimaciones de incidencia para la CV son inferiores a las referenciadas, salvo en las mujeres en mama y pulmón donde son superiores a las del RTC. Se hace necesaria la incorporación de otras fuentes de datos, como los casos procedentes de mortalidad, que aumentarían la exhaustividad del Sistema de Información Oncológico.

569. CASOS DE CÁNCER ATRIBUIBLES A INFECCIÓN EN CATALUÑA EN 2005. COMPARACIÓN CON LOS DATOS DEL CMBD-HA

J. Ribes, L. Pareja, J. Gálvez, R. Clèries, L. Esteban, J.M. Escribà, M Bustins, A Izquierdo, J Galcerán, et al

Registre del Càncer de Catalunya, Pla Director d'Oncologia; Gestió de Registres d'activitat; Registre del Càncer de Girona; Registre del Càncer de Tarragona.

Antecedentes/Objetivos: Los cánceres orofaríngeo, estómago, hígado, ano-genital, vejiga urinaria, algunos linfomas y el sarcoma de Kaposi están asociados causalmente a infección. Objetivos: 1) estimar en el año 2005 en Cataluña los casos de cáncer atribuibles a infección a partir de los registros de cáncer poblacionales (RCPs) y los datos del CMBD-HA; 2) comparar las dos fuentes de información para la incidencia del cáncer y el número de casos atribuibles a infección.

Métodos: 1) Los datos de incidencia proceden de los RCPs de Girona y Tarragona; 2) los casos incidentes en el CMBD-HA se detectaron a partir de los datos del período 2003-2006 mediante el *software* ASE-DAT; 3) para ambas fuentes de información, mediante la fracción atribuible se estimó el número de cánceres atribuible a *Helicobacter pylori*, virus de la hepatitis B/C, papiloma humano, inmunodeficiencia humana; herpes humano 8, Epstein Barr, humano linfotrópico de célula T y parásitos. La prevalencia poblacional de infección y el riesgo de desarrollar cáncer para cada tumor fueron descritas previamente por Parkin. 4) para la comparación entre la incidencia de cáncer entre las dos fuentes de información se usó la razón de las tasas de incidencia (IRR) y para la comparación del número de casos atribuible a infección, tests de proporciones.

Resultados: En el 2005 en Cataluña se estimaron 35.140 casos nuevos de cáncer, siendo 1.995 atribuibles a infección (5,7% del total de casos). Según CMBD-HA, se detectaron 32.785 casos, significativamente menos que los detectados mediante RCPs (IRR: 0,93, IC95%: 0,92-0,95). De éstos, 1.768 fueron atribuibles a infección, y solo en 626 casos constó la infección en los diagnósticos del informe del alta. Según tumor, la incidencia del cáncer hepático fue similar en ambas fuentes de información (RCPs: 711; CMBD-HA: 715; IRR: 1,00, IC95%:

0,91-1,12). El número de casos atribuible a infección (237) fue inferior al que se declaró en el informe de alta (550). Para el resto de neoplasias, CMBD-HA infradetectó el cáncer de estómago, sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin, linfoma de célula B, cavidad oral y supraestimó el de vejiga urinaria. Para todos estos tumores, la presencia de infección en los informes de alta fue limitada o nula.

Conclusiones: 1) El número de casos atribuibles a infección en Cataluña (5,7%) es inferior al estimado por Parkin en los países desarrollados (7,7%); 2) CMBD-HA en relación a los RCPs, infraestima el número de casos incidentes de cáncer, y por lo tanto, los casos atribuibles a infección; 3) La declaración de infección en los diagnósticos (secundarios) del alta hospitalaria es baja.

593. ESTRATEGIAS DE RECLUTAMIENTO DE CASOS HOSPITALARIOS DE CÁNCER EN EL NODO DE MADRID (ESTUDIO MCC-SPAIN)

A. Sierra, V. Lope, B. Pérez-Gómez, N. Aragonés, E. Boldó, G. López-Abente, T. Ruiz, M.F. López-Cima, M. Pollán

Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: En 2008, el CIBERESP inició un estudio multicaso-control (MCC-SPAIN) para evaluar factores ambientales y genéticos asociados con diversos tumores. En Madrid el trabajo de campo, coordinado por el Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer del Centro Nacional de Epidemiología, con la colaboración de los hospitales universitarios del Ramón y Cajal y La Paz y las gerencias de Atención Primaria, se inició en febrero de 2009. La baja tasa de participación de los casos llevó a probar nuevas estrategias de reclutamiento en septiembre 2009. En este trabajo se evalúa el efecto de estos cambios en la participación.

Métodos: En Madrid se reclutan casos de cáncer colorrectal, mama, próstata, estómago/esófago. A los participantes se les realiza una entrevista de 1 hora, y se les toman muestras de sangre, pelo, uñas de los pies y orina. Definimos dos períodos de reclutamiento usando como dintel el 14/09/2009. Las estrategias iniciales se basaban sobre todo en la colaboración del personal sanitario hospitalario. En la segunda fase se ha mejorado la búsqueda activa de casos, se ha incorporado el contacto telefónico del equipo investigador previo al reclutamiento, con la autorización de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, y se ha mejorado la acogida a los pacientes en el hospital y la explicación del estudio. Se ha elaborado además un folleto explicativo contestando las preguntas habituales de los pacientes. Para evaluar el reclutamiento en ambos períodos se han calculado las tasas de participación globales, así como el número de entrevistas semanal medio por encuestadora.

Resultados: Hasta el 15 de mayo de 2010, se han reclutado 743 casos, entre los dos hospitales participantes de Madrid. El porcentaje de participación de los casos contactados pasó del 60% en el primer período al 78%, en el segundo, consiguiendo además recuperar a sujetos que inicialmente no colaboraron en el estudio. El número de casos promedio reclutado aumentó desde 3,6 a 7,1 casos por entrevistadora y semana. La mejora se observó en todos los tumores, pasando en cáncer de colon de 1,7 casos/semana a 4,5 (2,6 veces), en mama de 2,1 casos/semana a 6,0 (2,9 veces). El efecto fue más claro en cáncer de próstata, aumentando desde 1,4 casos/semana a 5,0 (3,5 veces) y de estómago/esófago, con 0,2 casos/semana iniciales y 1,2 en el segundo período (5,8 veces), donde el contacto pre-ingreso fue clave para personalizar el momento del reclutamiento.

Conclusiones: La participación ha mejorado notablemente, gracias a las nuevas técnicas de contacto. Dichas técnicas pueden ser de interés para los nuevos nodos que se han incorporado al proyecto.

Financiación: ISCIII EPY021_09; FIS PI081770; Acción Transversal de Cáncer-MS; CIBERESP.

727. TENDENCIA EN LA INCIDENCIA DEL CÁNCER DE PULMÓN EN UN DISTRITO SANITARIO EN EL PERÍODO 1995-2008

E. Benítez Rodríguez, M.A. Machado Rugero, M.J. Sanz García, R. Doménech Torrejón, M.L. Vilches Campos, C. Mejías Márquez

Registro Poblacional de Cáncer de Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: Analizar el cambio producido en la incidencia del cáncer de pulmón en el período 1995-2008 en un distrito sanitario de la provincia de Cádiz y detectar posibles cambios en la tendencia.

Métodos: Los casos proceden de un Registro Hospitalario de Tumores. Se han seleccionado los residentes en los municipios que conforman el distrito sanitario. Las variables utilizadas en el análisis de tendencia son género, grupo quinquenal de edad de 0-4 años hasta 85 y más, y fecha de diagnóstico. Las poblaciones se han obtenido del censo, padrón y revisiones anuales del padrón, y de proyecciones de población entre las publicaciones oficiales. Se han calculado las tasas brutas y las tasas ajustadas a la población estándar europea (TAE) desde 1995 a 2008. El análisis de tendencia se ha realizado estratificando por género para todos los grupos de edad. Para el análisis de tendencia se han utilizado las tasas anuales ajustadas por el método directo a la población estándar europea (TAE), y se ha obtenido el porcentaje de cambio anual y su significación estadística ($p < 0,05$) mediante modelos segmentados de regresión de Poisson.

Resultados: En el período 1995-2008 se han diagnosticado en el distrito sanitario 1.161 cánceres de pulmón, 1.077 en hombres y 84 en mujeres. En el caso de los hombres, las tasas ajustadas de incidencia muestran un cambio de 80,36/100.000 en el año 1995 a 60,12/100.000 en el año 2008, representando en el análisis joinpoint dos períodos, uno comprendido entre 1995 y 1999 con un porcentaje de cambio anual (PCA) no significativo de 1,5, y otro entre 1999 y 2008 con un PCA significativo de -3,9. Las tasas ajustadas de las mujeres, para el período de estudio oscilan entre 5,01/100.000 en el año 1995 y 4,87/100.000 en el año 2008, con un PCA no significativo de 1,6 en todo el período.

Conclusiones: A lo largo del período de estudio se ha podido apreciar un descenso significativo en la incidencia del cáncer de pulmón entre los hombres, no detectándose esa misma tendencia entre las mujeres.

Métodos: Se estima la incidencia acumulada de HZ a partir de dos métodos: (A) estudio ad hoc observacional prospectivo multicéntrico realizado en 24 centros de salud de la CV en pacientes de 15 a 100 años desde diciembre de 2006 hasta noviembre de 2007 ambos inclusive (Cebrián-Cuenca AM BMC Fam Pract. 2010;11:33) (B) base de datos poblacional del sistema de información ambulatoria Abucasis-SIA(datamart) buscando por diagnóstico CIE-9-MC: 053,0-053,9 en población de 15 a 100 años de la Comunidad Valenciana durante el mismo período de estudio. La población de estudio es la perteneciente a los centros de salud donde estaba implantado Abucasis con fecha junio de 2007. El cálculo de los intervalos de confianza se ha realizado con el programa Epidat 3.1.

Resultados: Incidencia estimada a partir del estudio prospectivo (A) por rangos de edad: 15-49 años: 0,135 casos/100 habitantes (29/21.500) [IC95: 0,083-0,186] 50-59 años: 0,674 casos/100 habitantes (33/4.893) [IC95: 0,435-0,914] 60-69 años: 0,518 casos/100 habitantes (21/4.057) [IC95: 0,284-0,751] 70-100 años: 1,111 casos/100 habitantes (62/5.580) [IC95: 0,827-1,395]. Incidencia estimada a partir de Abucasis (B) por rangos de edad: 15-49 años: 0,244 casos/100 habitantes (4.639/1.897.682) [IC95: 0,237-0,252] 50-59 años: 0,652 casos/100 habitantes (2.706/415.026) [IC95: 0,627-0,677] 60-69 años: 0,870 casos/100 habitantes (3.044/349.918) [IC95: 0,839-0,901] 70-100 años: 0,832 casos/100 habitantes (3.917/470.787) [IC95: 0,806-0,858].

Conclusiones: La incidencia de herpes zoster en la Comunidad Valenciana estimada por ambos métodos es significativa siendo mayor conforme aumenta la edad. A pesar de las limitaciones potenciales de la utilización de Abucasis para estudios epidemiológicos, la incidencia de HZ es similar utilizando ambos métodos. Está en revisión el potencial duplicado de casos cuando aparecen complicaciones de HZ que explicaría parcialmente la mayor incidencia obtenida por Abucasis.

79. INCIDENCIA DE HERPES ZOSTER ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (2007-2009)

M.V. Gutiérrez-Gimeno, J.D. Orón, B. Pedrós, C. Davis, F. Larrauri, J. Puig-Barberà, J. Díez-Domingo

Área de investigación en Vacunas, Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia; Oficina de Abucasis, Dirección Gerente de la AVS, Conselleria de Sanitat, Valencia; Área de Farmacia, Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Conselleria de Sanitat, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Estimación de la incidencia de herpes zoster (HZ) en la Comunidad Valenciana (CV) a partir de la historia clínica electrónica del sistema de atención ambulatoria en diferentes años para ver su evolución.

Métodos: Se estima la incidencia acumulada de HZ a partir de la base de datos poblacional del sistema de información ambulatoria Abucasis-SIA(datamart) buscando el número de casos incidentes por diagnóstico CIE-9-MC: 053,0-053,9 en población de 15 a 100 años de la Comunidad Valenciana durante tres años consecutivos: 2007, 2008 y 2009. La población de estudio es la perteneciente a los centros de salud donde estaba implantado Abucasis. El cálculo de los intervalos de confianza se ha realizado utilizando el programa Epidat 3.1.

Resultados: La población de estudio se fue incrementando con los años por la implantación progresiva del sistema Abucasis, así mismo lo hizo el número de casos diagnosticados obteniéndose las siguientes incidencias: Incidencia de HZ en 2007: 0,446 casos/100 habitantes (13.977/3.133.413) [IC95: 0,439-0,453] Incidencia de HZ en 2008: 0,482 casos/100 habitantes (18.701/3.877.646) [IC95: 0,475-0,489] Incidencia de HZ en 2009: 0,481 casos/100 habitantes (20.343/4.227.770) [IC95: 0,475-0,488].

Enfermedades infecciosas

Moderada: Cristina Ruiz

78. ESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA DE HERPES ZOSTER EN LA COMUNIDAD VALENCIANA A PARTIR DE 2 MÉTODOS

M.V. Gutiérrez-Gimeno, A.M. Cebrián-Cuenca, J.D. Orón, B. Pedrós, C. Davis, J. Puig-Barberà, J. Díez-Domingo

Área de investigación en Vacunas, Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia; Centro de Salud de Ayora, Conselleria de Sanitat, Valencia; Oficina de Abucasis, Dirección Gerente de la AVS, Conselleria de Sanitat, Valencia; Área de Farmacia, Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Conselleria de Sanitat, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Estimación de la incidencia de herpes zoster (HZ) en la Comunidad Valenciana (CV) a partir de la historia clínica electrónica del sistema de atención ambulatoria y su comparación con un estudio ad hoc.

Conclusiones: La incidencia de herpes zoster en la Comunidad Valenciana es significativa observándose un aumento de 2007 a 2008 que podría ser real o deberse a mejoría en la codificación diagnóstica de los médicos de familia con la experiencia.

83. EXPOSICIÓN AL TABACO Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN MENORES DE 20 AÑOS

J.A. Fabregat, E. Silvestre, L. Safont, R. Igual, M.A. Romeu, A. Arnedo, J. Bellido, I. Ballester, N. Meseguer

CSP Castellón; Laboratorio de Microbiología, Hospital General.

Antecedentes/Objetivos: Cuantificar la exposición al tabaco como factor de riesgo de la Enfermedad Meningocócica (EM) en menores de 20 años.

Métodos: Estudio de casos y controles. Se recogieron todos los casos declarados como sospecha de EM en los departamentos de salud 2 y 3 de Castellón en menores de 20 años durante el período 2008-2009. Se estudiaron 17 casos, que incluyeron 11 pacientes con EM confirmada (9 serogrupo B, 1 serogrupo C y 1 serogrupo W 135), 1 paciente de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* b, 1 paciente con sepsis y sospecha EM, y 4 pacientes de meningitis bacteriana purulenta sin confirmación microbiológica, según los resultados obtenidos por los laboratorios microbiológicos de los hospitales General de Castellón y La Plana de Vila-real. Los controles fueron las personas con edad menor de 20 años, que tenían relación con los casos como convivientes, compañeros de estudio o trabajo, en situación de riesgo de sufrir la EM y a los que se recomendó profilaxis antibiótica. Se estudiaron factores de riesgo de la EM, incluyendo la exposición al tabaco en el hogar o fuera de él. Se estimaron odds ratios (OR) crudos y ajustados (ORa) con intervalos de confianza del 95% (IC) mediante modelos de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 17 casos y 256 controles con una participación del 77,1% (273/354). Los casos, 9 mujeres y 8 varones, tenían una edad media de $5,6 \pm 5,9$ años y los controles 256, 118 mujeres y 138 hombres, $6,9 \pm 5,7$ años, sin existir diferencias entre casos y controles por edad o sexo. Tenían exposición al tabaco 15 casos sobre 17 (88,2%) y 141 controles sobre 256 (55,1%) (OR = 6,12 IC95% 1,37-27,30). En el análisis ajustado por edad, sexo, infección respiratoria previa, e historia familiar de meningitis, se apreció una fuerte asociación entre EM y exposición al tabaco (ORa = 7,16 IC95% 1,58-32,51), y fumar el padre (ORa = 6,90 IC95% 1,87-25,43). Se estimó una relación dosis-respuesta entre la EM y el número de cigarrillos de exposición diaria: no exposición vs 1 a 19 cigarrillos (ORa = 3,40 IC95% 0,77-15,04), 20-29 cigarrillos (ORa = 4,57 IC95% 0,96-21,70) y 30 o más cigarrillos (ORa = 5,95 IC95% 1,30-27,36), tendencia $p = 0,015$. A mayor número de convivientes fumadores, el riesgo de sufrir EM se incrementaba: no fumadores vs 1 conviviente fumador (ORa = 6,80 IC95% 1,34-34,36), 2 o más convivientes fumadores (ORa = 7,32 IC95% 1,44-37,17), tendencia $p = 0,012$.

Conclusiones: Se aprecia una elevada asociación entre la EM y la exposición al tabaco con una relación dosis-respuesta. Pese a que todos los casos no fueron confirmados por laboratorio, la exposición al tabaco fue un factor de riesgo importante a prevenir en nuestro medio.

143. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA. DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA RIBERA, PERÍODO 2003-2009

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

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

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad meningocócica continúa siendo un problema de salud y produce preocupación y alarma social, debido a la letalidad de algunas formas clínicas. El serogrupo B parece estar presente en la mayoría de casos esporádicos, mientras que el C

estaría implicado en la aparición de brotes. En enero de 2001, la Comunidad Valenciana introdujo la vacuna frente al meningococo C en el calendario vacunal, pauta de 3 dosis (2, 4 y 6 meses). En el año 2006, se modificó la pauta (2ª y 6ª mes y refuerzo al 18ª mes). El objetivo de este trabajo es describir las características y evolución de los casos de enfermedad meningocócica declarados en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana entre los años 2003 y 2009.

Métodos: Distribución de frecuencias y estimación de diferencias (χ^2) de los datos procedentes de la declaración EDO, encuestas epidemiológicas y datos de laboratorio de microbiología del hospital de referencia. La información relativa a los serogrupos, serotipos y subtipos, son remitidos desde el laboratorio de referencia del meningococo (CNM).

Resultados: Se han declarado 28 casos confirmados y 8 probables, con media de 5 casos anuales. La demora diagnóstica fue de 2,4 días. La demora media de declaración fue 1 día. El serogrupo B fue identificado en 58%. El C en 4 casos y 1 del W135. En 10 casos no se pudo determinar. Se serotiparon 12 cepas, tres fueron del serogrupo C (uno 2b y dos 2a) El 50% son menores de 5 años ($p = 0,02$). No hay diferencias por sexo. Por territorio y año no hay diferencias, salvo destacar que en una zona básica, no se ha declarado ningún caso. Un caso evolucionó con insuficiencia renal secundaria. 2 casos fallecieron (serogrupo B, serotipos 15 y 2a P1.5) 21 casos estaban vacunados con vacuna conjugada C, el 63% con pauta de 3 dosis, 2 de ellos además, con 1 dosis de vacuna de polisacáridos; 11 casos no estaban vacunados por edad (2 menores de 2 meses y 9 mayores de 25 años). No hay información vacunal en 4 casos. Ha habido un fallo vacunal, declarado en 2005, cepa aislada 2b:P1.2 y con pauta vacunal de 3 dosis en 2002. Como consecuencia de la investigación epidemiológica, se han realizado quimioprofilaxis en el entorno familiar, social y escolar. Se declaró un brote familiar, serogrupo B, con dos casos simultáneos entre convivientes.

Conclusiones: Incidencia media de la enfermedad meningocócica en el departamento, particularmente de serogrupo C. Un fallo vacunal en este período; las defunciones se han asociado al serogrupo B. Éste continúa siendo responsable de la mayoría de los casos esporádicos en la comunidad.

160. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA POR SEROGRUPO C EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (2005-2009)

I. Huertas Zarco, F. González Morán, E. Carmona Martí, M. Martín-Sierra Balibrea, E. Pérez Pérez, H. Vanaclocha Luna

Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad meningocócica continúa siendo un importante problema de salud. La presencia de casos esporádicos y/o agrupaciones de casos (cluster) originan gran preocupación y alarma en las comunidades donde se detectan, debido a la relativamente alta letalidad de ciertas formas clínicas. El serogrupo C se caracteriza por presentar una elevada letalidad pero al mismo tiempo disponemos de una vacuna eficaz incluida en el calendario de vacunación infantil desde el año 2000. El objetivo de este trabajo es analizar la evolución de la enfermedad meningocócica por serogrupo C en la Comunidad Valenciana, y describir las características de los casos: edad, sexo, serotipo/subtipo, letalidad, vacunación y fallos vacunales durante los últimos cinco años.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo de los casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C notificados al sistema EDO, en los últimos 5 años, a partir de los datos de las encuestas individualizadas, que se encuentran en nuestra aplicación informática AVE.

Resultados: Durante el período estudiado el total de casos notificados de enfermedad meningocócica por serogrupo C ha sido 60 y el rango anual ha estado entre 7 y 20 casos. Al comparar la proporción de casos de este serogrupo en relación al total de enfermedad meningocócica

cica se aprecia que en España la tendencia ha sido descendente a lo largo de todo el período, mientras que en nuestra comunidad ha sido ascendente a excepción del último año. En cuanto a las características estudiadas se observa: el 20% han sido en menores de 15 años, el 62% mujeres, el serotipo/subtipo se ha conocido en casi el 90% de los casos y de estos el 68% han sido 2a:P1.5, y la letalidad ha sido del 25%. Once casos (18,3%) habían recibido alguna dosis de vacuna: 7 casos tenían tres dosis de vacuna conjugada, uno tenía dos dosis y otro una dosis, y 2 casos tenían una dosis de vacuna polisacárida. En los 8 casos considerados fallos vacunales se observa que el 87% eran menores de 15 años, el 75% mujeres, el 50% han sido 2a:P1.5, y todos evolucionaron favorablemente.

Conclusiones: La proporción de casos de serogrupo C en la CV es más elevada que en el resto de España y el serotipo/subtipo más frecuente ha sido el 2a:P1.5. Claro predominio de casos en adultos, no vacunados y con una alta letalidad. Entre los menores de 15 años se observa una alta proporción de fallos vacunales pero ningún fallecido.

186. SITUACIÓN DE LA VARICELA Y HERPES ZOSTER EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

R. Sancho Martínez, M.A. García Calabuig, F. González, I. González, J. Artieda, L. Álvarez

Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa; Subdirección de Salud Pública de Araba; Subdirección de Salud Pública de Bizkaia; Dirección de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las bajas coberturas de vacunación frente a varicela puede producir su desplazamiento y aumentar sus complicaciones. Objetivo: conocer las características de la varicela y herpes zoster en la CAPV durante el período 2008-2009.

Métodos: Se recogió información de casos de varicela y herpes zoster desde la semana 11 de 2008 a la 10 de 2009 a través de médicos vigía. Variables analizadas: edad, sexo, fecha inicio síntomas, complicaciones, hospitalización, defunción, vacunación, fecha de alta, factor de riesgo. Para la confirmación por laboratorio se utilizó toma de muestra de las lesiones en medio viral. Se calcularon las tasas de incidencia por grupos de edad y se realizó la descripción de los datos con el programa SPSS vs 17.

Resultados: Participaron 48 médicos generales y 18 pediatras que vigilan una población de 112.245 personas (5,3% población de la CAPV). Varicela: Se declararon 664 casos (incidencia 59,2/10.000), 638 en pediatría (incidencia 392,1/10.000) y 26/10.000 en adultos. El 53,3% hombres. Edad media de 4,6 años (IC95% 4,03-5,2). El 92% de los casos menos de 8 años. Se identificó virus salvaje en 7 casos (1,1%). No se identificó virus vacunal. Algún factor de riesgo el 30,1% de los casos; de ellos el 96,55 fue el contacto con otro caso. Complicaciones de la varicela en el 0,8% de casos menores de 8 años no vacunados. Hubo 3,2% fallos vacunales: edad media 5,3 años, 25% vacunado antes de los 15 meses de vida y el 20% iniciaron la enfermedad durante el primer año tras la administración de la vacuna. Herpes-zoster: se declararon 233 casos (tasa incidencia 20,8/10.000) 21 en pediatría (incidencia 12,9/10.000) y 22,1/10.000 en adultos. El 49,8% eran hombres. Edad media de 55,5 años (IC95% 52,5-58,4). El 86% de los casos tenían más de 25 años. Algún factor de riesgo el 18% de los casos; de ellos el 83,7% patología crónica. Complicaciones en el 2,6% de casos todos mayores de 19 años; la más común sobreinfección bacteriana.

Conclusiones: No se han observado diferencias en la edad media de presentación y la distribución de casos por grupos de edad es similar. Sigue siendo el grupo de 1 a 4 años el que concentra mayor proporción de casos de varicela. La vacunación fuera del calendario vacunal con bajas coberturas no parece haber ocasionado, de momento, un desplazamiento en la edad de presentación de la enfermedad. La incidencia y características de herpes-zoster no presenta diferencias relevantes en relación a otros datos publicados. Será necesario vigilar su evolución para detectar modificaciones en su presentación.

196. CASOS DE E. COLI O157 EN TURISTAS DEL REINO UNIDO CON ESTANCIA EN BENIDORM

L. Monge García, F. Hernández Lluch, M.A. Calatayud Sánchez, I. Ibáñez Gómez

Centro de Salud Pública de la Marina Baixa.

Antecedentes/Objetivos: El servicio de Epidemiología de la DGSP comunica al Centro de Salud Pública de la Marina Baixa, que el Centro de Protección de Salud de Escocia y el Reino Unido ha notificado al CNE, la existencia de un cluster de 15 casos de infección por *E. coli* O157 en 4 regiones, en turistas con antecedentes de viaje a Benidorm entre el 7 y el 17 de noviembre de 2009 y alojamiento en diferentes hoteles. Este hecho fue objeto de una alerta sanitaria internacional. Se inicia una investigación inmediata, multidisciplinaria con el objetivo de verificar la existencia de casos fuera del Reino Unido, establecer una relación causal y estrategias de control y prevención.

Métodos: Definición de caso probable, confirmado y período epidémico. Estudio transversal. Fuentes de información: Registros Hospitalarios y RedMIVA. Registro de ocupación hotelera y procedencia de turistas en el período de estudio. Estudio descriptivo procedente del Reino Unido con datos de encuestas epidemiológicas. Estudio de cohortes retrospectivo del Servicio de Salud Pública de Gales. Inspecciones y análisis de muestras de alimentos en diversos establecimientos de hostelería y proveedores de alimentación.

Resultados: El total de casos fue de 45, 23 confirmados y 22 probables. 35 inician síntomas del 12 al 19 de noviembre de 2009, lo que apoya una fuente de infección única mantenida en un período corto de tiempo. En el resto de casos no se facilitó este dato. La hipótesis de una contaminación cruzada en una salsa típica de uno de los establecimientos de comida rápida frecuentado por estos turistas, es compatible con el origen del brote.

Conclusiones: En ausencia de casos de distinta procedencia y otros datos epidemiológicos, se orienta el estudio hacia lugares y costumbres de alimentación de este turismo. Hay que destacar el trabajo inmediato y coordinado de los profesionales de Salud Pública, en un municipio con un elevado número de establecimientos. El análisis de datos respecto a una exposición previa, apunta a deficiencias en la elaboración y conservación de una salsa consumida típicamente por turistas británicos en un establecimiento de comida rápida como fuente de dicho desarrollo bacteriano. Los datos de las encuestas se recibieron 6 días después de la declaración lo que pudo contribuir a que los resultados de las muestras resultaran negativos.

408. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS POR LEISHMANIASIS EN ESPAÑA (1997-2006)

T. López-Cuadrado, D. Gómez-Barroso, L.P. Sánchez Serrano, E. Rodríguez-Valín, O. Díaz García

Centro Nacional de Epidemiología, Área de Vigilancia de la Salud, Instituto de Salud Carlos III; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La leishmaniasis es una zoonosis causada en nuestro país por la especie *Leishmania infantum* con independencia de la forma de presentación, visceral o cutánea. El vector responsable de la transmisión de la enfermedad es la hembra del mosquito del género *Phlebotomus*. El objetivo de este trabajo es estudiar la evolución de la incidencia en España en el período 1997-2006 y analizar las principales patologías asociadas a esta enfermedad.

Métodos: Estudio retrospectivo del Conjunto Mínimo de Bases de Datos hospitalarias (CMBD) desde 1997-2006. Se seleccionaron los re-

gistros cuyo diagnóstico principal eran los códigos del CIE-9 del 085.0 al 085.9, que corresponden a cualquier forma de leishmaniasis. Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas de la población de estudio, y análisis multivariante para conocer los factores asociados a esta enfermedad.

Resultados: En el período de estudio se registraron 2.335 altas por leishmaniasis en 1.770 pacientes, con una razón de masculinidad de 2,8 y edad media de 34 años. La estancia media hospitalaria fue de 14-17 días. Cabe destacar que el 44% de los pacientes estaban comprendidos en el grupo de edad de 25 y 44 años. La principal coinfección de estos pacientes fue por VIH/SIDA en un 37% de los casos y procesos neoplásicos en un 5%.

Conclusiones: La información aportada por el CMDB indica que en todas las Comunidades Autónomas se han registrados altas hospitalarias por leishmaniasis y su incidencia es superior a la proporcionada por el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. La leishmaniasis afecta principalmente a jóvenes varones adultos, y tiene como patología asociada el inmunocompromiso, siendo el VIH su principal co-infección.

653. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN ESPAÑA (1980-2007)

T. López-Cuadrado, R. Palmera-Suárez, A. Llácer, R. Fernández-Cuenca

Área de Análisis Epidemiológico y Situación de Salud; Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Salud Carlos III; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades transmisibles continúan siendo un problema de salud pública y si bien algunos hechos, como la aparición de los antibióticos, las condiciones higiénico-sanitarias de la población y el avance en los programas de vacunación en algún momento hicieron pensar que habíamos conseguido el control de las mismas, en los últimos años hemos asistido a su resurgimiento. El conocimiento de las enfermedades transmisibles continúa siendo un proceso abierto sujeto a la aparición de nuevos agentes o al incremento de la incidencia de otros. El objetivo de este trabajo es analizar la tendencia de las enfermedades infecciosas en España, 1980-2007.

Métodos: Se analizan los datos obtenidos de la Estadística de defunciones según causa de muerte, del Instituto Nacional de Estadística (INE). Para el cálculo de tasas se utilizan las proyecciones de población de la misma institución. Los códigos seleccionados fueron los correspondientes al capítulo I y a otras enfermedades infecciosas de la CIE-10 para el período 1999-2007 y su equivalencia en la CIE-9 para 1980-1998. Se realizó un estudio descriptivo en el que se calcularon las tasas de mortalidad anual ajustadas por edad con población europea para las causas seleccionadas, y mediante el método Joinpoint se estudió la tendencia en hombres y mujeres.

Resultados: En el patrón de tendencia de los hombres se observó un descenso de la mortalidad de las enfermedades transmisibles a lo largo del período de estudio, con puntos de cambio de tendencia alrededor de los años 1987, 1995 y 2007. En el primer tramo se produjo un descenso con un porcentaje anual de cambio (APC) de -6,0%. En el segundo tramo, se produjo un ascenso de 5,5% APC, y en el último tramo un descenso de -2,2%. El patrón de tendencia de las mujeres fue completamente diferente, con un único punto de corte alrededor de 1986 y ambos tramos fueron decrecientes con un porcentaje de -6,5% y -1%, respectivamente.

Conclusiones: Este método nos permite estudiar las tendencias, especialmente cuando hay puntos de cambio, y permite calcular su porcentaje anual de cambio y su significación estadística. El tramo de incremento en los hombres a partir de 1987 se debe a la aparición del SIDA alcanzando su valor más alto en 1995.

680. PLAN DE ALTA FRECUENTACIÓN EN TEMPORADA DE GRIPE 2009-10

M.I. Sillero, L. Muñoz, R. Martínez, T. Ureña, J. Rodríguez, S. de Castro, F. Casado, A. Carmona, M.C. Muñoz

Delegación Provincial de Salud de Jaén; Distritos Sanitarios Jaén, J. Norte, J. Sur, J. Nordeste; Complejo Hospital de Jaén, Hospital Alto Guadalquivir, Hospital de Linares y Hospital de Úbeda; EPES 06.

Antecedentes/Objetivos: El Plan de Alta Frecuentación constituye la respuesta organizativa y funcional del Sistema Sanitario Público de Andalucía a la pandemia de gripe en la temporada 2009-10. Se trata de intervenciones específicas de respuesta asistencial, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria, según tres niveles de alerta. Los elementos centrales del Plan son la coordinación de todos los centros, unidades y dispositivos sanitarios del SSPA y la reorganización de los mismos para adaptar la actividad asistencial a las necesidades de la población y minimizar el impacto de la pandemia.

Métodos: Se han analizado los sistemas de información que integran el Plan de Alta Frecuentación: registros de urgencias de los hospitales y de los centros de salud de Atención Primaria, los registros de demandas y de solicitud de información a la EPES (061) y las llamadas atendidas por Salud Responde. Se han establecido indicadores semanales comparativos con la temporada anterior (2008/09): incrementos de atención en urgencias, incrementos de atención del 061 y asistencias por Salud Responde. El período de análisis abarca desde la semana 40 de 2009 hasta la semana 6 de 2010.

Resultados: La aparición de la gripe AH1N1, ha supuesto un adelanto de la curva epidémica, comenzando en la semana 27, con el pico máximo en la semana 43 (tasa de incidencia de 410 casos por 100.000 hab). En urgencias hospitalarias, se ha observado un 0% de incremento en la demanda entre un 16% y un 69% (según hospital) con respecto a la temporada anterior, manteniéndose hasta la semana 50. Desde la semana 51 a la 5 existe un incremento negativo comparativo, que puede llegar hasta un -29%. En urgencias de At. Primaria siguen el mismo patrón semanal, llegando hasta un incremento del 137%. Las llamadas al 061 han superado la fase I (primer nivel de incidencia) en 3 semanas y las demandas asistenciales la han superado en 16 semanas, 4 de ellas incluso sobrepasando la fase II. En cuanto a la atención por parte de Salud Responde, el pico máximo de llamadas se produjo en la semana 51, fundamentalmente por demandas sobre vacunas, síntomas y grupos de riesgo.

Conclusiones: La valoración en tiempo real de indicadores ha puesto en marcha las sucesivas medidas asistenciales previstas en el Plan. Dicho Plan ha sido útil en la toma de decisiones y la planificación de recursos, de tal forma, que el paso de un nivel de alerta a otro superior, ha implicado una orientación del personal sanitario hacia las demandas de los casos más graves, que ha conllevado una minimización de las complicaciones.

Metodología

Modera: Marc Marí Dell'Olmo

22. VALIDACIÓN DE UNA VERSIÓN REDUCIDA DEL WOMAC PARA PACIENTES CON OSTEOARTROSIS DE CADERA

A. Bilbao, J.M. Quintana, A. Escobar, C. Las Hayas, M. Orive

Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF); Unidad de Investigación, Hospital Galdakao-Usansolo; Unidad de Investigación, Hospital Basurto; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio fue proponer una nueva versión reducida del cuestionario Western Ontario and Mc-

Master Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) basándonos en versiones previamente reducidas, y estudiar su validez y fiabilidad en pacientes con osteoartritis de cadera intervenidos de prótesis total de cadera (PTC).

Métodos: Estudio observacional prospectivo de dos cohortes independientes (788 y 445 pacientes, respectivamente). Los pacientes completaron los cuestionarios WOMAC y SF-36 antes de la intervención y 6 meses después. Basándonos en estudios previos sobre reducciones del WOMAC, se propuso una nueva versión reducida de 11 ítems (3 de dolor y 8 de función). Se realizó un proceso de validación, incluyendo el análisis factorial confirmatorio (AFC) y el análisis Rasch, además del estudio de fiabilidad.

Resultados: El AFC confirmó el modelo de dos factores (dolor y función) mostrando unos índices de ajuste adecuados en ambas cohortes: RMSEA, 0,0792 y 0,0690; CFI, 0,95 y 0,97; y NNFI, 0,94 y 0,95, respectivamente. Tanto el dominio de dolor como el de función se ajustaron al modelo Rasch. Los 3 ítems de dolor se distanciaban en al menos 0,10 logits. La unidimensionalidad quedó demostrada con estadísticos infit y outfit entre 0,7 y 1,3, con la excepción de un ítem. Los ítems de función resultaron igualmente ordenados según su dificultad en ambas cohortes, y la separación en logits entre ellos fue adecuada. Todos los valores infit y outfit se encontraban entre los límites requeridos, a excepción de un ítem. Tanto en el caso del dominio de dolor como en el de función, el análisis de componentes principales de los residuales no proporcionó factores adicionales con valores propios mayores que 3, y los índices de separación excedían el valor de 2, indicando una fiabilidad superior a 0,80. La estabilidad quedó demostrada con resultados similares en ambas cohortes. El coeficiente α de Cronbach fue de 0,74 y 0,88, respectivamente. En cuanto a la validez concurrente, las mayores correlaciones se encontraron con los dominios de dolor corporal y de función física del SF-36. Se detectaron diferencias significativas en ambos dominios según los niveles de severidad de dolor y limitación funcional, confirmando así la validez de grupos conocidos. La concordancia entre las escalas originales del WOMAC y las reducidas fue adecuada.

Conclusiones: La versión reducida del WOMAC es válida y fiable para pacientes intervenidos de PTC. Debido a su simplicidad y facilidad de uso, la versión reducida es una buena alternativa al cuestionario WOMAC original y puede ser útil en la práctica rutinaria y en la investigación clínica.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (98/001-01 A 03; 01/0184).

34. ¿ES VENTAJOSO MODIFICAR EL MODO TRADICIONAL DE PUNTUAR EL ÍNDICE DE FUNCIÓN VISUAL-14 (VF-14)?

C. Las Hayas, A. Bilbao, J.M. Quintana, N. González

CIBERESP, Unidad de Investigación Hospital de Galdakao; Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF)-CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El VF-14 es un cuestionario de función visual percibida que mide la dificultad con la que el individuo puede realizar una lista de 14 actividades cotidianas. El objetivo de este estudio es examinar si las cualidades de discriminación y sensibilidad al cambio del VF-14 son superiores empleando la puntuación basada en el modelo Rasch frente a la puntuación tradicional (suma directa de las respuestas).

Métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de 4.335 pacientes en lista de espera para ser operados de cataratas. Los pacientes completaron el VF-14 en la visita previa a la intervención y 3 meses después de la intervención. Para el análisis Rasch se empleó la muestra apilada de pacientes que consiste en combinar en un único conjunto de datos las respuestas de los pacientes antes de la operación con sus respuestas después de la operación, como si fuesen pacientes independientes (stacked data). Para analizar la capacidad de discriminar de cada sistema entre grupos dividimos la muestra según presen-

cia o no de otra patología ocular añadida a la catarata y agudeza visual previa a la intervención mayor o menor a 0,5 decimales. Para comparar qué sistema de puntuación era mejor empleamos el índice de Precisión Relativa (PR), tomando siempre como referencia el sistema tradicional. Valores por encima de 1,00 indicarían que el sistema Rasch es superior al tradicional. Para valorar la habilidad de cada sistema de puntuación para detectar el cambio tras la intervención, dividimos la muestra según patología ocular y aumento de agudeza visual tras la intervención y calculamos el cambio medio en cada grupo. Siguiendo la literatura, los pacientes con catarata simple y los que ganan más de 0,5 decimales tras la intervención son los que presentan mayores ganancias en función visual tras la intervención.

Resultados: El análisis Rasch confirmó la estructura unidimensional del VF-14. Asimismo, todos sus ítems y escalas de respuesta se ajustaron adecuadamente al modelo (los índices de ajuste oscilaron entre 0,71 hasta 1,34). El índice de PR fue de 0,82 en el caso de la discriminación según patología ocular, y de 1,02 en el caso de agudeza visual pre-intervención. Con respecto a la sensibilidad al cambio, el PR fue de 2,68 según patología ocular y de 1,78 dividiendo la muestra según aumento de agudeza visual tras la intervención.

Conclusiones: Para estudios longitudinales donde es importante medir el cambio se recomienda el uso de la puntuación Rasch por encima de la puntuación tradicional. No obstante, para estudios transversales, ambos sistemas de puntuación son similares en precisión e incluso se observa cierta ventaja del sistema tradicional sobre el sistema Rasch.

47. GENOTIPACIÓN DE VARIACIONES EN NÚMERO DE COPIAS: FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA MEDIDA PANGENÓMICA

G. Marenne, B. Rodríguez-Santiago, L. Pérez-Jurado, M. García-Closas, M. Kogevinas, F.X. Real, S.J. Chanock, E. Génin, N. Malats

CNIO, Madrid; Inserm UMR-S946, Paris, Francia; UPF, Barcelona; CIBERER, Barcelona; NCI, MD, EE.UU.

Antecedentes/Objetivos: Las variaciones en número de copias (CNVs) representan una parte importante de los polimorfismos genómicos germinales. Existen evidencias que apoyan su papel en la patogénesis de algunas enfermedades. Tecnologías de alta resolución de polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) permiten identificar CNVs en exploraciones pangenómicas mediante la combinación de la intensidad de los alelos de cada SNP en dos variables llamadas Log R Ratio (medida cruda del número de copias) y Frecuencia del Alelo B (proporción de B en el genotipo). Con el fin de encontrar los márgenes de la CNV y evaluar el número de copias a partir de estos datos, se han desarrollado algoritmos informáticos específicos, entre ellos CNVpartition, PennCNV y QuantiSNP. En este trabajo describimos los resultados de (1) un análisis de fiabilidad de cada algoritmo llevado a cabo comparando muestras duplicadas procesadas con la plataforma de genotipación Infinium Illumina Human 1Million y (2) un análisis de la validez de los mismos algoritmos comparando sus resultados con los de la plataforma amplificación de sonda múltiple dependiente (MLPA), como patrón de referencia.

Métodos: El estudio fue realizado en 96 pares de muestras del Estudio Español de Cáncer de Vejiga/EPCIURO. Los algoritmos se compararon mediante el índice de Kappa o Índice de Kappa ponderado para la presencia de la CNV o el tipo de aberración, respectivamente. También evaluamos si la fuente de ADN (sangre o saliva) influyó en el rendimiento de los algoritmos. Estimaciones de sensibilidad y especificidad de la presencia y el tipo específico de la CNV se calcularon para cada algoritmo.

Resultados: El número de CNVs detectadas por individuo varió según el algoritmo de genotipación aplicado. Un número mayor de CNVs

fue detectado en las muestras de ADN de saliva que en las de sangre, independientemente del algoritmo utilizado. Los tres algoritmos presentaron baja concordancia con un valor medio del índice Kappa inferior a 66. PennCNV fue el algoritmo más fiable, con un índice Kappa ponderado de 98,96 para la evaluación del número de copias. La concordancia observada para la detección de CNV fue siempre más alta en las muestras de sangre que en las de saliva. Al comparar con MLPA para detectar la presencia de CNVs, todos los algoritmos identificaron pocas aberraciones de copias conocidas (sensibilidad entre 0,19 y 0,28). Por el contrario, la especificidad fue muy alta (entre 0,97 a 0,99). Una vez que se detectó la CNV, el número de copias se evaluó adecuadamente.

Conclusiones: Nuestros resultados indican que los algoritmos de genotipación actualmente disponibles tienen que ser mejorados para los análisis de CNVs pangenómicos de alta resolución. Se requiere perfeccionar las herramientas informáticas para su aplicación en la evaluación de CNVs como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades complejas.

Financiación: FIS: G03/174, PI061614, FI09/00205. AECC. Fundació Marató de TV3. RTICC. NCI, USA. Egide-Picasso.

103. MÉTODOS PARA EL CÁLCULO DEL NÚMERO REPRODUCTIVO AL INICIO DE UNA EPIDEMIA. USO EN LA GRIPE A (H1N1) 2009

S. Pérez-Hoyos, V. Balasso, S. Uriona, R. González-Baulies, J. Vaqué-Rafart

USMIB, Institut de Recerca; Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia; Hospital Vall d'Hebron; UAB.

Antecedentes/Objetivos: Al inicio de una epidemia es útil disponer de modelos matemáticos sencillos que midan su potencial de diseminación. El parámetro más utilizado es el número reproductivo R, que permite conocer el número promedio de casos secundarios que produce un caso primario. El objetivo de esta comunicación es mostrar dos métodos para su cálculo a partir de los datos iniciales de la pandemia de gripe A(H1N1) 2009 en España.

Métodos: Se dispone de los casos de gripe diarios confirmados, según fecha de inicio de síntomas y origen del caso, entre el 14 de mayo y el 6 de julio de 2009, publicados por el Ministerio de Sanidad. Se utilizaron 2 métodos para la obtención de R. El primero (M1), divide la curva epidémica en ventanas de duración igual a la ventana del intervalo de generación (T) estimado (número de días en la aparición de los síntomas entre casos primarios y secundarios). R es el promedio del cociente para dos ventanas consecutivas del número de casos autóctonos sobre el número total de casos de la ventana previa. Se han utilizado ventanas de amplitud entre 1 y 7 días. El segundo método (M2) se basa en la tasa de crecimiento intrínseco de la epidemia r, que una vez calculada permite obtener R a partir de la transformación $R = \exp(rT)$. T se ha considerado bajo 3 asunciones obtenidas de la literatura (2,6; 3,1 y 4,6 días). Para el cálculo de la r se han ajustado modelos de regresión Poisson al número de casos diarios con una ventana cambiante, con un mínimo de 5 días a partir del 14 de mayo hasta mediados de junio. Se ha identificado la ventana óptima a partir del mejor ajuste del modelo. Con el r obtenido se ha estimado R y su intervalo de confianza.

Resultados: Los 633 casos de gripe supusieron un promedio de 13,8 casos diarios. Con el M1 se obtiene un R que entre 0,91 a 1,16 según la T considerada. Este modelo indicaría que la epidemia no aumentaría. El segundo método identifica que el crecimiento de la epidemia se produjo entre el 15 de mayo y el 2 de junio de 2009, con una tasa de crecimiento de $r = 0,196$ lo que implica una R que oscila entre 1,665 y 2,464; indica una intensidad moderada de propagación. Con diferentes ventanas no se observan diferencias apreciables.

Conclusiones: El M1 no requiere ninguna complejidad de cálculo y se puede calcular a medida que van recogiendo los casos, aunque in-

fraestima el crecimiento de la epidemia. El método M2 requiere mayor seguimiento y sus valores pueden estar sobreestimados. Otros métodos más complejos, aplicados en otros países, han obtenido resultados semejantes, con lo cual las dos alternativas presentadas son una forma útil para conocer el potencial de propagación de una epidemia.

104. SENSIBILIDAD A SESGOS A PARTIR DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES SOBRE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS, INCLUYENDO LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE Y RIESGO DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB

E. Alcalde Cabero, M. Ruiz Tovar, F. Avellanal Calzadilla, J. Almazán Isla, J. de Pedro Cuesta, Grupo Europeo del Proyecto ECDC 1250

Departamento de Epidemiología Aplicada, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: En el marco de un proyecto europeo liderado por el Centro Nacional de Epidemiología (Proyecto ECDC 1250) con propósito de elaborar recomendaciones preventivas, se realiza una búsqueda bibliográfica sistemática de estudios analíticos publicados sobre asociación entre exposición a procedimientos médicos y Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) para valorar la sensibilidad al sesgo.

Métodos: Se revisaron sistemáticamente 400 publicaciones tras la búsqueda en Pub Med y Embase de 1990 a 2009. Se identificaron 18 informes sobre 16 estudios casos-control. Se clasificaron según el resultado estudiado, tipo de controles, simetría en el tipo de fuente de información para exposición en casos y controles y naturaleza de la medida de la exposición, tiempo en riesgo de efecto de la exposición e inclusión de análisis espacio temporal. Se evaluó la susceptibilidad al sesgo en lo referente a exposición y clasificación, selección de casos, confusión y limitaciones biológicas, tomando como referencia la correspondiente cohorte central de nacimiento.

Resultados: Se identificaron varias fuentes de posibles sesgos, fundamentalmente: a) utilización de controles clínicos y muestreo de controles al final o cerca del final del período de incidencia de los casos, b) valoración de la exposición en momentos de la vida diferentes para casos y controles y valoración de la exposición sin tener en cuenta el tiempo en que se ha estado en riesgo y c) falta de control de la confusión por el potencial efecto de diferentes procedimientos médicos, especialmente cirugía y transfusión sanguínea.

Conclusiones: Las evidencias científicas en las que haya de apoyarse la fuerza de determinadas recomendaciones preventivas pueden ser limitadas en algunos terrenos.

Financiación: Proyecto ECDC 1250 "Revisión de guías existentes y elaboración de una guía europea para la prevención de la transmisión de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en el medio sanitario".

170. ANÁLISIS POBLACIONAL SEGMENTADO INTEGRADO Y GEOGRÁFICO (APSIG)

F. Ortiz Cervelló, C. Simó Noguera, P.L. Ródenas, J. Ribera Lacomba, N. Alba Moratilla, V. Tortosa Nàcher

Servicio de Aseguramiento Sanitario, DGOEIS, Conselleria de Sanidad, Generalitat Valenciana; Departamento de Sociología y Antropología Social, Universitat de València.

Antecedentes/Objetivos: El Sistema de Información Poblacional (SIP) registra todas las personas que residen o se encuentran en la Comunidad Valenciana, y acceden a las prestaciones sanitarias del sistema sanitario. Permite agregar la información disponible en el conjunto de sistemas de información de la Conselleria de Sanidad. Objetivo: ofrecer un tratamiento de la información estableciendo categorías de

interés analítico, para estudios epidemiológicos y socio sanitarios en general.

Métodos: El proyecto Análisis Poblacional Segmentado Integrado Geográfico (APSIG), basado en información de SIP, establece categorías de interés analítico, posibilitando la agregación inmediata y estandarizada de la información sanitaria de los Sistemas de Información (SI). La información de flujos (eventos de salud) de los ciudadanos es asociada a su población a riesgo (denominador poblacional) segmentada según categorías de interés analítico, y asociada a su posición geográfica. Definimos los aspectos socio-sanitarios relevantes para la intervención y gestión de la sanidad pública: 1. Financiación Cobertura 2. Situación de Residencia en la Comunidad Valenciana, 3. Migraciones, 4. Unidad Residencial, 5. Tipologías de Aseguramiento, 6. Relación con la Actividad Laboral, 7. Situación de Titularidad, 8. Exclusión Social, 9. Distribución y Equilibrio Territorial, 10. Conjuntos Geopolíticos, 11. Clasificación Estándares Internacionales. Se ha procedido a validar las dimensiones propuestas mediante: a) identificación de las necesidades corporativas, de segmentación de datos para los diferentes Sistemas de Información Corporativos (SICs) y b) ordenación del potencial informativo de SIP. Permitiendo una segmentación en base a sub poblaciones específicas.

Resultados: Establecer subpoblaciones relevantes basadas en el conocimiento socio sanitario actual y modelizarlas, generando definiciones estándares y una batería de 11 clasificaciones de los usuarios/pacientes. Validación conceptual frente a los estándares propuestos. Asignar un código de segmentación APSI de 11 posiciones para cada paciente, exhaustivo y excluyente. Utilización autónoma a cada SICs aportando el código APSI al registrar sus eventos de salud específicos. Asegurar un análisis autónomo eficiente en estudios coordinados corporativos.

Conclusiones: El proyecto APSIG, segmenta específicamente la información de SIP, utilizando subpoblaciones, elaborando definiciones precisas, para todos los SI, posibilitando la agregación coordinada y autónoma de toda la información.

223. COMPARACIÓN DE LAS ESTIMACIONES DE INCIDENCIA DE CONSUMO DE CANNABIS Y COCAÍNA ENTRE ENCUESTAS DE POBLACIÓN E INICIOS DE TRATAMIENTO

A. Sánchez-Niubó, J. Fortiana, J.M. Suelves, A. Domingo-Salvany

IMIM-Hospital del Mar; Departament de Probabilitat, Lògica i Estadística, UB; Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: En España, según las encuestas domiciliarias bianuales sobre alcohol y drogas (EDADES), la tendencia de prevalencia-vida de consumo de cannabis era estable mientras que para cocaína seguía aumentando. Estimar la evolución de la incidencia del consumo de cannabis y cocaína en España a partir de EDADES y compararla con la estimación realizada a partir del indicador de inicios de tratamiento del Observatorio Español de Drogas (OED).

Métodos: De entre los individuos de 15 a 64 años que respondieron a EDADES entre 1997 y 2005/06 se eligieron los que declararon haber consumido al menos alguna vez en la vida cannabis o cocaína. Para cada encuesta, después de aplicar los pesos correspondientes a cada muestreo realizado, se retroproyectó el año del primer consumo para cada individuo y sustancia reconstruyendo así la evolución de la incidencia anual de cada una de ellas. Luego se estimó para cada sustancia una incidencia media ponderada de todas las encuestas. A partir de los datos de tratamiento del OED, para cannabis como sustancia principal entre 1996 y 2006, y para cocaína entre 1991 y 2006, se estimaron los valores esperados de una tabla de frecuencias incompleta tabulada entre los años de inicio de consumo (filas) y el tiempo entre el primer consumo y primer tratamiento, ajustándolos a un modelo log-lineal de casi-independencia. Las incidencias estimadas fueron las marginales-fila de la tabla.

Resultados: A partir del análisis de EDADES, para cannabis observamos dos crecimientos de incidencia: del año 1970 al 1979 (tasas del 1,5 a $8,5 \times 1.000$ habitantes de 15 a 64 años de edad), y del 1990 al 1995 (tasas del 8,5 a $12,7 \times 1.000$ habitantes). Para cocaína la tasa media de incidencia de EDADES tiene una tendencia general creciente desde los años 70 hasta finales de los 90 (tasa de 4×1.000 habitantes de 15 a 64 años) con inestabilidad posterior. A partir del indicador de tratamiento la tasa de incidencia estimada para cannabis es muy inferior a la incidencia estimada a partir de EDADES, y no refleja incrementos escalonados en la incidencia. En cambio esa tasa de incidencia para cocaína es inferior y paralela a la de las encuestas hasta mediados de los 90 cuando inicia un crecimiento más rápido sobrepasándola hacia el año 2000.

Conclusiones: A pesar de algunas limitaciones (metodológicas y de cada fuente de información), las encuestas EDADES permiten estimar la incidencia de consumo de sustancias cuya prevalencia-vida sea relativamente alta (3-30%). Para las sustancias como cannabis con poca probabilidad de iniciar tratamiento, este indicador proporciona estimaciones de incidencia poco fiables.

Financiación: PNSD 2007-1044.

242. CALIDAD DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES FRENTE A LAS DE ESTUDIOS EXPERIMENTALES

A. Ortiz, M. Sillero, M. Mariscal, M.L. Gómez, M. Delgado

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

Antecedentes/Objetivos: Para muchos investigadores las revisiones sistemáticas de estudios observacionales no reúnen los mismos criterios de calidad que las realizadas sobre estudios experimentales, al basarse en diseños más variables y con más fuentes de error. El objetivo es valorar la calidad de las revisiones sistemáticas, comparando las realizadas con estudios observacionales frente a las realizadas con estudios experimentales.

Métodos: Se han recopilado las revisiones sistemáticas indexadas en Medline y la Cochrane Library entre 1990 y 2004 sobre enfermedades cardiovasculares que analizaran una asociación, al menos tuvieran tres estudios, escritas en inglés, castellano, francés, italiano o portugués, y permitieran reproducir sus resultados cuantitativos. De 1.571 citas, 551 cumplieron los criterios de inclusión, aplicado por al menos dos evaluadores. Se recogieron datos generales de publicación y se les aplicó el cuestionario de calidad AMSTAR (J Clin Epidemiol 2009) por dos revisores independientes de manera no enmascarada (conociendo autores y revista), que contrastaron sus resultados. En el análisis estadístico comparativo entre los dos tipos de revisiones, para cada ítem de AMSTAR se aplicó la ji cuadrado. Se calculó el número total de ítems cumplidos. Las puntuaciones totales se compararon mediante el t-test en análisis bivariante y en el multivariante se aplicó el análisis de la covarianza, ajustando por características de la publicación.

Resultados: Hubo 161 revisiones sistemáticas de estudios observacionales frente a 390 de estudios experimentales. En cuanto a las características generales, hubo diferencias significativas entre ambas en cuanto al país de procedencia (más de EE.UU. las de estudios observacionales, $p < 0,001$), la revista de procedencia ($p < 0,001$), y el número de estudios, mayor en las observacionales (14 frente a 11, $p < 0,001$). En cuanto a aspectos de calidad no incluidos en AMSTAR, las de estudios observacionales incluyeron el inglés como criterio de restricción ($p < 0,001$), consultaron menos con expertos para localizar estudios no publicados, utilizaron menos bases de datos para localizar estudios primarios ($p < 0,001$), valoraron menos la heterogeneidad ($p < 0,001$), pero más el sesgo de publicación ($p = 0,031$). De los 11 ítems de AMSTAR, se cumplieron peor 9 de ellos en las revisiones

de estudios observacionales (salvo las declaraciones de conflicto de interés y la discusión de la calidad en las conclusiones), que motivó una puntuación global 7,1 frente a 5,6 ($p < 0,001$). Tras ajustar por las diferencias en las variables anteriores, la puntuación fue de 7 frente a 6,1 ($p < 0,001$).

Conclusiones: Las revisiones sistemáticas de estudios observacionales presentan menos calidad de forma clara que las de estudios experimentales, lo que sugiere que sus resultados son menos válidos.

Financiación: FIS PI050153.

243. INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE UN AUTOR EPIDEMIÓLOGO O ESTADÍSTICO EN LA CALIDAD DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS

A. Ortiz, M. Sillero, M. Mariscal, M.L. Gómez, M. Delgado

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

Antecedentes/Objetivos: Los epidemiólogos y estadísticos a priori tienen un mayor conocimiento de la metodología que otros investigadores. Ello podría repercutir en la calidad de los artículos científicos. El objetivo es valorar si la presencia de este tipo de autores influye en la calidad de las revisiones sistemáticas.

Métodos: Se han recopilado las revisiones sistemáticas indexadas en Medline y la Cochrane Library entre 1990 y 2004 sobre enfermedades cardiovasculares que analizaran una asociación, al menos tuvieran tres estudios, escritas en inglés, castellano, francés, italiano o portugués, y permitieran reproducir sus resultados cuantitativos. De 1.571 citas, 551 cumplieron los criterios de inclusión, aplicado por al menos dos evaluadores. Se recogieron datos generales de publicación y se les aplicó el cuestionario de calidad AMSTAR (J Clin Epidemiol 2009) por dos revisores independientes de manera no enmascarada (conociendo autores y revista), que contrastaron sus resultados. La especialidad de los autores se valoró por el departamento al que pertenecían y por las siglas de la titulación que poseían. En el análisis estadístico comparativo entre los autores, para cada ítem de AMSTAR se aplicó la ji cuadrado. Se calculó el número total de ítems cumplidos. Las puntuaciones totales se compararon mediante análisis de la varianza en el análisis bivariado y en el multivariado se aplicó el análisis de la covarianza, ajustando por características de la publicación.

Resultados: Hubo 341 revisiones sin epidemiólogo (EPI) ni estadístico (EST), 35 con sólo EST, 110 con EPI y 65 con EPI + EST. En cuanto a las características generales, hubo diferencias significativas en cuanto a la revista de procedencia ($p < 0,001$), al número de autores ($p < 0,001$), y al factor de impacto de la revista, mayor cuando había EPI + EST ($p < 0,001$). De los 11 ítems de AMSTAR, hubo diferencias significativas en 2 (uso del estado de publicación como criterio de inclusión y declaración del conflicto de interés) cuando hay EPI + EST, que motivó una puntuación mayor calidad, 7,4 frente a menos de 7 ($p = 0,021$). En las revisiones de estudios experimentales tan solo hubo diferencias en un ítem (conflicto de interés) y la puntuación total AMSTAR no arrojó cambios significativos. Por el contrario, en las revisiones de e. observacionales hubo diferencias significativas en 3 ítems de AMSTAR (los dos citados en el análisis global más la valoración de la calidad de los estudios primarios), con puntuaciones totales de $5,2 \pm 0,2$ sin EPI ni EST, $5,0 \pm 0,6$ con EST, $6,0 \pm 0,2$ con EPI, y $6,7 \pm 0,4$ con EPI + EST ($p = 0,003$), con diferencias significativas de los dos últimos grupos frente a los dos primeros. Estas puntuaciones no se vieron alteradas en el análisis multivariado.

Conclusiones: La presencia de un epidemiólogo y estadístico influye positivamente en la calidad de las revisiones sistemáticas, especialmente en las realizadas con estudios observacionales.

Financiación: FIS PI050153.

682. EL PROBLEMA DE LOS RIESGOS COMPETITIVOS: APLICACIONES EN EL ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL TIEMPO A SIDA, A TRATAMIENTO O MUERTE EN LA COHORTE GEMES

S. Pérez-Hoyos, J. del Amo, A. Sanvisens, P. García de Olalla, I. Ferreros, J. del Romero, J. Castilla, J. Belda, GEMES

USMIB, Institut de Recerca Hospital Vall d'Hebron; GEMES.

Antecedentes/Objetivos: En el análisis del tiempo de progresión de la infección por VIH se pueden observar diversos eventos que compiten por ocurrir como el sida, el inicio de un tratamiento o la muerte. El objetivo de la presente comunicación es mostrar varias aproximaciones para el análisis de este tipo de problema.

Métodos: Se dispone de datos de 2.661 seroconvertidores al VIH del proyecto GEMES reclutados desde finales de los 80 hasta la actualidad. Se analiza el tiempo desde la seroconversión hasta el primer evento siendo este sida o el inicio de tratamiento de terapia combinada (CART) o muerte. Se utilizan dos aproximaciones para el análisis de los datos. La primera obtiene el riesgo relativo causa-específico (HRce) para cada uno de los eventos y en el segundo utiliza el riesgo relativo de la subdistribución de riesgo (HRrs) definido por Fine and Gray. Para ilustrar los efectos de cada modelo se han usado como covariables el sexo, el período de calendario dividido en antes y después de 1997 y la categoría de exposición (Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas (IDU), relaciones heterosexuales desprotegidas (HT) y hemofílicos (HP). Se calculan las incidencias acumuladas para cada evento y los riesgos mencionados anteriormente.

Resultados: De los 2.661 seroconvertidores 707 (26,6%) tuvieron un sida, 850 (31,9%) iniciaron CART y 150 (5,6%) murieron como primer evento en el seguimiento. Si se analiza el tiempo a SIDA antes de CART, se observa que para los HRce son semejantes para el ser mujer frente a hombre (HRce = 0,72 y HRrs = 0,73) y para ser IDU frente a HSH (HRce = 2,05 y HRrs = 2,10). Sin embargo a la hora de evaluar la efectividad por período de calendario el HRce = 0,51 frente al HRds = 0,37) El uso del HRds permite controlar el hecho que en el segundo período no se observan sidas porque estos son tratados. Efectos similares pero en sentido contrario se observan para el tiempo a inicio a tratamiento. Si se comparan ambos períodos se observa cómo se incrementa el riesgo de inicio de tratamiento de HRcd = 22 a HRsd = 55. Sin embargo los riesgos obtenidos son semejantes para ambos métodos.

Conclusiones: Los métodos de análisis de riesgos competitivos deben de ser utilizados por los epidemiólogos de acuerdo con la pregunta de investigación. En HRce permite evaluar el riesgo asociado a un evento específico de resultado bajo la hipótesis de que el riesgo competitivo no existe. En nuestro caso el uso de modelos de riesgos competitivos HRsd han permitido evaluar mejor la efectividad de la aparición de tratamientos.

Financiación: FIPSE 36781/08 y FIS PI070331.

728. APLICACIÓN DE TEORÍA DE COLAS Y SIMULACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL TORRECÁRDENAS

P. Garrido-Fernández, J.M. García-Torrecillas, M.M. Rodríguez del Águila, M. Expósito-Ruiz, S. Pérez-Vicente, A.R. González-Ramírez, F. Rivas-Ruiz

Fundación FIBAO; Hospital Torrecárdenas, Almería; Hospital Virgen de las Nieves, Granada; Hospital Costa del Sol, Marbella.

Antecedentes/Objetivos: La teoría de colas y la simulación de eventos discretos han tenido varias aplicaciones en el ámbito sanitario y más concretamente en urgencias sanitarias demostrando su efectividad en la reducción de los tiempos de espera en las colas. El objetivo fue instaurar un sistema de simulación de colas que permita compro-

bar previamente a su aplicación cualquier medida de gestión que se acometa en el servicio de urgencias permitiendo la anticipación del sistema a posibles congestiones.

Métodos: Se obtuvieron datos del registro informático de urgencias del Hospital Torrecárdenas (Almería) de enero a julio de 2009 y se pasó un cuestionario en el servicio de Urgencias en el mes de mayo de 2009. La simulación se realizó mediante el programa informático Flexsim. Las variables principales recogidas fueron número de llegadas, tiempo de estancia en urgencias, abandonos por día (encuesta) y tiempo de atención a cada paciente. Se recogió también la distribución del personal. Se estratificó el número de llegadas al servicio en días entre semana y fin de semana, así como por turno de trabajo (mañana, tarde y noche). Previamente a la estratificación se estimaron las posibles diferencias entre los estratos mediante la prueba t de Student y ANOVA. Se comprobó el ajuste a distribuciones de probabilidad conocidas mediante las pruebas de bondad de ajuste de Anderson-Darling, Kolmogorov-Smirnov y Chi-cuadrado.

Resultados: El número de episodios registrados en urgencias de enero a julio de 2009 fueron 78.869, de los cuales el 71,8% fueron admitidos entre semana, por turno un 41,6% fueron por admitidos por la mañana, un 40,1% por la tarde y un 18,3% por la noche. Mediante la encuesta se analizaron 124 episodios de urgencia para obtener datos que no recogía el registro informático del servicio. Se obtuvieron diferencias significativas entre los diferentes estratos considerados: fin de semana o entre semana y turno de trabajo. Los distintos ajustes intentados con distribuciones de probabilidad conocidas no dieron resultado y se utilizaron para la modelización informática, distribuciones empíricas (basadas en los datos directamente). Finalmente con todos estos datos se realizó una simulación del servicio de urgencias mediante Flexsim identificándose los "cuellos de botella" o congestiones de dicho servicio.

Conclusiones: El servicio de urgencias de un hospital es uno de los más saturados, un modelo de simulación permite detectar los fallos del sistema ante esta demanda y percibir los posibles errores organizativos, permitiendo probar posibles cambios en dicha organización antes de instaurarlos.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (Exp. ETS 08-90526).

Salud reproductiva y maternal

Moderador: Joan Paredes

38. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE 4.º DE ESO EN LA COMARCA DEL ALTO Y MEDIO VINALOPÓ

G. Arroyo Fernández, A. Jiménez López, A. Cremades Bernabeu, C. Ayala Arreaza, J. Molina Navarro

Centro de Salud Pública de Elda.

Antecedentes/Objetivos: Hoy en día la mayoría de los adolescentes han tenido experiencias sexuales y muchos de ellos tienen una actividad sexual plena y habitual, pero son pocos los que están plenamente informados de los riesgos que corren y de cómo pueden protegerse de las ITS y de los embarazos no deseados. En las chicas más que en los chicos, se observa un proceso de cambio de los estereotipos y tópicos de género más tradicionales que asigna al varón el mundo de la actividad y del sexo y a la mujer un papel más pasivo y una práctica del sexo más asociada al mundo afectivo, sin embargo, hay sectores sociales en los que las chicas tienen menor capacidad de decidir libremente sobre cuándo y cómo mantener las relaciones sexuales. **Objetivo:** averiguar los conocimientos y actitudes de los estudiantes de 4.º de Enseñanza

Secundaria Obligatoria en la comarca del Alto y Medio de Vinalopó de la provincia de Alicante en el marco de una intervención de Educación Afectiva-Sexual.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Encuesta a una muestra aleatoria por conglomerados de 338 alumnos de 4.º de ESO. Se preguntó sobre métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, uso de preservativo, relaciones afectivas y de igualdad. Se ha dado una puntuación a cada alumno de 1 a 10 según número de respuestas correctas.

Resultados: La puntuación media obtenida por los alumnos fue de 8,55, siendo de 8,55 para conocimientos y de 8,51 para actitudes. Por sexos se ha observado que las chicas están mejor informadas que los chicos siendo las puntuaciones obtenidas en la encuesta de 8,70 en las chicas y de 8,40 en los chicos ($p_{ANOVA} = 0,05$). En relación a las actitudes también tienen las chicas una actitud más favorable con respecto a las relaciones afectivas y de igualdad que los chicos, pasando la puntuación de 8,82 en las chicas y de 8,21 en los chicos ($p_{K-W} = 0,002$). Se ha observado que casi un 38% de los chicos no manifiestan una aceptación de las diferentes tendencias sexuales frente a un 20% de las chicas. Tanto en chicos como chicas hay altos porcentajes que creen que el SIDA no se transmite en las relaciones sexuales orales. Uno de cada cuatro chicos piensa que los niños son más listos que las niñas. El 42% tanto chicos como chicas, piensan que es normal que a las mujeres les gusten más los niños que a los hombres.

Conclusiones: Los adolescentes de 4.º de ESO de nuestro departamento están bien informados en relación a estudios similares, probablemente a la labor que desde hace años realizan los sexólogos del departamento, aunque se deberían realizar estudios analíticos para confirmar esta hipótesis. Sin embargo hay que seguir trabajando en educación afectiva sexual ya que muchos chicos no aceptan la homosexualidad y tanto chicos como chicas tienen algunas dudas sobre la transmisión del VIH.

154. CARACTERIZACIÓN DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EN POBLACIÓN DE 16 A 49 AÑOS. GALICIA 2009

M. Pérez-Ríos, M.I. Santiago-Pérez, G. Naveira, S. Cerdeira, A. Malvar

Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Planificación, Xunta de Galicia.

Antecedentes/Objetivos: Para estimar a nivel poblacional el riesgo de padecer infecciones de transmisión sexual (ITS) es necesario conocer como son las prácticas sexuales, entre ellas la primera relación sexual (PRS), en la población. El objetivo de este trabajo es caracterizar la PRS mantenida por la población general gallega de 16 a 49 años.

Métodos: En el año 2009 se realizó en Galicia, en el marco del Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo (SICRI), una encuesta telefónica en población general de 16 a 49 años sobre conductas y prácticas sexuales. La selección de la muestra fue aleatoria y la base muestral fue Tarjeta Sanitaria. Se entrevistó a 7.985 individuos representativos por sexo y grupo de edad (16-19; 20-24; 25-29; 30-39; 40-49) de la población gallega. Este análisis se restringe a aquella población que afirma haber mantenido alguna relación sexual ($n = 7.206$). Las variables analizadas que hacen referencia a la PRS son: preferencia sexual, edad media del encuestado, edad media de la pareja sexual, uso de métodos anticonceptivos y tipo de relación personal que mantenía con la primera pareja. La muestra se ponderó de acuerdo al tipo de muestreo y se calcularon porcentajes y medias con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: El 99,5% (99,3-99,6) de los gallegos declaran que su PRS fue heterosexual. El 0,9% (0,6-1,2) de los hombres declaran que esta relación fue homosexual frente al 0,2% (0-0,3) de las mujeres. La edad media de la PRS es 17,9 años (17,8-17,9), (17,3 en varones vs 18,4 en mujeres). En función del grupo de edad se observa un adelantamiento de 2 años en la PRS a medida que los encuestados son más jóvenes; este

cambio es más visible en las mujeres (16-19: 16,1 vs 40-49: 18,9) que en hombres (16-19: 15,9 vs 40-49: 17,5). Sólo en el 0,5% (0,3-0,7) declaran haber mantenido la PRS con una pareja más joven. Los encuestados establecen en 2 años la media de diferencia de edad con su primera pareja sexual, si bien en mujeres la diferencia llega hasta 3 años en las de más edad. El 71% (69,5-71,7) de los encuestados declaran haber usado preservativo, tanto en hombres como en mujeres, si bien a medida que son más jóvenes declaran una mayor frecuencia de uso (16-19: 95,2% vs 40-49: 40,5%). El 95,2% (94,7-95,8) dicen que ya conocían a su primera pareja sexual. El 36,4% (35,2-37,6) afirman que su última y su primera pareja sexual son la misma, siendo este porcentaje próximo al 50% en el grupo de 16-19 y en el de 40-49.

Conclusiones: El adelantamiento de la edad de la PRS se asocia con un incremento del riesgo de padecer ITS; si bien destaca el impacto positivo de los programas orientados a potenciar el uso de preservativos.

176. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL EN EL DEPARTAMENTO XÀTIVA-ONTINYENT

M.I. López Ibáñez, M.L. Moreno Jiménez, A. Silvestre García, J. Gomis Ferraz, S. Pascual Gascó, M.J. Soriano Pérez, M. Mollá Gómez, M. Pérez Gonzalvo, M. Sentandreu Mahiques

Centro de Salud Pública de Xàtiva-Dirección General de Salud Pública; Agencia Valenciana de Salud.

Antecedentes/Objetivos: En la adolescencia se empiezan a desarrollar las conductas sexuales. La falta de experiencia en el manejo de estas situaciones, la ausencia de información o información errónea, la ausencia de formación sobre sexualidad, la imitación de conductas sexuales adultas, son favorecedores de los problemas de salud asociados a la sexualidad, que repercuten en un aumento de infecciones de transmisión sexual (ITS), aumento de embarazos no deseados, y un aumento de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE). Las tasas de sífilis en el Departamento (dep.) Xàtiva-Ontinyent en el año 2009: $2,45 \times 100.000$. Las tasas de Infección Gonocócica en el dept. Xàtiva-Ontinyent en el año 2009: $6,36 \times 100.000$. Las Tasa de abortividad en mujeres en edad fértil (TAMEF) 15-44 años en el dept. Xàtiva-Ontinyent en el año 2008: $6,94 \times 1.000$. Con el objetivo de poder intervenir sobre éstos problemas, la Dirección General de Salud Pública de Valencia, en colaboración con la Conselleria de Educación y la Agencia Valenciana de Salud, han elaborado el Programa de Intervención de Educación Sexual (PIES) dirigido a los alumnos de 3.º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), con una edad media de 14 años, ya que se ha visto que la edad de inicio de las relaciones sexuales es cada vez menor, siendo de 15,9 años para ambos sexos (relaciones sexuales con penetración [encuesta año 2005 por el equipo Daphne]).

Métodos: Se han obtenido datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y del Programa PIES.

Resultados: El PIES se ha implementado en 24 IES y Colegios del Dep., de un total de 33 centros con 3.º de ESO (cobertura 72,7%) abarcando una población escolar de 1.523 alumnos. Este programa se ha podido realizar con la colaboración del personal sanitario de Atención Primaria, a quienes se les formó previamente con un curso acreditado por la Escuela Valenciana de Estudios Superiores (EVES), que fue impartido por sexólogos de los Ayuntamientos de Xàtiva y Ontinyent. El programa PIES consta de 3 sesiones, de 100 minutos de duración cada una de ellas, en las que hay parte teórica y talleres. Los resultados de la implantación del PIES, se podrán evaluar a largo plazo, observando los cambios que se puedan producir en las tasas de ITS, embarazos no deseados e IVEs.

Conclusiones: El PIES se ha realizado con gran aceptación por los centros docentes (profesores y alumnos), y el personal sanitario que lo ha llevado a cabo. Para el próximo curso escolar 2010-2011, se realizará

de nuevo en los mismos centros docentes, ampliándose la cobertura a algunos centros que lo solicitaron fuera de plazo.

221. ACORTAMIENTO DE LA EDAD GESTACIONAL EN ESPAÑA (1997-2008)

A. Castelló-Pastor, I. Río, M.V. Sandín-Vázquez, M. Rebagliato, F. Bolúmar

Universidad de Alcalá; CIBERESP, Universidad de Alcalá; CIBERESP, Universidad Rey Juan Carlos.

Antecedentes/Objetivos: La edad gestacional al nacer (EG) es un indicador clave para valorar el riesgo de morbi-mortalidad neonatal. En los últimos años se han producido en España cambios políticos, económicos y sociodemográficos que podrían tener un impacto sobre la gestación. El objetivo de esta investigación consistió en analizar la evolución del patrón de EG durante el período 1997-2008.

Métodos: Estudio transversal a partir de los datos de partos del Movimiento Natural de la Población. Tras seleccionar partos simples y agruparlos en 4 períodos (1997-1999, 2000-2002, 2003-2005, 2005-2008) se comparó mediante ANOVA la evolución de la EG media. La evolución de la proporción de partos según semanas de gestación fue analizada gráficamente. Para el análisis de las diferencias identificadas gráficamente y asociaciones con otras variables, se agruparon los partos en 5 categorías de EG (≤ 32 , 33-36, 37-39, 40-41 y ≥ 42 semanas) comparándose mediante pruebas ji-cuadrado la distribución del porcentaje de partos entre períodos y entre las categorías de cada variable. Finalmente, se realizaron análisis de regresión logística crudos y ajustados por las variables asociadas para estimar el riesgo de acortamiento gestacional a lo largo de los 12 años analizados.

Resultados: Entre 1997-2008 se produjeron 5.018.229 partos simples. Se observó un progresivo acortamiento de la EG media (de 39,28 sem. en 1997 a 39,07 en 2008). El análisis por categorías mostró un incremento en la proporción de partos muy prematuros (de 0,8% a 1,1%) y una reducción de partos postérmino (5,2% a 3,2%), así como también un aumento de la proporción de partos con 37-39 semanas (de 37,8% a 47,8%) en detrimento de los de 40-41 (de 51,0% a 42,8%). Se encontraron asociaciones significativas entre edad gestacional y número de nacimientos vivos anteriores y edad, tamaño de municipio de residencia, área de origen y profesión de la madre. El riesgo ajustado de parto muy prematuro se incrementó hasta un 9% a lo largo del período (OR [IC95%] = 1,09 [1,06,1,11]) y el de parto postérmino se redujo en un 43% (OR [IC95%] = 0,57 [0,56,0,59]). El análisis específico de los partos a término reveló un incremento gradual en el riesgo de nacer con 37-39 semanas hasta alcanzar el 45% (OR [IC95%] = 1,45 [1,44,1,47]).

Conclusiones: En España, durante los últimos 12 años se ha producido un progresivo acortamiento gestacional debido a un incremento en la proporción de partos muy prematuros, a una reducción de los partos postérmino y, sobre todo, a un aumento de la proporción de partos a término con 37-39 semanas en detrimento de los de 40-41 semanas. Parece relevante analizar las implicaciones de este acortamiento gestacional en términos de salud pública.

431. LA SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES CON LA VIVENCIA DEL PARTO Y NACIMIENTO: ADAPTACIÓN CULTURAL DE UNA ESCALA

R. Mas, E. Carbonell, N. Ibáñez, E. Ferri, H. Muskus, C. Barona

Dirección General de Salud Pública; Hospital Marina Baixa; Hospital de Manises; Hospital La Fe; Hospital Dr. Peset; Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La satisfacción con los cuidados de salud recibidos es un concepto complejo cuya medida proporciona información sobre la calidad percibida por los usuarios. El objetivo del estudio

es la adaptación cultural de un instrumento para evaluar la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y nacimiento (Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale).

Métodos: La escala consta de 34 ítems agrupados en 5 subescalas específicas (mujer, pareja, recién nacido, matrona, obstetra) y una subescala de valoración global de la experiencia. Para su adaptación cultural se ha utilizado el método de traducción-retrotraducción. La escala original fue traducida al castellano, de forma independiente, por dos personas bilingües, de origen español y con experiencia en la práctica obstétrica-ginecológica. El equipo investigador revisó ambas traducciones y consensó una primera versión en castellano. Esta versión inicial fue retrotraducida al inglés, de forma independiente, por dos traductores bilingües cuya lengua materna era el inglés. En una segunda revisión se valoró la equivalencia con la escala original. Cada traductor puntuó la dificultad que había tenido en encontrar una expresión en castellano o inglés, conceptualmente equivalente a la original. En base a ello, y tras la revisión realizada por el equipo investigador, los ítems fueron clasificados según el grado de dificultad en su obtención (ninguna/moderada/alta). Por último, se realizó una prueba piloto en un grupo de 10 mujeres en el postparto.

Resultados: De los 34 ítems de la escala, 24 no presentaron ninguna dificultad (70,6%), en 6 la dificultad fue moderada (17,6%) y en 4 alta (11,8%). En algunos ítems se decidió utilizar expresiones más acordes a nuestro entorno sociocultural y sanitario. Entre ellas cabe citar la expresión 'nursing staff' que fue sustituida por el término matrona o la de 'medical staff' que fue reemplazada por el término ginecólogo/a. Del mismo modo, el término 'husband' fue modificado, ampliando el concepto a pareja o acompañante. En 8 ítems problemáticos (dificultad moderada o alta) y en 4 no problemáticos (ninguna dificultad) se optó por añadir algunos ejemplos para facilitar su comprensión y acotar el concepto al que hacían referencia. La encuesta piloto a las mujeres mostró que el instrumento presenta un buen nivel de comprensión y un tiempo de cumplimentación adecuado.

Conclusiones: Se ha obtenido una versión en castellano de la escala Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, adaptada a nuestro contexto y de fácil cumplimentación, que puede ser útil como instrumento de evaluación de la calidad de la atención prestada en el parto y nacimiento, teniendo en cuenta el carácter multidimensional del proceso.

Financiación: Conselleria de Sanitat (029/2009).

432. PREVALENCIA DE MADRES PORTADORAS DEL ANTÍGENO DE SUPERFICIE DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B (HBsAg) EN EL HOSPITAL DE LA LÍNEA

M.C. Galiardo Cano, M.D. Márquez Cruz, C. Montañó Remacha

Hospital de La Línea; Área Sanitaria Campo de Gibraltar.

Antecedentes/Objetivos: Una vía de transmisión importante del VHB es la vertical o materno-fetal, madre con infección aguda o lo que es más frecuente, portadora crónica de HBsAg a su hijo. Esta transmisión suele producirse en el momento del parto al entrar en contacto el neonato con sangre y/o secreciones maternas contaminadas por el VHB. Estos niños tienen un riesgo de hasta el 90% de desarrollar una Hepatitis B crónica con progresión a cirrosis hepática o cáncer hepatocelular. La prevalencia de la infección por el VHB EN España es baja (2-3%), pero varía dependiendo del área geográfica. En nuestro hospital se estableció la vacunación frente al virus de la hepatitis B a todos los RN en el año 1995; siendo esta medida una de las más eficaces para disminuir la incidencia de la misma. Nuestro objetivo consiste en describir la prevalencia de madres portadoras de HBsAg que dieron a luz en el hospital de La Línea durante los años 1995-2009; la distribución geográfica de las mismas y el porcentaje de recién nacidos vacunados frente al virus de la hepatitis B.

Métodos: Se realiza estudio descriptivo de HBsAg (+) en gestantes que acudieron a dar a luz al Hospital de La Línea desde enero del año 1995 a diciembre del año 2009; porcentaje de RN de este grupo que fueron vacunados frente al virus de la hepatitis B y distribución por municipios de residencia. Los datos fueron extraídos del registro de vacuna frente al virus de la hepatitis B, correspondientes al programa de vacunación del recién nacido de la Junta de Andalucía. Dichos registros son enviados mensualmente desde el servicio de neonatología para su posterior remisión a atención primaria.

Resultados: Durante el período 1995-2009 alumbraron en nuestro hospital 12986 mujeres con hijos vivos, de las cuales 153 fueron HBsAg (+), el 1,8% del total de paridas. El porcentaje de vacunación frente al virus de la hepatitis B en el total de recién nacidos ha crecido hasta alcanzar el 99,7% en el 2009, porcentaje que aumenta hasta el 100% en recién nacidos de madres HBsAg (+). La distribución geográfica del total de madres HBsAg (+) fue: La Línea 64,7%; San Roque 17%; Jimena 11,2% y otros 7,1%.

Conclusiones: La prevalencia de portadores de HBsAg en este grupo está dentro de los porcentajes descritos para nuestra zona geográfica. Destacamos la alta adherencia al programa de vacunación de recién nacidos frente al virus de la hepatitis B. Es necesario efectuar un estudio de seguimiento de estos recién nacidos para ver el porcentaje de seroconversión.

472. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN EMBARAZO Y PARTO EN MUJERES LATINAS Y ESPAÑOLAS EN VALENCIA

S. Castán Cameo, M. Alcaraz Quevedo, C. Estellés Palanca, E. Herasme Felipe, R. Leyba Rodríguez, W. Medina Mateo, Y.A. Reyes Núñez, I. González Serrano

Centro de Salud Pública de Valencia, Máster Internacional Inmigraciones, UV.

Antecedentes/Objetivos: Los partos de madre extranjera aumentan del 4% en 2000 al 23,85% en 2008. Bajo el entorno de la estrategia del parto normal (Convenio de colaboración Ministerio de Sanidad-Generalitat Valenciana, 2008) se estudian las posibles diferencias entre las mujeres latinas y españolas en la atención en embarazo y parto, y el nivel de satisfacción en ambos procesos en dos departamentos de salud de Valencia ciudad.

Métodos: Estudio observacional transversal. Sujetos: mujeres con partos asistidos en los Hospitales La Fe y Dr. Peset de Valencia en mayo 2009, excluyendo partos con complicaciones. Mediante entrevista personal se obtuvo: variables sociodemográficas, historia obstétrica, preferencias en el parto, seguimiento del embarazo en Atención Primaria (AP), atención del parto en Hospital (H), satisfacción con ambos procesos e intención de lactancia materna. Se realiza un análisis descriptivo, las diferencias de porcentajes se analizan con el test de χ^2 y las medias con la t Student.

Resultados: Se entrevistó a 85 mujeres, 51 españolas (E) y 34 latinas (L). En la edad (31 años), edad gestacional al ingreso (38 semanas), peso recién nacido (3.100 g y 3.300 g), porcentaje de cesáreas, E 29,4% y L 35,3%; porcentaje de episiotomías: 50% en E y 59% en L y porcentaje parto inducido 22,2% en E y 31,8% L no se obtuvieron diferencias significativas. El embarazo fue planificado en 76,5% de E y en 47,1% de L ($p < 0,01$). La media de embarazos 2,79 en L y 1,65 en E ($p < 0,01$). La 1ª consulta en AP se realizó de media a las 8,56 semana en L y de 6,08 en E ($p < 0,01$) aunque no se encontraron diferencias en el número de consultas-matrona, de ecografías o consultas-obstetra. El parto con anestesia epidural un 40% E y 77,3% en L ($p < 0,01$). Las preferencias de parto vaginal eran un 90,1% en E y 82,3% en L, de uso anestesia epidural 70,6% y 43,8% respectivamente. Respuesta afirmativa a "le han permitido caminar en dilatación" 30% de E y 21,9% L, "contacto piel con piel" 27,5% y 23,5% respectivamente ($p > 0,05$). Amamantará al bebé un 72,5% de E y un 91,1% de L. La media de satisfacción con la atención fue

similar, excepto en la consulta ambulatoria del obstetra con menor media en E (7,5 y 8,8) ($p < 0,01$). El profesional mejor valorado en E es matrona AP (media 9,1) y en L el pediatra H (media 9,3).

Conclusiones: No hay diferencias en la atención y satisfacción en embarazo y parto en ambos colectivos, a pesar de la incorporación a AP más tardía de las L. Destaca en L el mayor porcentaje de embarazos no planificados y de lactancia materna. Ambos hospitales han iniciado la estrategia parto normal, para su avance sería necesario mayor información a mujeres y profesionales.

634. DEMANDA ASISTENCIAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: POBLACIÓN INMIGRANTE Y SEXO

F. Donat, F. Hurtado, M. Alcaraz, R.M. Pellicer, A. Royo, J. Cantero

Centro Salud Sexual y Reproductiva del Centro de Salud; Dirección de Salud Pública de Valencia; Dirección de Atención Primaria de Salud, Departamento Hospital Dr. Peset, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: El estudio se enmarca en el proyecto de promoción de la salud de la población inmigrante (MIHSALUD) del Centro de Salud Pública de Valencia en colaboración con el Centro de salud sexual y reproductiva (CSSR) "Fuente San Luis" y pretende conocer las características de la demanda en la población inmigrante y si existen diferencias con la población autóctona y entre sexos.

Métodos: Estudio observacional, transversal. Población de estudio: todos los usuarios que en 2008 demandaron asistencia en el CSSR "Fuente San Luis". Se ha realizado auditoría de las historias clínicas. Variables: país de origen, edad, sexo, motivo de consulta, antecedentes obstétricos y anticoncepción. Es un análisis descriptivo y se estudian las posibles diferencias, mediante prueba Chi cuadrado en variables cualitativas y la *t* de Student en cuantitativas.

Resultados: La población es de 829 personas, 54,5% españoles (E) y 45,5% inmigrantes (I), y de estos el 78,5% latinoamericanas. En cuanto al sexo el 77,5% eran mujeres (M) y el 22,5% hombres (H). Las I son más jóvenes que las E, 28,28 y 32,41 ($p < 0,001$). Por sexos, la edad media de las M es menor que la de los H, 27,08 y 42,43 ($p < 0,001$). El primer motivo de consulta es la demanda anticonceptiva en ambos grupos (53,2% I y 30,8% E). El segundo motivo en E es la demanda poscoital (28,3%) y en I la solicitud de IVE (16,6%). La demanda en sexualidad (3ª causa) en la E llega al 27% pero en la I un 11,2%, siendo todas las diferencias significativas ($p < 0,001$). En la historia obstétrica el número de gestaciones, de IVE y de abortos espontáneos es superior en I (núlparas: E 64,2% y 22,5% en I; IVE 24,7% en I y 9,1% en E; abortos espontáneos: 13,5% I y 4,9% E), los embarazos planificados son más frecuentes en E (59,9%) que en I (31,2%), todas las diferencias son significativas ($p < 0,001$). En la anticoncepción actual hay diferencias significativas ($p < 0,001$), un 21% de I no utiliza ninguno, un 9,4% coito interrumpido y un 5,4% m. naturales. En métodos de mayor eficacia, la utilización del preservativo es muy superior en E, 63% frente al 39,1% en I y los métodos hormonales y DIU es más frecuente en I (15,1% I frente a 9,8% E, 8,6% en I y 3,2% en E).

Conclusiones: La población inmigrante tiene un peso importante en la utilización de servicios de salud sexual y reproductiva, lo que habría que considerar en el diseño de estos servicios. El mayor uso de los métodos anticonceptivos de baja eficacia y la tasa de IVE en esta población refuerzan la conveniencia de estrategias de promoción de la salud dirigidas a este grupo poblacional.

Financiación: Proyecto de Investigación en programas de salud, prevención y predicción de enfermedad para el año 2008 de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana N.º Referencia 035/2008.

704. ESTRÉS POSNATAL MATERNO Y NEURODESARROLLO: DIFERENCIAS ENTRE SEXOS

J. Forns, O. Vegas, J. Julvez, M. Guxens, R. García-Esteban, J. Ibarluzea, J. Sunyer

Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL), Barcelona; Subdirecció de Salut Pública de Gipuzkoa, Departament de Salut del Govern Vasco, San Sebastián; Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques (IMIM-Hospital del Mar), Barcelona; CIBER Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona; Department of Environmental Health, Harvard School of Public Health, Boston, EE.UU.; Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Estudios previos han observado que el estrés materno durante el embarazo tiene efectos a efectos a largo término para el neurodesarrollo. Durante el estrés, el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) se activa regulando la producción de cortisol, el cual tiene múltiples efectos sobre el cerebro. Existe poca evidencia sobre los efectos del estrés materno postnatal, medido con análisis de cortisol, sobre el neurodesarrollo infantil a edades muy tempranas.

Métodos: Este estudio se basa en una cohorte de nacimientos establecida en la ciudad de Sabadell como parte del proyecto infancia y medio ambiente (INMA). El desarrollo mental y psicomotor de 559 niños fue evaluado mediante la Escala de Bayley a los 14 meses de edad. El funcionamiento del eje HPA, tanto en niños como en las madres, fue evaluado mediante la presencia de cortisol en muestras de saliva tomadas a los 14 meses edad. Modelos de regresión lineal múltiple fueron realizados entre las 2 medidas de neurodesarrollo (escala mental y psicomotora del test Bayley y muestras de cortisol) y el estrés postnatal materno (cortisol) estratificando por sexo.

Resultados: Existen diferencias significativas en los efectos del estrés postnatal materno en el desarrollo cognitivo infantil entre sexos. Para los niños, los niveles mayores de cortisol materno empeoran el desarrollo cognitivo. Para las niñas, los incrementos en cortisol materno beneficiaron las puntuaciones en la escala mental del test Bayley. Un patrón similar fue observado en la asociación entre estrés postnatal materno y desarrollo psicomotor. Los niveles de cortisol infantil se incrementaron significativamente con los aumentos de los niveles de cortisol materno cuando niños y niñas fueron analizados conjuntamente.

Conclusiones: El impacto del estrés postnatal materno en el neurodesarrollo infantil tuvo diferentes efectos según el sexo. Por un lado, el desarrollo cognitivo y psicomotor de los niños parece estar afectado por el estrés materno. Inversamente, las niñas parecen beneficiadas con los incrementos en los niveles de estrés postnatal materno.

715. COLONIZACIÓN POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN EL PAÍS DE PROCEDENCIA

J.M. Sahuquillo Arce, A. de la Encarnación Armengol, V. Marzal Llopis, M. Martín-Sierra Balibrea, A. López Maside, S. Bosch Sánchez, F. González Morán, H. Vanaclocha Luna

Dirección General de Salud Pública, Valencia; Hospital La Fe, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Streptococcus agalactiae es un patógeno que coloniza el tracto genitourinario, y causa sepsis puerperal, así como diversas patologías infecciosas graves en los recién nacidos. Debido a su importancia, se realizan cultivos de cribado en mujeres embarazadas para su detección y su erradicación. El objetivo de este estudio es describir la colonización por S. agalactiae en mujeres de la Comunitat Valenciana en edad fértil (15-49 años) según el país de procedencia durante los años 2007-2008.

Métodos: Estudio retrospectivo de las pacientes que presentaron una aislado de S. agalactiae. Los datos demográficos y bacteriológicos fueron obtenidos de la Red de Vigilancia Microbiológica de la Comuni-

tat Valenciana (RedMIVA), sistema que integra la información diaria de 23 hospitales de esta comunidad, cubriendo más del 90% de información del total de la población.

Resultados: Se detectaron 10.608 mujeres colonizadas por *S. agalactiae*, que fueron agrupadas, excepto las españolas (ESP), en las siguientes macro-regiones: Europa Occidental (EO), Europa Oriental (EE), Asia (ASI), América Latina (ALA), Norte de África (NAF) y África Subsahariana (ASUB). ESP representó el 55,4% de los aislados, con una tasa por 1.000 habitantes de 4,7 (IC95% 4,6-4,8), EO representó el 2%, con una tasa de 4,8 (IC95% 4,4-5,3), EE representó el 6,8%, con una tasa de 9,1 (IC95% 8,7-9,6), ASI representó el 0,9%, con una tasa de 16,2 (IC95% 13,8-18,5), ALA representó el 11,8%, con una tasa de 14,2 (IC95% 13,66-14,8), NAF representó el 5,8%, con una tasa de 29,9 (IC95% 28,2-31,5), y ASUB representó el 1,9%, con una tasa de 48,3 (IC95% 43,7-53).

Conclusiones: Existen diferencias notables en las tasas de colonización por *S. agalactiae* en las mujeres en edad fértil relacionadas con su lugar de procedencia. Mientras que las mujeres españolas se encuadran junto a las de Europa Occidental, con unas tasas bajas, las africanas, especialmente las subsaharianas, destacan por unas tasas que llegan a multiplicarse por 10 respecto a las de las europeas occidentales. Las europeas orientales tienen tasas un poco superiores a las occidentales, y finalmente, las mujeres asiáticas y de América Latina se encuentran con tasas intermedias respecto a las demás. Este estudio recalca la importancia de reiterar campañas de promoción de la salud a ciertos grupos de mujeres embarazadas, así como la importancia de contar con grandes bases de datos con información microbiológica como RedMIVA.

Tabaco 1

Modera: Carles Ariza

70. IMPACTO DE LA LEY 28/2005 DE MEDIDAS SANITARIAS FRENTE AL TABAQUISMO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN CV

F. Carrión Valero, C. González, M. Maya, F. Taberner, P. Pont Martínez, J.A. Lluch Rodrigo, A. Hernández Giménez, O. Pla Femenía

Hospital Clínico Universitario de Valencia; Hospital de Sagunto; Dirección General de Salud Pública, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la influencia de la Ley 28/2005 en la tasa de hospitalizaciones por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, en particular por infarto agudo de miocardio (IAM).

Métodos: Se analizan las altas hospitalarias por enfermedades relacionadas con el tabaquismo (CIE-9-MC: enfermedades cardiovasculares 410, 411, 413, 414, 430-432, 433-435; enfermedades respiratorias 491, 492, 493; enfermedades neoplásicas 140, 141, 146, 149, 161, 162, 188), en todos los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana, desde el año 1995 hasta 2008. Se estiman las tasas anuales de hospitalización (CMBD de la Comunidad Valenciana) ajustadas a la población de cada año (INE).

Resultados: Se observa una reducción de los ingresos por enfermedades coronarias: la tasa de ingreso hospitalario por IAM descendió de 140,72 por 100.000 habitantes en 2005 -año anterior a la implementación de la Ley- hasta 121,98 en 2008. Estos datos suponen evitar más de 1000 casos anuales de IAM en la Comunidad Valenciana. En la figura se expone la tasa de frecuentación hospitalaria por enfermedad coronaria desde 1995 hasta 2008.

Conclusiones: La implementación de la Ley 28/2005 se relaciona con una reducción en el número de ingresos hospitalarios por IAM, aunque la reducción es menor que en otros países. Los datos del presente estudio apoyan la necesidad de modificar Ley.

75. ESTIMACIÓN DE LA EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO A TRAVÉS DE CUESTIONARIOS. ¿ES POSIBLE CONSENSUAR LAS PREGUNTAS?

A. Schiaffino, M. Pérez-Ríos, M.J. López, GTT-SEE

GTT-SEE (Grupo de Trabajo de Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología).

Antecedentes/Objetivos: Múltiples estudios han demostrado relación entre la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) y diferentes patologías. Sin embargo no existe consenso en cómo valorar esta exposición mediante cuestionario. El objetivo de este estudio es describir las principales características de las preguntas usadas para estimar la exposición al HAT en adultos.

Métodos: Búsqueda en Medline (Pubmed) mediante los términos: tobacco smoke pollution, environmental tobacco smoke, passive smoke*, secondhand smoke, second hand smoke, involuntary smoke. Se limitó la búsqueda a los trabajos publicados entre Enero de 2000 y 2010 en inglés, francés, italiano o español. Se excluyeron estudios cualitativos y revisiones y en niños. Para cada artículo se recogieron de manera sistemática las variables: HAT como objetivo principal, población estudiada, tipo de diseño, tamaño muestral, forma de administración, validación del cuestionario y validación de las preguntas sobre exposición al HAT mediante marcador ambiental o biológico. Asimismo, para cada pregunta se identificó: ámbito de exposición, intensidad y medida de exposición.

Resultados: De la búsqueda bibliográfica inicial se obtuvieron 848 artículos. Tras la revisión, y a partir de los criterios de inclusión y la respuesta a la solicitud del cuestionario a los autores cuando las preguntas literales no se hallaban en el manuscrito, se incluyeron 284 trabajos que proporcionaron 578 preguntas. En el 78,9% de los trabajos el objetivo principal era la exposición al HAT y el 55% estaban realizados en población general. Un 53,5% eran estudios transversales y un 47,1% realizaba entrevistas cara a cara. El 38,4% estimaba la exposición en un único ámbito y en el 13% constaba que el cuestionario fue validado. En el 82,4% no comparaban las preguntas de exposición al HAT con marcadores, el 10,6% midieron cotinina en sangre o saliva y el 1% nicotina ambiental. De las 578 preguntas, el 41,9% se referían a la exposición en el hogar y el 28,5% en el trabajo. La manera más habitual (62,6%) de estimar la exposición fue la presencia de fumadores. El 68,5% de las preguntas incluyeron información sobre la intensidad, siendo el tiempo de exposición la forma más habitual (48,5%).

Conclusiones: Existe variabilidad en cómo se pregunta la exposición al HAT. La validación con marcadores de las preguntas sobre exposición al HAT es infrecuente y en una tercera parte de los cuestionarios identificados no se mide la intensidad. Sería recomendable realizar estudios que permitan disponer de una batería de preguntas consensuada para medir la exposición al HAT.

GTT-SEE: C. Ariza, E. Fernández, M. Fu, I. Galán, M.J. López, J.M. Martínez, A. Moncada, A. Montes, M. Nebot, M. Pérez-Ríos, A. Schiaffino.

139. CREENCIAS ASOCIADAS CON EL CONSUMO Y NO CONSUMO DE TABACO EN ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE VALENCIA

F.J. Bueno-Cañigral, C.C. Morales-Manrique, R. Aleixandre-Benavent, J.C. Valderrama-Zurián

Plan Municipal Drogodependencias (PMD), Ayuntamiento de Valencia; Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS), Universitat de València-CSIC; Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Determinar las creencias significativamente asociadas con el consumo y no consumo de tabaco en escolarizados de la ciudad de Valencia, en España.

Métodos: Muestra: 1.324 estudiantes de 21 centros de la ciudad de Valencia, con una media de edad de 14,89 (d.t = 3.12); 48% (n = 631)

son hombres. Instrumento: "Encuesta Previa a las Charlas sobre drogo-dependencias; curso 2007-2008", elaborada por profesionales del Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) del Ayuntamiento de Valencia. Análisis de datos: se utilizó la prueba de regresión logística, usando como covariable la edad, con el fin de determinar la asociación entre cada una de las creencias con tres variables dependientes asociadas con el consumo de tabaco: i) consumo ocasional (ej. fines de semana), ii) consumo diario, y iii) nunca haber consumido tabaco.

Resultados: Entre aquellos que respondieron consumir ocasionalmente (ej. fines de semana), las creencias asociadas son: "si controlas, no pasa nada" (OR = 3,66), "no perjudica a las personas de alrededor" (OR = 1,77), y "no crea problemas" (OR = 2,54). Creencias potencialmente asociadas con nunca haber consumido tabaco son: "tiene efectos negativos para la salud" (OR = 2,00), no responder "si controlas, no pasa nada" (OR = 2,84), "provoca muchos accidentes (de tráfico, laborales, etc.)" (OR = 1,88), "causa problemas familiares, laborales, escolares y sociales" (OR = 1,78), "perjudica a las personas de alrededor" (OR = 1,96), "puede producirte enfermedades mentales" (OR = 1,80), "en ocasiones induce a cometer delitos" (OR = 2,02), y no responder "no causa problemas" (OR = 3,05).

Conclusiones: La percepción de control del consumo, y creencias de que fumar no perjudica a personas del alrededor y causa otros problemas, tienen un alto potencial para el consumo ocasional en los jóvenes. Por otro lado, creencias con alto potencial para inducir al no consumo de tabaco son el creer que fumar causa efectos negativos en la salud a nivel físico y mental, causa problemas o accidentes en diversas áreas de la vida (escolar, laboral, tráfico, etc.) y en personas del entorno, unido a la percepción de que los efectos negativos pueden ocurrir aun cuando se percibe que el consumo está bajo control.

Financiación: El estudio ha sido financiado por el Convenio de Colaboración Entre el Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) del Ayuntamiento de Valencia, y la Universitat de València.

205. DESIGUALDADES EN SALUD: EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN TRABAJADORES DE LA HOSTELERÍA

R. Albuixech García, E. Pérez Sanz, J. Fernández Sáez, M.T. Ruiz Cantero, P. Pont Martínez

Centro Superior de Investigación en Salud Pública; Centro de Salud Pública de la Marina Baixa; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La actual ley española 28/2005 frente al tabaquismo prohíbe fumar en lugares públicos a excepción de establecimientos de hostelería. Los trabajadores de este sector (7% de la población activa) presentan cifras de exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) más elevadas que los de otros sectores. Los principales estudios en España determinaron la exposición al HAT midiendo la cotinina en saliva. Objetivo: examinar las diferencias en los niveles de cotinina en orina -biomarcador más preciso para HAT- y sus determinantes, en trabajadores de hostelería fumadores (F) y no fumadores (NF) de la población alicantina de L'Alfàs del Pi, que trabajaban en 2008 en establecimientos en los que se permitía y prohibía fumar.

Métodos: Estudio transversal con 237 trabajadores voluntarios de la hostelería (49,6% expuestos al HAT en su lugar de trabajo) de L'Alfàs del Pi. Fuentes de información: muestra de orina y cuestionario. Variable dependiente: Niveles de cotinina en orina (Cromatografía líquida de alta resolución con detección de espectrometría de masas en tándem (LC/MS/MS)). Independiente: permitido fumar o no, en el establecimiento de hostelería. De control: hábito tabáquico (n.º cig), sexo. Comparación de medianas de niveles de cotinina en orina de los trabajadores de establecimientos en los que se permite fumar respecto a los que no se permite fumar, estratificado por hábito tabáquico, y por sexo. Análisis regresión logística, punto de corte

de cotinina 50 ng/ml (discrimina fumadores de no fumadores). Análisis de datos con SPSS v.18.

Resultados: Mediana de cotinina en orina en trabajadores de establecimientos donde se permite fumar es de 437,6 ng/ml, y donde no se permite de 16,7 (p = 0,001). En fumadores de establecimientos donde se permite fumar: 1.125,1 ng/ml y en donde no se permite fumar de 725,0 ng/ml (p = 0,01). En no fumadores de establecimientos donde se permite fumar es de 11,5 ng/ml y en donde no se permite fumar es de 2,5 ng/ml (p = 0,001). Probabilidad de niveles de cotinina en orina anómalos (o altos) en NF expuestos al HAT en su lugar de trabajo respecto a los no expuestos: OR = 4,13 IC95% (1,03-16,51) (p = 0,001). Probabilidad de F expuestos al HAT en su lugar de trabajo respecto a los no expuestos: OR = 1,76 (0,38-8,22) (p = 0,01).

Conclusiones: Los trabajadores de hostelería no fumadores expuestos en su lugar de trabajo al HAT tienen 4 veces más riesgo de tener unos niveles de cotinina en orina superiores a 50 ng/ml (nivel de fumadores) que los no expuestos al HAT. Quizás por ello, estos últimos están de acuerdo con prohibir su consumo.

Financiación: Ayuda para el desarrollo de proyectos de prevención y control del tabaquismo en el ámbito de la Comunitat Valenciana.

352. PATRONES DE LA EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN EL HOGAR Y EN EL TIEMPO LIBRE SEGÚN EL DÍA DE LA SEMANA

J.M. Martínez-Sánchez, E. Fernández, M. Fu, M. Nebot, A. Schiaffino, A. Moncada, C. Ariza, J.M. Borràs, en nombre de los investigadores del Estudio DCOT

Institut Català d'Oncologia-IDIBELL; Agència de Salut Pública de Barcelona; IMSABS, Ajuntament de Terrassa; Pla Director d'Oncologia-IDIBELL.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años las encuestas de salud han empezado a recoger información sobre la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT). Tal y como sucede con el consumo de alcohol, la exposición al HAT puede variar según el día de la semana. El objetivo de este trabajo es estudiar las diferencias entre la exposición al HAT en el hogar y en el tiempo libre según el día de la semana en que se produce la exposición.

Métodos: Estudio transversal de una muestra representativa (n = 724) de la población adulta (> 16 años) no fumadora de la ciudad de Barcelona (2004-2005). Se estudió la prevalencia auto-declarada al HAT mediante cuestionario. Las preguntas del cuestionario diferenciaron la exposición al HAT según los días de la semana (laborable y no laborable) y según el ámbito de exposición (hogar, trabajo y tiempo libre). Para este análisis se considera únicamente la exposición en el hogar y tiempo libre. Se presentan porcentajes y sus intervalos de confianza al 95% de confianza (IC95%) para la exposición al HAT global (días laborables y/o no laborables) y específica según el día de la semana.

Resultados: La prevalencia de exposición al HAT global fue del 69,7 (IC95%: 66,3%-73,1%). La prevalencia de exposición al HAT en el hogar fue del 27,4% (IC95%: 24,1%-30,7%): el 6,8% (IC95%: 5,0%-8,6%) estaba expuesto sólo los días laborables, el 5,7% (IC95%: 4,7%-7,4%) estaba expuesto sólo los días no laborables y el 14,9% (IC95%: 12,3%-17,5%) estaba expuesto los días laborables y no laborables. La prevalencia de exposición al HAT en el tiempo libre fue del 61,2% (IC95%: 57,6%-64,8%): el 10,6% (IC95%: 8,4%-12,8%) estaba expuesto sólo los días laborables, el 13,6% (IC95%: 11,1%-16,2%) estaba expuesto sólo los días no laborables y el 37,0% (IC95%: 33,5%-40,5%) estaba expuesto los días laborables y no laborables. La exposición al HAT fue mayor en el tiempo libre que en el hogar, independientemente del día de la semana (laborable y no laborable). La exposición al HAT sólo en días no laborables en el tiempo libre desciende con la edad (χ^2 de tendencia = 183,7 p < 0,01) y aumenta con el nivel de estudios

(χ^2 de tendencia = 78,8 $p < 0,01$). No se observó ningún patrón según la edad y el nivel de estudios en la exposición al HAT en el hogar independientemente del día de la semana.

Conclusiones: La inclusión de preguntas sobre la exposición en días laborables y no laborables permite caracterizar la exposición al HAT en el hogar y el tiempo libre. Los cuestionarios de exposición al HAT deberían incluir preguntas para diferenciar la exposición según el día de la semana.

Financiación: Instituto De Salud Carlos III (FIS PI020261 Y RTICC RD06/0020/0089).

447. ¿CERRAMOS LA PUERTA AL HUMO? MEDICIÓN DEL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN ENTRADAS DE EDIFICIOS

X. Sureda, J.M. Martínez-Sánchez, M.J. López, M. Fu, F. Agüero, E. Saltó, M. Nebot, E. Fernández

Institut Català d'Oncologia-IDIBELL; Agència de Salut Pública de Barcelona; Departament de Salut.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la exposición al Humo Ambiental del Tabaco (HAT) en las entradas principales (interior y exterior) de edificios.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de una muestra de conveniencia de edificios de la ciudad de Barcelona en los que se prohíbe fumar según la Ley 28/2005. El presente análisis incluye las mediciones realizadas en abril y mayo del 2010 en 26 edificios. Se midieron las concentraciones de partículas menores a 2,5 micras (PM_{2,5}) en $\mu\text{g}/\text{m}^3$ como marcador del HAT con dos monitores portátiles de medición de partículas operados por láser (Side Pack AM 510 Personal Aerosol Monitor). Se midieron las partículas simultáneamente en el vestíbulo interior y en la puerta de entrada exterior durante 30 minutos. Además, se midieron las concentraciones en dos puntos de control, uno interno y otro externo al edificio, durante 10 minutos respectivamente. Como criterio de inclusión se estableció que debía haber como mínimo 1 fumador en la puerta de entrada exterior en el momento de la medición. Se recogieron diferentes variables observacionales de las características de cada lugar muestreado y signos de consumo de tabaco. Se calcularon las medianas y los rangos intercuartílicos (RI) de las concentraciones de PM_{2,5}. Se realizó un análisis estratificado por el número de fumadores presentes en la puerta de entrada exterior y el tipo de puerta exterior según fuese totalmente abierta o semicerrada (con techo/toldo y/o paredes laterales). Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) para las medidas en las puertas de entrada interior y exterior.

Resultados: La concentración mediana de PM_{2,5} ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) fue: vestíbulo interior 21,32 (RI: 13,91-28,60); puerta exterior 18,98 (RI: 10,92-26,78), control exterior 12,74 (RI: 8,71-20,28); control interior 12,22 (RI: 7,28-17,42). La concentración mediana de PM_{2,5} en la puerta de entrada exterior fue mayor en el caso de haber más de 10 fumadores (23,01 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) que en las puertas con ≤ 10 fumadores (16,90 $\mu\text{g}/\text{m}^3$). La mediana para las puertas de entrada exterior totalmente abiertas fue de 14,82 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 8,19-21,77) y la de las puertas semicerradas de 22,62 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 16,90-30,94). Se obtuvo una correlación positiva y significativa para las concentraciones de PM_{2,5} en la entrada interior y exterior ($\rho = 0,835$).

Conclusiones: Las puertas de entrada de los edificios, tanto en su parte interior como exterior, presentan niveles de exposición al HAT más elevados que en otros puntos del interior y el exterior del edificio. El número de fumadores en la puerta de entrada exterior y el tipo de entrada influyen en los niveles de HAT.

Financiación: Departamento de Universidades e Investigación de la Generalitat de Catalunya (Ref. 2009 SGR 192); becaria pre-doctoral para el IDIBELL (Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge-ICO).

589. EXPOSICIÓN PASIVA Y ACTIVA AL HUMO DE TABACO EN MUJERES EMBARAZADAS

J.J. Aurrekoetxea, M. Espada, A.M. Castilla, A. Lertxundi, M. Ayerdi, M.D. Martínez, L. Santa Marina, M. Basterrechea, J.M. Ibarluzea

Departamento de Sanidad Gobierno Vasco; Euskal Herriko Unibertsitatea-Universidad del País Vasco; Laboratorio Normativo de Salud Pública, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; CIBER Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP; Departamento de Medio Ambiente Gobierno Vasco; Instituto de Investigación Sanitaria, BIODONOSTI.

Antecedentes/Objetivos: Es conocido que el consumo de tabaco tiene efectos negativos para la salud de quien fuma. También sus consecuencias en el feto cuando la madre fuma durante su embarazo. El efecto más conocido es el bajo peso al nacer. No están claramente establecidos estos efectos cuando la exposición al humo de tabaco (HT) es pasiva. La cotinina es un indicador contrastado de exposición al HTP. Este estudio pretende evaluar el grado de exposición al HT en mujeres embarazadas.

Métodos: De las mujeres participantes en la cohorte INMA de Gipuzkoa se tomó la información de la semana 32 embarazo obtenida mediante cuestionario. Se contrastó esta información con los niveles de cotinina urinaria, corregidos por la creatinina. Se calcularon las medias geométricas. Se utilizó el t-test de Student como prueba de contraste para variables discretas y la prueba de tendencia lineal para las ordinales.

Resultados: De las 599 mujeres encuestadas y con orina disponible el 40% no estaban expuestas al HT, el 49% de manera pasiva y el 11% de manera activa. Un valor de cotinina de 120 mg/g creatinina clasificaba el consumo activo de tabaco en las gestantes con una sensibilidad = 98,4% y una especificidad = 97,7%. La ecuación que relacionaba cigarrillos con cotinina era $\text{Ln cotinina mg/g creat} = 1,911 + 0,800 \times \text{n}^\circ \text{ cig/día}$. Los niveles más elevados de cotinina se encontraban entre las expuestas activas (MG 1903,03 mg/g creatinina) seguida de las pasivas, con un claro gradiente significativo si se exponían al HT en uno, dos o tres ámbitos o lugares de posible exposición al HT (6,6716-81-141,68 mg/g creatinina). Las expuestas al HTP en su trabajo (11,94) en restaurantes (9,28) en lugares de ocio (7,98) mostraron niveles significativamente más elevados. Los niveles de cotinina urinaria fueron significativamente más elevados en las mujeres cuya pareja fumaba (12,45) especialmente si ésta fumaba en casa (20,99). Se observaba una tendencia lineal significativa en relación con el número de cigarrillos fumados en el hogar, independientemente de su procedencia. El valor medio de las no expuestas, pasiva ni activamente, era de 3,64 mg/g creatinina.

Conclusiones: Las mujeres no expuestas al HT pasivo presentaban niveles altos de cotinina. Su exposición en tres ámbitos de exposición equivale al consumo de dos cigarrillos/día y en dos ámbitos a uno. El consumo de tabaco por su marido y padre de la futura criatura es la fuente de exposición más importante.

Financiación: FIS 06/0867.

722. PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN 2 CENTROS HOSPITALARIOS LIBRES DE HUMO DE LA CIUDAD DE BARCELONA

S. Manzanares Laya, A. Burón, C. Serra, F. Macià, C. Ferro, R. Villar

Unidad Docente Hospital del Mar-UPF-ASPB, Barcelona; Servei d'Epidemiologia i Avaluació, Hospital del Mar, Barcelona; Servei de Prevenció, Hospital del Mar, Barcelona; Comissió Hospitalis Sense Fum, Hospital del Mar, Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Tras la creación de la Red Catalana de Hospitales Libres de Humo en 2000, se adopta progresivamente un modelo de "Hospital Sin Humo" en los centros que se adhieren, limitando

cada vez más los espacios en los que se permite fumar y promoviendo la implantación de un programa de tratamiento del tabaquismo (PTT). El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de tabaquismo en dos centros de Barcelona miembros de dicha Red, hospital A (hA) y hospital B (hB).

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta por entrevista a trabajadores de dos hospitales, hA y hB, en noviembre 2007 y julio 2009, respectivamente. Se calculó el tamaño de muestra para estimar la prevalencia de tabaquismo en los dos centros sanitarios con un IC95% y una precisión del 0,05%, y estratificándose por edad, sexo y grupo profesional. Se recogieron datos sobre características sociodemográficas, hábito tabáquico, exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) y opinión sobre el HAT y el PTT. Se realizaron análisis de frecuencias y la prueba de significación Chi cuadrado para la comparación de prevalencia de tabaquismo.

Resultados: Se encuestaron 486 trabajadores, 263 en el hA y 223 en el hB. El 35,9% en el hA y el 37,3% en el hB eran fumadores, no existiendo diferencias significativas ($p = 0,751$). El colectivo que más fuma fue el de enfermería (> 45%). La edad media de los fumadores fue de 40,5 años, el 72% eran mujeres, consumían de media 13,7 cigarrillos/día, y el 44,4% estaba dispuesto a dejar de fumar. El 26,9% del hA y el 7,5% del hB afirmaba haber recibido ayuda por parte de su hospital para tratamiento del tabaquismo. La edad media de los no fumadores fue de 42,9 años, el 70,6% eran mujeres, y el 33,8% y 17,5% del hA y hB respectivamente declaraba estar expuesto al HAT. Globalmente el 37,3% de los encuestados reconocía discusiones por el HAT, 90,8% estaba de acuerdo con el derecho a respirar aire libre de humo y el 56,9% con no fumar llevando vestuario laboral.

Conclusiones: Si bien el modelo de "Hospital Sin Humo" ha servido para disminuir la exposición al HAT de los no fumadores en los centros, ésta sigue siendo elevada sobre todo en el hA. Asimismo, la prevalencia de tabaquismo entre sanitarios se sitúa por encima del 35% en ambos centros. Es necesario incrementar el acceso y utilización del PTT, que por el momento se demuestra limitado, sobre todo en el hB. Es necesario reforzar las medidas facilitadoras para el cese tabáquico entre el personal de estos centros y consolidar las restricciones para conseguir establecerse como centros libres de humo.

Tuberculosis 1

Modera: Francisco González Morán

201. TUBERCULOSIS EN LA COMUNITAT VALENCIANA: FACTORES ASOCIADOS A LA BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. AÑOS 2004-2008

E. Pérez Pérez, F. González Morán, P. Momparler Carrasco, I. Huertas Zarco, R. Carbó Malonda, J. Pérez-Panadés, H. Vanaclocha Luna

Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: El tratamiento correcto de los casos de tuberculosis (TB) es la mejor medida para el control de la enfermedad. El objetivo de este trabajo es identificar posibles factores asociados a la baja adherencia al tratamiento con el fin de adoptar las medidas necesarias para mejorar el control de la TB en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo de los casos de TB notificados al sistema de vigilancia de las EDO entre 2004 y 2008. Se describen las características principales de los casos. El análisis de los factores asociados a la baja adherencia se realiza mediante regresión logística, se calculan Odds ratio ajustadas y sus intervalos de confianza. Se comparan los

casos que completan el tratamiento frente a los que lo abandonan o se pierden.

Resultados: Durante el período estudiado iniciaron tratamiento antituberculoso 3.544 casos. El 31,3% corresponde a personas nacidas fuera de España. La media de edad para todos los casos fue 40,5 años y la proporción de hombres del 64,6%. La localización más frecuente es la pulmonar (78,4%). Hay un 11,8% de casos coinfectados por VIH y la proporción de usuarios de drogas intravenosas (UDVP) es del 5%. Sólo un 5% de los pacientes siguieron tratamiento directamente observado (TDO). El 7,9% de los casos ya había sido tratado previamente. Se conoce el resultado del tratamiento de 3.270 casos (92,3%). La tasa de cumplimiento para todo el período es de 87,8%, 2.410 (73,7%) realizaron el tratamiento completo frente a 334 (10,2%) que abandonan o se pierden. El análisis univariante mostró asociación entre la baja adherencia al tratamiento y el sexo masculino, tener una edad entre 18 y 50 años, ser inmigrante, tener infección por VIH, ser UDVP, y haber recibido tratamiento previo; no se encontró asociación con llevar TDO. El análisis multivariante confirmó la asociación entre la baja adherencia y el sexo masculino (OR = 1,45; IC: 1,11-1,90); tener entre 30 y 50 años (OR = 1,73; IC: 1,15-2,62); ser inmigrante (OR = 4,89; IC: 3,67-6,53); ser UDVP (OR = 7,21; IC: 4,50-11,54) y el tratamiento previo (OR = 2,43; IC: 1,61-3,66).

Conclusiones: El sexo masculino, ser inmigrante, adulto joven, ser UDVP y haber sido tratado previamente se confirman como factores de riesgo de una baja adherencia al tratamiento antituberculoso. Algunos de estos factores ya han sido identificados en otros trabajos de nuestro entorno. Dado que éstos coinciden en gran medida con las características de los pacientes subsidiarios de TDO se considera necesario mejorar la estrategia y aumentar el número de casos en tratamiento directamente observado o supervisado en nuestra comunidad.

216. FACTORES DETERMINANTES DE NO REALIZACIÓN DEL ANTIBIOGRAMA EN LOS CASOS DE TUBERCULOSIS DE CATALUÑA

A. Rodés, A. Orcau, C. Fernández, I. Barrabeig Fabregat, L. Clotet, I. Parrón, N. Follia, P. Godoy, S. Minguell

Dirección General de Salud Pública; Agencia de Salud Pública de Barcelona; Agencia de Protección de la Salud: Región Sanitaria de Barcelona, ámbito Costa Ponent, Barcelonés Nord Maresme, Vallés Occidental y Oriental, Regiones Sanitarias de Catalunya Central, Girona, Lleida, Tarragona, Terres de l'Ebre; Departament de Salut.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis en Cataluña muestra una incidencia superior a la mayoría de países europeos y un declive anual promedio desde el año 2000 inferior al 5%. Los cambios sociodemográficos observados indican la necesidad de realizar un antibiograma a todos los casos para ajustar el tratamiento y monitorizar la evolución de las resistencias a las drogas antituberculosas. El objetivo de esta comunicación es investigar factores determinantes de la no realización de un antibiograma en los casos de tuberculosis (TB).

Métodos: Estudio transversal de los casos de TB confirmados por cultivo residentes en Cataluña y que iniciaron tratamiento entre 2005 y 2008. Las variables de estudio son edad, género, año de inicio de tratamiento, región de origen, tratamiento anterior de la TB, consumo de tabaco y alcohol, uso de drogas, infección por VIH, estancia en prisión y tratamiento directamente observado. Los factores determinantes se analizaron mediante un análisis bivariado y el ajuste de un modelo de regresión logística.

Resultados: De los 6.518 casos detectados, 4.714 tenían un cultivo positivo y en 3.930 de estos cultivos se informó del resultado del antibiograma. El análisis bivariado mostró una asociación directa entre no tener un antibiograma informado con el período de inicio del tratamiento, la edad, la región de origen, no fumar, no beber y no

haber recibido un tratamiento supervisado. El modelo que mejor ajustó la relación entre las variables estudiadas mostró como en los casos con cultivo positivo, el haber iniciado el tratamiento entre 2007 y 2008, tener menos de 15 años, nacer en España o en países de África subsahariana, no fumar y no haber recibido tratamiento supervisado eran factores predictores de no tener un antibiograma informado.

Conclusiones: Es preciso aumentar la realización de antibiograma, al menos frente a las drogas antituberculosas de primera línea, en todos los casos de TB con cultivo positivo, especialmente entre las personas jóvenes, autóctonas o procedentes de los países del África subsahariana y no fumadoras. La investigación operativa de las actividades de prevención y control de la tuberculosis permite identificar factores vinculados a mejorar su efectividad.

234. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN LA VEGA BAJA DEL SEGURA 2003-2009

R. Marco, J.G. Cano, F. Cuenca, M.J. Sáez, M. Carvajal, E. Noguera, E. Vicente, M.M. Bernabeu

Centro Salud Pública Orihuela-Torreveija.

Antecedentes/Objetivos: España es uno de los países de la unión europea con mayor incidencia de tuberculosis (tbc) La OMS recomienda establecer de manera preferente todas las medidas encaminadas a combatir este problema de salud. La Comunidad Valenciana (CV) y la comarca de la Vega Baja no son ajenas a estas recomendaciones, siendo importante actuar sobre los factores de riesgo, los hábitos de relación y migración de la población, mejorando la eficiencia en el diagnóstico del sistema sanitario El objetivo del estudio es describir la evolución de las tasas globales de la enfermedad y las características clínicas y epidemiológicas de casos y contactos.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Población a estudio: casos declarados de tbc y contactos estudiados desde 2003-2009. Variables: casos y contactos declarados, características clínicas-epidemiológicas. Ámbito de estudio: departamentos 21-22 de la CV. Fuentes de información: Análisis vigilancia epidemiológica (AVE), Red vigilancia microbiológica (RedMiva) de la CV y Padrón actualizado por el Instituto Valenciano de estadística (IVE) Análisis de datos: Tasas globales, de incidencia según número total de casos, año, grupos de edad. Los datos cuantitativos se expresan en forma de media y desviación estándar. Los datos cualitativos en frecuencias y porcentajes. La información se procesó en SPSS.

Resultados: Se estudian 413 casos, la tasa global en ambos departamentos, evolucionó de 22,08 en 2003 a 14,67 en 2009 por 100.000 habitantes. En estos dos años la incidencia de tbc (casos nuevos) fue de 20,21 y 13,56 por 100.000 habitantes respectivamente Los casos asociados a brote son 50 (12,1%), 345 (83,5%) tienen confirmación microbiológica. La media de edad de los casos es 38,6 años (DE 19,3) (5 meses-88 años). El 63,9% de todos los casos son hombres, en 2009 el 54% son mujeres. La localización pulmonar constituye el 81,4% de los casos. El alcoholismo se presenta en el 9%, VIH en un 5,8%. Un 22% de casos son inmigrantes con menos de 5 años en España. El 84,5% de casos se declaran en el hospital, el 8,4% procede de la Redmiva Los contactos estudiados, aumentan, pasan del 74,5% en 2003 al 90,5% en 2009. Un 24,7% infectados, 1,9% enfermos y 47,7% no infectados.

Conclusiones: El programa de prevención y control de la tbc y los sistemas AVE, Redmiva, han permitido mejorar la declaración de los casos. Las tasas globales de tbc experimentan un descenso. Los casos en población inmigrante tienen un gran peso en las tasas globales de la enfermedad y junto al aumento de tbc en mujeres en el último año, debe plantear medidas de prevención en colectivos específicos. La mejora en el porcentaje de contactos estudiados permite un mayor control de la enfermedad.

339. 1995-2008: 14 AÑOS DE PROGRAMA GALLEGO DE TUBERCULOSIS. ¿CÓMO HEMOS EVOLUCIONADO?

I. Ursúa Díaz, J.A. Taboada Rodríguez

Por el Grupo de Trabajo del Programa Gallego de Tuberculosis.

Antecedentes/Objetivos: Describir la evolución de la tuberculosis (TB) en Galicia desde la implantación del programa gallego en 1995 hasta el 2008.

Métodos: Estudio descriptivo basado en datos del Registro gallego de TB. Período 1996-2008. Ámbito Galicia. Variables analizadas: sexo, edad, tipo, localización, inmigrantes, infección VIH, situaciones finales del tratamiento, resistencias y tratamientos supervisados.

Resultados: Incidencia: disminuyó de 72,2 a 32,6 casos/100.000 habitantes entre 1996 y 2008, con un descenso del cambio relativo anual del 6,5%. Casos de TB pulmonar cavitada: 34,6% en 1996 y 32% en 2008. Casos bacilíferos: 55,6% en 1996 y 48,7% en 2008 del total de TB respiratorias. Recidivas: 7,8% como media del período. Localización: casos pulmonares 58,5%; casos extrapulmonares 33,6% y ambas localizaciones 7,9%. Edad: el grupo entre 15-34 años fue donde más descendió la incidencia, pasando de 100,5 a 38,1 casos/100.000 habitantes entre 1996 y 2008. La razón por sexo (hombre/mujer) del período estudiado fue 1,6. Situaciones finales: el porcentaje de casos con resultado satisfactorio presenta una media de 86,6%. Si excluimos los fallecidos por causa distinta a TB y los traslados alcanzaría el 94,5%. El porcentaje de casos en inmigrantes fue aumentando del 0,1% en 1996 al 3,6% en 2008. En ningún caso superó el 4,6% registrado en 2004. La coinfección TB/VIH siempre ha estado por debajo del 10%, la media se situó en 5,2% entre 1998 y 2008. Resistencias: se analiza el período 2005-2008, donde se hace extensiva la realización del antibiograma a todas las cepas de M. tuberculosis aisladas en Galicia. La resistencia primaria a isoniacida: 3,5%, 3,8%, 5,3% y 3% por año evaluado. TB multiresistente: 0,3%, 0,7%, 0,2% y 0,2%. 67 casos de TB multiresistente fueron diagnosticados en estos 14 años de programa. Desde que en el año 1998 se implantaron los tratamientos supervisados, el porcentaje instaurado se incrementó desde un 9,5% hasta el 24,7% en 2008.

Conclusiones: Tras 14 años de programa de TB en nuestra comunidad, el descenso de los casos supera el 50%. El porcentaje de casos bacilíferos y con radiología cavitada indican que nuestro retraso diagnóstico aún es importante. Evolución de la incidencia de TB hacia edades de la vida más avanzadas. Ni la inmigración ni el VIH son relevantes en la incidencia. Es destacable el bajo porcentaje de TB multiresistente. Los resultados satisfactorios en cuanto a curación e casos superan las metas de la OMS.

Grupo de Trabajo del Programa gallego de TB: L. Anibarro García, A. Castro-Paz, D. Díaz Cabanela, M. Otero Santiago, A. Penas Truque, A. Rodríguez Canal, J.A. Taboada Rodríguez, V. Tüñez Bastida, I. Ursúa Díaz, R. Vázquez Gallardo, E. Vázquez García-Serrano, L. Pérez del Molino.

373. ¿SOMOS SEGUROS EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS?

B. López Hernández, D. Galicia García, M. Moles Gallardo, J. Laguna Sorinas

Distrito Sanitario, Granada, Delegación de Salud, Granada.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis pulmonar es un problema de importancia clínica con repercusión en la Salud Colectiva que precisa de un sistema seguro de control. En Andalucía disponemos de una aplicación informática en la red corporativa, Sistema Integrado de Alertas (SIA), que soporta la vigilancia y control de la enfermedad. Los objetivos del estudio son: Evaluar los procedimientos de control de la tuberculosis en el Área de Salud (provincia Granada), identificando y priorizando los más inseguros. Introducir y valorar el AMFE como método de evaluación de seguridad en Salud Pública.

Métodos: Población estudio: totalidad de registros SIA de tuberculosis pulmonar en la Provincia de Granada desde 2005 hasta 2009. Para el análisis de los potenciales fallos se ha utilizado la metodología AMFE: Análisis Modal de Fallos y Efectos. Dimensiones evaluadas: 1. Gravedad e impacto del fallo: valoración por consenso, del efecto en la confianza y en la protección de la salud colectiva. 2. Probabilidad de ocurrencia del fallo: frecuencia en la población de estudio. 3. Probabilidad de no detectarse el fallo: Porcentaje de cumplimentación en las variables SIA. Se incluyen las deficiencias sistemáticas del sistema de información. Se priorizan los procesos más inseguros con la evaluación conjunta de las tres dimensiones. Fallo es la ruptura del control correcto del enfermo. Los procesos analizados se agrupan en los tres aspectos identificados en el Plan Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis: Detección Precoz y Diagnóstico, Tratamiento y Estudio de Contactos.

Resultados: La falta de identificación de una tuberculosis resistente con tratamiento inadecuado se ha calificado como el fallo potencial más grave y con mayor impacto en la salud colectiva. El más frecuente (26,3%), ha sido la demora diagnóstica. El SIA no detectaría la interrupción del seguimiento del enfermo, este potencial fallo alcanza la mayor puntuación en la tercera dimensión de seguridad evaluada. El Índice de Priorización identifica el proceso de seguimiento del tratamiento como el más inseguro.

Conclusiones: El seguimiento del tratamiento, seguido del diagnóstico precoz son los procesos más inseguros, las medidas de mejora locales deben iniciarse en estos aspectos. El SIA es insuficiente para conocer la adherencia del enfermo tuberculoso (seguimiento) en términos de oportunidad. Proponemos incorporar al SIA, variables específicas: citas, supervisión de tratamientos, controles microbiológicos... El AMFE es un sencillo método para evaluar la seguridad que ofrecemos a la población en el control de la tuberculosis.

453. IMPORTANCIA Y ESTADO DE DECLARACIÓN DE LAS MICOBACTERIOSIS BACILÍFERAS RESPIRATORIAS NO TUBERCULOSAS EN ALMERÍA

P. Marín Martínez, M.J. Martínez Lirola, M.A. Martínez Ortega, P. Barroso García, Grupo INDAL-TB

Delegación Provincial de Salud de Almería; Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

Antecedentes/Objetivos: La diferenciación precoz entre de tuberculosis (TB) bacilífera (BK+) de otras micobacteriosis (MNT), cada vez más frecuentes en nuestro medio, es de importancia crítica tanto para una terapia adecuada como para indicar la aplicación de medidas de salud pública en caso de TB (declaración, estudios de contactos). Objetivos: conocer la proporción de pacientes bacilíferos con micobacteriosis respiratorias distintas a M. tuberculosis Complex (MTB) en nuestra área y su situación de declaración en el sistema de vigilancia epidemiológica de Andalucía (SVEA).

Métodos: Diseño: retrospectivo observacional de pacientes con muestra respiratoria BK+ y cultivo de micobacterias positivo recogida entre enero 2008 y abril 2010. Ámbito Provincial: Almería. Método de identificación: hibridación inversa (genoType MTB MDR plus). Método de identificación: hibridación grupo/especie específica de aislados (Gen-Probe® AccuprobeMTC o GenoType® M-CM/AS). Fuentes: BD Registro L. Microbiología C. H. Torrecárdenas (OMEGA® Roche Lab.); Registro SVEA. Variables resultado: pacientes con MNT: n, razón MNT/MTB, tipo y frecuencia de taxones MNT aislados, alta en SVEA como caso de TB.

Resultados: Desde enero-2008 hasta abril-2010 aislamos una o más micobacterias en al menos una muestra respiratoria de 240 nuevos casos con BK+. En 219 (91,2%) de ellos MTB, en 20 (8,3%) una o más MNT y en 1 (0,5%) MNT y MTB. Razón MNT/MTB = 1/11. Los taxo-

nes de MNT aislados fueron: M. gordonae (6), M. fortuitum (3), M. intracellulare (3), M. abscessus (2), M. avium (2), M. chelonae (2), M. malmoense (2), M. shimoidei (2), M. kansasii (1) y Mycobacterium sp. (1) El episodio clínico de 5 (25%) de los pacientes bacilíferos con aislado MNT se registró en SVEA como caso de TB, otros 2 (10%) tenían un registro de un episodio anterior de TB y los 13 (65%) restantes no se declararon.

Conclusiones: En 1 de cada 12 pacientes bacilíferos aislamos sólo micobacterias no tuberculosas. Una de cada cuatro de estas micobacteriosis respiratorias bacilíferas son declaradas como TB.

Financiación: Junta de Andalucía P10444/2008 y P10306/2009.

496. HOSPITALIZACIÓN TERAPÉUTICA OBLIGATORIA DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID: 1996-2009

S. Cañellas Llabrés, M. Ordobás Gavín, I. Rodero Garduño, J. García Gutiérrez, L. García Comas, A. Arce Arnaez, A. Rodríguez Laso

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

Antecedentes/Objetivos: La Hospitalización Terapéutica Obligatoria (HTO) surge en nuestra Comunidad en 1996 como un instrumento de intervención en pacientes bacilíferos con repetidos abandonos de tratamiento y/o hospitalizaciones voluntarias frustradas. Dicha medida se contempla en el artículo 2 de la Ley Orgánica de Medidas Especiales en materia de Salud Pública (LO3/1986 de 14 de abril). Para iniciar una HTO se requiere un informe médico, uno social y otro epidemiológico además de la colaboración entre instituciones sanitarias (asistenciales y de salud pública), judiciales y policiales. El objetivo es describir las características de los pacientes sujetos a esta medida desde 1996 a 2009 en la Comunidad de Madrid.

Métodos: Estudio descriptivo de casos en HTO en el período 1996-2009. Las variables estudiadas han sido sexo, edad, país de origen, factores de riesgo, tiempo transcurrido entre el inicio de tratamiento y la HTO, incidencias durante el tratamiento (abandonos, reinicios), uso de medidas que mejoran la adherencia al tratamiento y la existencia de cepas resistentes. La fuente de información ha sido el sistema de vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y la documentación generada en cada HTO.

Resultados: De 1996 a 2009 se ha aplicado HTO a 42 casos en nuestra Comunidad. El 76,2% fueron hombres y la edad mediana 35 años (rango 19 a 84). Según país de origen el 66,7% eran españoles. El país extranjero más frecuente fue Rumanía con 5 casos. En todos ellos existía alguna circunstancia social de marginalidad: sin ingresos, desestructuración familiar, domicilio inestable, etc. Destacan como factores de riesgo el consumo de sustancias adictivas (40,5%), chabolismo e indigencia (36%) y el antecedente de VIH u otras enfermedades inmunosupresoras (19,1%). La mediana de tiempo entre el diagnóstico y la adopción de la HTO fue de 6,5 meses (rango 0 a 88). El 69% contaba con abandonos previos del tratamiento. La mitad habían incumplido las medidas de aislamiento respiratorio. El 27% había iniciado un tratamiento directamente observado o supervisado (TDO/TS), el 13% lo habían rechazado y en el 60% no consta que hubiera dicho ofrecimiento. Estaban infectados por cepas resistentes el 47% (27% multiresistentes).

Conclusiones: El procedimiento de HTO supone la disponibilidad de un instrumento extraordinario para usar en caso de fracasar otras medidas (TDO/TS). Las HTO se dieron en pacientes en situación de marginalidad social. Posibles líneas de avance son mejorar la mediación con el paciente y su marginalidad adecuando las alternativas comunitarias de tratamiento para evitar en lo posible la utilización de esta medida.

600. EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA EN EL PERÍODO 1989-2009

M.V. García, J. Fenollar, R. Gomis, G. Jorques, L.M. Bertó

Centro de Salud Pública Alcoi.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis (TB) sigue siendo un grave problema de Salud Pública, ya que es una de las causas más importantes de enfermedad y muerte en el mundo. Se estima que un tercio de la población del planeta está infectada por el bacilo tuberculoso. La Organización Mundial de la Salud ha informado que las tasas de incidencia a nivel mundial están disminuyendo de forma lenta, aunque aumenta el número de casos. En España, la incidencia de TB respiratoria sigue una tendencia descendente desde 1999 hasta 2004, estabilizándose posteriormente. El objetivo de este estudio es conocer la evolución de la incidencia de tuberculosis en el período 1989-2009 en el Departamento de Salud de Alcoi de la Comunidad Valenciana y describir los factores asociados a los casos.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de tuberculosis declarados al sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) entre los años 1989 y 2009. La recogida de datos se hace a partir de las encuestas epidemiológicas obtenidas de la vigilancia de las EDO. Las variables analizadas se referían a datos sociodemográficos, epidemiológicos, clínicos y terapéuticos.

Resultados: En el período 1989-2009 se declararon 453 casos de enfermedad tuberculosa. La tasa de incidencia anual osciló entre 5,14 casos por 100.000 habitantes en 2008 y 39,81 casos por 100.000 en 1990. La declaración procedía en el 67,5% de los casos del hospital y 26,9% de Atención Primaria, aunque en los últimos 10 años se ha producido un importante descenso en la declaración desde Atención Primaria. El 59,2% de los casos afectaba a varones. La edad media fue de 40,8 años. Se ha producido un descenso en la incidencia en todos los grupos de edad, excepto en el de 25 a 34 años que se estabiliza en el período. El 73,9% se clasificó como caso confirmado bacteriológicamente y el 25,6% como diagnosticado clínicamente. El 40,4% de los casos presentaba baciloscopia positiva y el 55,9% cultivo positivo. La localización predominante fue la pulmonar (84,1%). Con respecto a la clínica, el 15,5% eran asintomáticos y los más frecuentes eran los síntomas respiratorios (44,2%). El 81,5% eran casos iniciales y el 10% recidivas. El 28,9% de los casos referían contacto previo con enfermo. En un 87,6% de las declaraciones se llevó a cabo el estudio de contactos del caso índice. El promedio de contactos informados por caso era de 10,4 y la prevalencia de infección media es del 32,6%.

Conclusiones: La incidencia de tuberculosis en el departamento de salud de Alcoi es inferior al resto de la Comunidad Valenciana. La tendencia es descendente en todos los grupos de edad, excepto en el de 25 a 34 años, que se estabiliza, por lo que es necesario intensificar las medidas de prevención y control de la enfermedad.

752. SEGUIMIENTO MICROBIOLÓGICO DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS EN LA COMUNITAT VALENCIANA. AÑO 2008

G. Pérez, F. González, E. Pérez, J. Calle, P. Momparler

Hospital General Universitario de Elx; Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: El tratamiento de la tuberculosis (TB) pretende conseguir la negativización de los cultivos en el menor tiempo posible, romper la cadena de transmisión y asegurar la curación del enfermo. El seguimiento microbiológico permite controlar la eficacia del tratamiento y confirmar la curación. El objetivo de este trabajo es describir el seguimiento y la conversión microbiológica (negativiza-

ción) de los casos de TB notificados al sistema de vigilancia en el año 2008 en la C. Valenciana.

Métodos: Se describen las características epidemiológicas de los casos de TB respiratoria, con diagnóstico microbiológico positivo, a partir de los casos notificados al sistema de vigilancia, con integración de la información microbiológica. Se considera caso con seguimiento al que tiene pruebas microbiológicas posteriores al diagnóstico y seguimiento completo al tiempo del tratamiento estándar (180 días).

Resultados: Durante el período de estudio se notificaron 447 casos de TB respiratoria con diagnóstico microbiológico positivo. La media de edad de éstos es de 41,3 años y la proporción de hombres 66,4%. El 39,6% son extranjeros. La demora en el tratamiento desde el inicio de síntomas es de 71 días. Se hospitaliza el 76,5% de los casos con estancia media (EM) de 19,5 días. El 10% son VIH positivo y la proporción de resistencias es del 11%. No hay seguimiento microbiológico en el 40,3% de los casos; este grupo, frente a los que tienen seguimiento presenta mayor proporción de mujeres, 39,4% vs 29,6% ($p = 0,04$), menor edad 38,3 vs 43,7 años ($p = 0,002$), ingresan en menor porcentaje, 71,7 vs 82,4 ($p = 0,01$) y menor EM, 16,5 vs 21,2 días. La proporción de extranjeros, VIH y casos en tratamiento directamente observado (TDO) es mayor que en los que tienen seguimiento, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. En el 33,7% de los 267 casos con seguimiento no hay constancia de la negativización microbiológica, todo esto teniendo en cuenta que el 97,5% no tienen seguimiento completo. Estos presentan mayor proporción de hospitalizados 88,9% vs 75,9% ($p = 0,002$), de resistencias, 12,2% vs 9,6%, de diabetes, 11,1% vs 6,8% y de VIH, 16,7% vs 10,2%, así como de casos en TDO 8,1% vs 4,5%, aunque ninguna de estas últimas diferencias es estadísticamente significativa.

Conclusiones: Existe una alta proporción de casos de TB respiratoria que no tienen seguimiento microbiológico en el tratamiento, y una alta proporción de casos con seguimiento microbiológico incompleto en los que no se puede confirmar la negativización. Debemos insistir en la necesidad de realizar controles microbiológicos durante el tratamiento para garantizar la curación de los casos.

Vacunas (gripe)

Modera: Amós García Rojas

126. EFECTOS ADVERSOS DECLARADOS A LAS VACUNAS FRENTE A LA GRIPE A H1N1 EN LA COMUNITAT VALENCIANA

A.M. Alguacil Ramos, A. Cremades Bernabeu, A. Portero Alonso, R. Martín Ivorra, E. Pastor Villalba, J.A. Lluch Rodrigo

Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat; Centro de Salud Pública de Elda.

Antecedentes/Objetivos: Las vacunas antigripales vienen siendo utilizadas desde hace años en campañas de inmunización. Las vacunas en general constituyen un apartado especial dentro de farmacovigilancia, a las que se les exige una relación beneficio/riesgo superior al resto de fármacos ya que se administran en personas sanas. La vacunación frente a la gripe pandémica A/H1N1 se inició el 16 de noviembre de 2009 en todas las Comunidades Autónomas, siguiendo las recomendaciones oficiales. En la Comunitat Valenciana el Sistema de Información Vacunal (SIV) permite la notificación de las sospechas de reacciones adversas a las vacunas a través de la tarjeta amarilla on-line. Objetivo del estudio: analizar las sospechas de reacciones adversas a las vacunas de la gripe pandémica notificadas a través del SIV en personas vacunadas en la Comunitat Valenciana.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las sospechas de reacciones adversas a la vacuna frente a la gripe pandémica declaradas en el SIV desde el 16 de noviembre de 2009 al 31 de enero de 2010. Variables del estudio: edad, sexo, grupo de riesgo (los determinados por el Consejo Interterritorial de Salud), tipo de vacuna administrada (Pandemrix® Focetria®, Panenza®) presentación (monodosis, multidosis), tipo de reacción adversa, profesional notificador y ámbito de declaración (atención primaria, especializada).

Resultados: Se notificaron un total de 396 sospechas de reacciones adversas correspondientes a 216 actos vacunales (tasa $0,95 \times 1.000$ de las administradas). La edad media fue de 41,19 con un rango entre 1 y 87 años. Por sexo, el 64,82% en mujeres (IC95% [58,45-71,18]) y el 35,18% hombres (IC95% [28,82-41,55]). Por tipo de reacción, 129 fueron locales (32,58%, IC95% [27,96-37,19]) siendo el dolor la más frecuente (18,18%) y 267 generales (67,42%, IC95% [62,81-72,04]), la fiebre representó el 22,22% del total de reacciones. Por tipo de vacuna, el 73,14% (IC95% [67,25-79,06]) de los actos vacunales con sospecha de reacción adversa fueron de Pandemrix® multidosis, con 300 reacciones, 116 locales (38,67% IC95% [33,16-44,18]) y 184 generales (61,33% IC95% [55,82-66,84]). El 55,68% de las reacciones se declararon en atención primaria.

Conclusiones: La tasa de notificación de reacciones adversas a las vacunas frente a la gripe AH1N1 es inferior a otras vacunas de calendario, como la DTPa quinta dosis ($1,69 \times 1.000$). La tasa de sospechas de reacciones declaradas respecto a administradas es superior para la vacuna Pandemrix®. En la mayor parte de las notificaciones destaca la fiebre como efecto adverso.

147. COBERTURAS VACUNALES FRENTE A LA GRIPE ESTACIONAL EN LA COMUNITAT VALENCIANA. TEMPORADA 2009-2010

A. Portero Alonso, A.M. Alguacil Ramos, R. Martín Ivorra, E. Pastor Villalba, J.A. Lluch Rodrigo

Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: La vacuna frente a la gripe es una medida de prevención efectiva y segura. Las estrategias de vacunación frente a la gripe estacional pretenden fundamentalmente proteger a las personas con la mayor probabilidad de complicaciones por razones de edad o patología de base. La eficacia de vacunación antigripal en la prevención de esta enfermedad se sitúa entre un 70% y un 90%. El objetivo del estudio ha sido evaluar la cobertura vacunal frente a la gripe estacional en la población de riesgo en la Comunitat Valenciana en la temporada 2009-2010.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de las personas vacunadas frente a la gripe estacional durante la temporada 2009-2010 en la Comunitat Valenciana. Las variables incluidas en el estudio son, edad, sexo, grupo de riesgo y departamento. La fuente de datos son los actos vacunales declarados en el Registro de Vacunas Nominal (RVN) y como denominador se utilizó el Sistema de Información Poblacional (SIP).

Resultados: El total de personas vacunadas frente a la gripe en la temporada 2009-10 han sido 798.864, de ellas 364.333 (45,61%, IC95 [45,50%-45,72%]) han sido hombres y 434.531 (54,39% IC95 [54,28%-54,50%]) mujeres. Por grupos de edad el mayor número de personas vacunadas fue el grupo de mayores de 64 años, lo que supone una cobertura del 59,49% (IC95 [59,39%-59,60%]) siendo el denominador el SIP. Por grupos de riesgo el mayor, fue el de grupos de riesgo alto por patologías crónicas cardiorrespiratorias, excluyendo de ellas a los mayores de 60 años sin ninguna patología, lo que supuso que se vacunaron 387.677 personas. De los 71.389 profesionales sanitarios se vacunaron 21.945 lo que supone una cobertura del 30,74% (IC95 [30,40%-31,08%]). El número de mujeres embarazadas que se

vacunaron fue de 3.601 de un total de 54.152 lo que supone una cobertura del 6,65% (IC95 [6,44%-6,86%]).

Conclusiones: La población se vacuna más en función de la edad que de tener una patología crónica de base. La cobertura en personal sanitario continua siendo baja. La cobertura en mujeres embarazadas es baja, probablemente debido a un déficit de información sobre la misma.

158. COBERTURA VACUNAL ANTIGRIPE ESTACIONAL Y PANDÉMICA EN PERSONAL SANITARIO. CANARIAS, TEMPORADA 2009-2010

A.J. García Rojas, P. García Castellano, D. Trujillo Herrera, P. Matute Cruz, D. Núñez Gallo, J. Solís Romero

Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El colectivo sanitario ocupa un lugar fundamental dentro de los grupos diana a los que va dirigida la vacunación antigripal. A pesar de ello, las coberturas que históricamente se han obtenido en Canarias han sido muy bajas. La confluencia en la temporada 2009-2010 de dos campañas de vacunación antigripal, la estacional y la pandémica, era un factor que complejizaba el mejorar las coberturas en este colectivo. Se presentan los resultados obtenidos en los profesionales de los centros sanitarios públicos de Canarias, en ambas campañas.

Métodos: Se entendió como sanitario a cualquier persona que desarrollara su actividad laboral en un centro sanitario asistencial. Se estudiaron las coberturas de las vacunas estacionales y pandémicas por Área de Salud, diferenciándose entre el nivel primario de atención, y el especializado. Dentro de este último se evaluó a su vez, las coberturas obtenidas en cada hospital de la Comunidad Autónoma. Como numerador se utilizó el número de ambas vacunas administradas y como denominador el personal adscrito a cada ámbito concreto analizado.

Resultados: Mientras que las coberturas obtenidas con la vacuna estacional fueron las más altas conseguidas nunca en este colectivo en Canarias, las obtenidas frente a la pandémica fueron muy bajas. Para ambas vacunas la cobertura fue más elevada en el nivel primario de atención, con menor diferencia en la vacunación estacional 53% en el nivel primario, y 52% en el especializado, y mayor en la pandémica, 20,3% sobre 16,4%. En general, y en los dos niveles, los resultados obtenidos en las islas periféricas fueron superiores a los de las islas capitalinas.

Conclusiones: La diferencia en los resultados obtenidos frente a las dos vacunas, puede estar indicando la diferente percepción de riesgo que los sanitarios tenían frente a ambas gripes, así como hacia las características de las dos vacunas. Hay que subrayar las altas coberturas obtenidas con la vacuna antigripal estacional en todos niveles de atención.

167. VACUNACIÓN DE LA GRIPE PANDÉMICA EN POBLACIÓN ASIGNADA A MÉDICOS DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE LA COMUNITAT VALENCIANA

E. Pastor Villalba, A. Portero Alonso, A.M. Alguacil Ramos, R. Martín Ivorra, A. López Maside, M.P. Miralles Espí, J.A. Lluch Rodrigo, O. Zurriaga Llorens

Dirección General de Salud Pública, Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La pandemia de gripe declarada por la OMS durante el año 2009 ha tenido una enorme trascendencia en los sistemas de vigilancia de Salud Pública. Dentro de estos sistemas se encuentra la Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana, inte-

grada por profesionales de atención primaria. A partir de las patologías diagnósticas según CIE-9 en la Historia Clínica informatizada se realizó un listado por cupo médico donde se incluían los grupos que consensuó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a vacunar frente a la gripe A. Objetivo: conocer el perfil de los vacunados frente a la gripe pandémica por los médicos centinelas de la Comunitat Valenciana y la cobertura de vacunados entre sus pacientes con patologías consideradas de mayor riesgo.

Métodos: Análisis descriptivo de los vacunados por los médicos centinela de la gripe A. A partir de los datos del Sistema de Información Vacunal (SIV) de la Conselleria de Sanitat de las personas adscritas a su cupo y que en su Historia Clínica tenían uno o varias patologías incluidas en los grupos de alto riesgo de complicaciones para la vacunación frente a la gripe pandémica según sexo, lugar de residencia (rural/urbano), edad, categoría profesional (médico general y/o pediatra) y grupo de riesgo a vacunar.

Resultados: Los 49 médicos centinelas vacunaron a 3.266 personas, el 50,4% eran mujeres. El 92,5% de los vacunados eran personas con patología de base, el 4,9% trabajadores sociosanitarios y el 2% mujeres embarazadas. De las vacunas pandémicas administradas, el 91,2% correspondían a cupos de medicina general y el 8,8% a pediatría. El 16,9% eran vacunados residentes en ámbito rural. Por grupos de edad, el 53,7% tenían 64 o más años, mientras el 8,1% eran menores de 14 años. Las coberturas de vacunación para el grupo con patologías de alto riesgo fueron del 26,7%, en los médicos generales del 28,3% y en pediatras del 16,8%; superiores a las de la Comunitat Valenciana. Las coberturas en medio urbano fueron del 22,1% mientras en ámbito rural del 56,4% fundamentalmente a costa de las coberturas en médicos generales.

Conclusiones: Las coberturas de vacunación frente a gripe pandémica no presentan diferencias por sexo, si por ámbito de residencia. Los médicos generales centinelas rurales tienen mayores coberturas entre los pacientes de riesgo que sus compañeros de ámbito urbano, mientras los pediatras rurales tienen menores coberturas que los urbanos. Los médicos generales y los pediatras centinelas tienen mejores coberturas de vacunación que el resto de sus compañeros.

179. VACUNACIÓN ANTIGRIPE EN LA POBLACIÓN ASIGNADA A LOS MÉDICOS DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2009-2010

E. Pastor Villalba, A. Portero Alonso, A.M. Alguacil Ramos, R. Martín Ivorra, A. López Maside, M.T. Miralles Espí, J.A. Lluch Rodrigo, O. Zurriaga Llorens

Dirección General de Salud Pública, Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La gripe es una enfermedad de gran trascendencia en Salud Pública. La medida más eficaz para su prevención es la vacunación. Dentro de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la gripe se encuentra la Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana, integrada por profesionales sanitarios de atención primaria, que realizan una vigilancia integral de la enfermedad. Nuestro objetivo es analizar si hay diferencias en las coberturas de vacunación de la gripe en la población adscrita a médicos centinelas con relación al resto de la población, por grupos de edad, sexo, lugar de residencia (rural o urbano) y por grupos de riesgo.

Métodos: Se ha realizado un estudio analítico retrospectivo de la vacunación antigripal estacional 2009-2010 en la Comunitat Valenciana. Las variables estudiadas han sido: Cobertura por edad, sexo, tipo de médicos centinelas (médico y/o pediatra), grupo de riesgo y lugar de residencia (rural o urbano). Los datos proceden del RVN (Registro de Vacunas Nominal) y del SIP (Tarjeta sanitaria). Se han estudiado las coberturas de los médicos centinela, y el perfil de los vacunados a partir del RVN. Como denominador se ha usado la población asignada según SIP a cada médico centinela a 1 de diciembre del 2009.

Resultados: Los 49 médicos centinelas vacunaron a 10.445 personas. Las coberturas antigripales estacionales entre 15 y 64 años fue del 9,67%, en mayores de 64 años fueron del 64,35% superiores a las alcanzadas en el resto de la población de médicos. Las mujeres con un 54,6% se vacunan más que los hombres. En población entre 6 meses y 14 años la cobertura fue del 6%. En medio rural la cobertura fue del 30% y en medio urbano sólo del 15,65%. Los enfermos con patologías crónicas cardiorrespiratorias son el 73,37% de los vacunados por los pediatras, el 45,09% por médicos generales. Se aprecian diferencias significativas según lugar de residencia y tipo de profesional, representan el 73% de los vacunados por pediatras urbanos, solo el 44,5%, en médicos generales urbanos, y el 73,5% de los vacunados por los médicos generales en medio rural. Los vacunados que no pertenecen a ningún grupo de riesgo son el 17,53% en pediatría y el 7,9% en medicina general.

Conclusiones: Hay mayores coberturas tanto en niños como adultos en los médicos centinelas en el global de la campaña de vacunación. Los pediatras centinelas urbanos vacunan sobre todo a niños con patología crónicas cardiorrespiratorias y a los que no tienen riesgo. Los adultos que más se vacunan en el medio rural, son las personas con patologías crónicas cardiorrespiratorias.

374. VACUNACIÓN DE LOS GRUPOS DE ALTO RIESGO DE GRIPE PANDÉMICA POR MÉDICOS CENTINELA EN LA COMUNITAT VALENCIANA

E. Pastor Villalba, A. Portero Alonso, A.M. Alguacil Ramos, R. Martín Ivorra, J.A. Lluch Rodrigo, Grupo de Investigación en Vacunas de Salud Pública

Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: El riesgo de complicaciones en caso de padecer gripe es mayor para determinadas patologías de base. Durante la pandemia de gripe, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) estableció los grupos prioritarios a vacunar frente a la gripe A, entre estas patologías estaban la diabetes, los inmunodeprimidos, las hemoglobinopatías, enfermedades cardiovasculares crónicas, enfermedades respiratorias crónicas, insuficiencia renal moderada-graves, etc. La Red Centinela Sanitaria de la gripe de la Comunitat Valenciana, integrada por profesionales sanitarios de atención primaria, son profesionales implicados tanto en la vigilancia como en la prevención. Por otro lado, a partir de las patologías diagnósticas según CIE-9 en la Historia Clínica informatizada de la Comunitat Valenciana se realizó un listado por cupo médico donde se incluían los diagnósticos de los grupos de alto riesgo. Nuestro objetivo es conocer la proporción de los vacunados incluidos en los grupos prioritarios a vacunar frente a la gripe pandémica por los médicos centinelas de la Comunitat Valenciana entre sus pacientes diagnosticados de estas patologías.

Métodos: Análisis descriptivo de los vacunados por los médicos centinela de la gripe A a partir de los diagnósticos activos según CIE 9 de las historias clínicas informatizadas y de los datos del Sistema de Información Vacunal (SIV) de la Conselleria de Sanitat de los pacientes de su cupo con una o varias patologías incluidas en los grupos prioritarios de vacunación frente a la gripe pandémica según lugar de residencia (rural/urbano), categoría profesional (médico general y/o pediatra) y grupo de riesgo al que pertenecen.

Resultados: De los 18.899 diagnósticos de patologías, se vacunaron un 25%, siendo los inmunodeprimidos con un 37,2%, los VIH con un 32,8% seguido de los diabéticos y los pacientes con insuficiencia renal con un 30,8% los que más se vacunaron. En medio rural se vacunaron un 41,5%, destacando las insuficiencia renal con un 55%, los VIH con un 50% y los diabéticos con un 48,8%. Los pediatras centinelas sólo vacunaron al 15% de sus grupos de riesgo mientras los médicos generales lo hicieron al 26%. La media de diagnósticos por persona fue del 1,5, para médicos generales y del 1,2 para pediatras; siendo en el medio rural del 1,55. No se encuentran diferencias por sexo.

Conclusiones: La vacunación frente a gripe pandémica en los grupos de alto riesgo fue baja, destacando los inmunodeprimidos, los pacientes con insuficiencia renal moderada-grave y los diabéticos. Vacunaron más a sus pacientes de alto riesgo los médicos generales centinelas rurales.

383. EVOLUCIÓN DE LA VACUNACIÓN FRENTE A LA GRIPE ESTACIONAL EN LA COMUNITAT VALENCIANA DURANTE LA TEMPORADA 2006-2007 A LA 2009-2010

A. Portero Alonso, E. Pastor Villalba, A.M. Alguacil Ramos, A. Cremades Bernabeu, R. Martín Ivorra, J.A. Lluch Rodrigo

Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: La gripe es un problema de salud pública de primera magnitud, que alcanza una relevancia importante en España debido al progresivo envejecimiento de nuestra población y al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Aunque el control de la gripe se realiza de manera eficaz mediante la inmunización, las coberturas vacunales alcanzadas son variables, en función del grupo de población estudiado. En la Comunitat Valenciana se vienen implantando estrategias recomendadas por la CDC, tales como el Registro de Vacunación Nominal (RVN), ofertar la vacunación al grupo de personas entre 60 y 64 años, remitir mensajes SMS recordatorio. Además de implantar desde el año 2005 el Programa de Empresas Generadoras de Salud, encaminado a la vacunación de los trabajadores con factores de riesgo y el convenio con las Residencias públicas y privadas de la tercera edad con el fin de aumentar las coberturas en los grupos de riesgo. El objetivo del estudio es evaluar la evolución de las coberturas antigripales en la Comunitat Valenciana para las temporadas 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009 y 2009-2010.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo transversal de las coberturas vacunales frente a la gripe estacional para el período incluido en el estudio. El ámbito de estudio es la Comunitat Valenciana. Las variables incluidas en el estudio son edad, sexo y grupo de riesgo.

Resultados: El número total de vacunados para cada una de las temporadas analizadas fue de 721.126; 684.138; 764.642 y 798.864 respectivamente. La cobertura por sexo para el mismo período fue de 14,07%; 12,64%; 13,89% y 14,86% en hombres y 16,88%; 14,59%; 16,04% y 17,44% en mujeres. La mayor cobertura vacunal se da en el grupo de mayores de 64 años con un rango desde el 62,15% en la temporada 2006-2007 a 59,49% en la última. La cobertura en el grupo de 60 a 64 años varía desde el 28,60% en la temporada 2006-2007 a 25,45% en la 2009-2010. Por grupos de riesgo los mayores porcentajes de vacunados para las cuatro temporadas analizadas se dan en las personas pertenecientes al grupo de riesgo alto, denominado grupo A-1, según la Advisory Committee Immunization Practices (ACIP), con porcentajes que variaron desde 44,83% para la temporada 2006-2007 a 48,53 en la 2009-2010.

Conclusiones: La población continúa considerando la edad como un factor de riesgo más importante que padecer una enfermedad crónica para vacunarse. La población menor de 60 años no tiene adquirido el hábito de vacunarse frente a la gripe en nuestra comunidad.

471. SEGURIDAD DE LAS VACUNAS FRENTE AL VIRUS DE LA GRIPE: INCIDENCIA BASAL DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA VACUNACIÓN EN LA BASE DE DATOS BIFAP

M. Gil García, C. Huerta Álvarez, A. Chacón García, B. Oliva Pellicer, A. Álvarez Gutiérrez, V. Bryant Cerezo, J. Timoner Aguilera, F. de Abajo Iglesias

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Antecedentes/Objetivos: En la temporada 2009-2010 se llevó a cabo la vacunación de la población a riesgo contra el virus de la gripe

A/H1N1. Una de las iniciativas de las autoridades sanitarias para la monitorización de la seguridad de la vacuna fue la estimación de las tasas basales de incidencia de eventos que pudieran estar relacionados con dicha vacunación. Dicho estudio se llevó a cabo en 8 países Europeos (consorcio VAESCO) utilizando las bases de datos automatizadas disponibles y con una metodología común. En España, se utilizó la base de datos BIFAP (Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria). BIFAP es una base de datos longitudinal de base poblacional que, desde 2001, incluye información de los registros médicos informatizados de 1883 médicos de atención primaria de 9 CC.AA. de España. En 2008, BIFAP incluía información anonimizada recogida en la práctica clínica habitual de 2.404.862 pacientes (8.005.956 años-persona de seguimiento). El objetivo de este estudio es estimar la tasa de incidencia en BIFAP de 11 eventos de especial interés para la vacunación: sd Guillain-Barré, parálisis facial, hepatitis autoinmune, anafilaxis, convulsiones, desmielinización, encefalitis, neuritis óptica, trombocitopenia, mielitis transversa y vasculitis.

Métodos: Se identificaron los casos nuevos de cada uno de los eventos de interés a través de los códigos correspondientes (diccionario CIAP) y de cadenas de texto en campos de texto libre. Se validó la información mediante la revisión de las historias clínicas. La población de referencia estaba formada por los pacientes incluidos en la base de datos durante el período de estudio (2001-2008). Se calcularon las tasas de incidencia (*100.000 años-persona) estandarizadas por edad, utilizando la población de la WHO como referencia.

Resultados: Las estimaciones de incidencia (*100.000 años-persona) de eventos de interés relacionados con las vacunas en BIFAP fueron las siguientes: sd Guillain-Barré 1,40; parálisis facial 41,70; hepatitis autoinmune 1,83; anafilaxis 1,71; convulsiones 86,45; desmielinización 7,44; encefalitis 2,11; neuritis óptica 5,16; trombocitopenia 46,67; mielitis transversa 0,63 y vasculitis 30,51. Estas estimaciones fueron consistentes con las de otros países europeos.

Conclusiones: Las tasas basales de incidencia de eventos de interés asociados a la vacunación es una información necesaria para poner en perspectiva las señales generadas por los sistemas de farmacovigilancia. La base de datos de atención primaria BIFAP ha demostrado ser una herramienta eficiente y válida para realizar dichas estimaciones.

Financiación: ECDC (Consorcio VAESCO) y Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

724. LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE PANDÉMICA Y ESTACIONAL EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. TEMPORADAS 2008-2009 Y 2009-2010

J.D. Calle Barreto, G. Pérez Torregrosa, E. Pastor Villalba, R. Martín Ivorra, A.M. Alguacil Ramos, A. Portero Alonso, J. Lluch Rodrigo

Dirección General de Salud Pública, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La gripe es un importante problema de salud pública, tanto por la mortalidad que puede provocar, como por las complicaciones que puede ocasionar y los costes económicos y sociales que origina. El objetivo fue conocer las características de las personas vacunadas contra la gripe estacional y pandémica durante las temporadas 2008-09 y 2009-10 en 8 hospitales de tercer nivel de la Comunidad Valenciana.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. La información procede del Sistema de Información Vacunal (SIV) de la Conselleria de Sanitat correspondientes a las temporadas 2008-09 y 2009-10.

Resultados: Se declararon 21.323 actos vacunales frente a los dos tipos de gripe, durante el período de estudio. El 60,5% de los vacunados fueron mujeres, y el 98,6% españoles de nacimiento. La media de edad fue de 48,7 años (rango 6 meses a 101,7). Aunque la vacunación contra la gripe estacional en el 2009 aumentó un 18,76% con relación al año

precedente, la proporción de actos vacunales por hospital se mantuvo durante los dos años. En el 2009 la vacuna contra la gripe estacional se administró en mayor cantidad que la pandémica (61,8% contra 38,2%). Se encontró diferencia significativa en el porcentaje de mujeres que se vacunaron el mismo año (2009) contra la gripe estacional (63,2%) y gripe pandémica (53,7%). Los grupos de edad que más se vacunaron contra los dos tipos de gripe fue el de 45 a 54 años y de 55 a 64 años. Según tipo de vacuna administrada, se encontró que los grupos de edad de 25 a 34 años y 35 a 44 años, se vacunaron en mayor cantidad contra la gripe pandémica que contra la gripe estacional, en cambio se vacunó en mayor proporción contra la gripe estacional a los grupos de edad de 55 a 64 años y mayores de 65 años ($p < 0,001$). El grupo de riesgo donde se administró mayor número de vacunas contra la gripe estacional en los hospitales analizados es el personal sanitario (57,93%), seguido por el grupo de enfermos renales, inmunodeprimidos y diabéticos (12,94%) y enfermos crónicos cardiovasculares y respiratorios (9,89%). Los sanitarios se vacunaron en mayor proporción contra la gripe pandémica que contra la gripe estacional, (61,74%, contra 57,93%), siendo esta diferencia significativa ($p < 0,001$).

Conclusiones: El perfil de los pacientes vacunados contra la gripe en los hospitales de tercer nivel en la Comunidad Valenciana es el de mujer en edad comprendida entre los 45 y 64 años, española de nacimiento. En cuanto al grupo de riesgo, el personal sanitario es el más vacunado, además este grupo se vacunó más contra la gripe pandémica.

744. COBERTURA VACUNAL ANTIGRIPIAL EN PERSONAL SANITARIO Y DETERMINANTES DE VACUNACIÓN EN LA TEMPORADA 2009-2010

J. Sánchez Payá, R. Camargo Ángeles, I. Hernández García, L. Cartagena Llopis, C. Villanueva Ruiz, J. Barrenengoa Sañudo, A.C. Martín Ruiz, V. García Román, A. González Torga

Unidad de Programas, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La vacunación antigripal del trabajador sanitario protege su salud, la de los pacientes y disminuye el absentismo laboral. El objetivo del presente trabajo es de determinar las coberturas vacunales frente a la gripe estacional y frente a la nueva gripe A (H1N1) en la temporada 2009-2010 y conocer sus factores determinantes.

Métodos: La campaña de vacunación antigripal 2009-2010 se subdividió en dos fases, la primera, desarrollada desde el 1 de octubre al 13 de noviembre de 2009 se administró la vacuna de la gripe estacional 2009-2010; y la segunda, realizada entre el 16 de noviembre y el 30 de diciembre de 2009, se administró la vacuna frente al nuevo virus de la gripe A (H1N1)). Cada programa de vacunación estuvo precedido por una campaña promocional específica, donde se utilizaron carteles, pósters, trípticos y notas informativas dirigidas a los distintos servicios, de modo que todos los trabajadores del hospital fueron invitados a vacunarse. En el momento de vacunar se pedía al trabajador que cumplimentase un breve cuestionario autoadministrado donde se incluía un listado de razones para vacunarse, ofreciendo la posibilidad de escoger más de una opción. Se calculó la cobertura vacunal para ambas campañas de vacunación y se compararon las coberturas entre ambas campañas para el global y para cada uno de los estamentos (facultativos, enfermería, auxiliar y otros) con la prueba de la Ji cuadrado.

Resultados: La cobertura frente a gripe estacional fue del 32% y frente a gripe A del 22% ($p < 0,05$); en personal facultativo fue del 38% y del 37% respectivamente (NS); en personal de enfermería fue del 35% y del 15% respectivamente ($p < 0,05$); en auxiliares de enfermería fue del 22% y 11% respectivamente ($p < 0,05$). Los principales motivos para vacunarse fueron la protección personal y familiar.

Conclusiones: En personal no facultativo, la frecuencia de vacunación frente a gripe A fue significativamente menor que la de gripe es-

tacional. Las bajas coberturas alcanzadas constituyen un problema de salud pública donde se hace necesario, además de implementar programas de intervención específicos según estamento, empezar a plantear en nuestro medio el requerir al trabajador que se vacune en pro de conseguir un ambiente sanitario seguro de gripe para el paciente.