

LESIONES POR CAUSAS EXTERNAS 2

Viernes 7 de octubre de 2011. 11:00 a 12:30

Aula 2 – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: Aurora Bueno

522. RIESGO DE LESIÓN POR COLISIÓN DE TRÁFICO EN FIN DE SEMANA Y HORARIO NOCTURNO SEGÚN TIPO DE USUARIO

E. Santamariña-Rubio, K. Pérez, M. Olabarría, A.M. Novoa

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau).

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es estimar el riesgo de lesión por colisión de tráfico según movilidad de edad, en función del sexo, tipo de usuario, día y hora de la lesión, en Cataluña en el periodo 2004-2008.

Métodos: Es un estudio de diseño transversal. La población de estudio son las personas mayores de 3 años residentes en Cataluña en el periodo 2004-2008. Las fuentes de información usadas son el Registro de Accidentes y Víctimas de Tráfico de la Dirección General de Tráfico y la Encuesta de Movilidad Cotidiana de Cataluña de 2006, realizada por la Generalitat de Cataluña y la Autoritat del Transport Metropolità. Se calcula la tasa anual de personas lesionadas por 10 millones de personas-horas en desplazamiento, con la media anual de personas lesionadas de 2004 a 2008 y la estimación de las personas-horas en desplazamiento en 2006. Las tasas se estratifican por sexo, tipo de usuario (turismo, motocicleta/ciclomotor y peatón), día (laborable o fin de semana) y horario (diurno o nocturno). Se calcula el riesgo relativo (RR) y su intervalo del 95% de confianza mediante el ajuste de modelos de regresión de Poisson.

Resultados: En Cataluña, de 2004 a 2008, se lesionó anualmente un promedio de 20.223 hombres y 11.395 mujeres mayores de 3 años por colisión de tráfico. La tasa anual de personas lesionadas por 10 millones de personas-horas en hombres es mayor en fin de semana, en ambos horarios, que en día laborable (146,4 laborable-diurno, 224,4 laborable-nocturno, 231,0 fin de semana-diurno y 384,6 fin de semana-nocturno; $p < 0,05$) y en mujeres es mayor solo en fin de semana nocturno (87,0, 147,6, 138,6 y 205,8, respectivamente; $p < 0,05$). Esta relación, en ambos sexos, solo se mantiene en los usuarios de motocicleta/ciclomotor (respecto laborable-diurno: RR = 1,2 [0,8-1,9] laborable-nocturno, RR = 1,7 [1,1-2,7] fin de semana-diurno y RR = 2,0 [1,3-3,0] fin de semana-nocturno, en hombres; RR = 1,4 [0,9-2,1], RR = 1,4 [0,9-2,1] y RR = 1,7 [1,1-2,6] respectivamente, en mujeres).

Conclusiones: El uso de una medida de exposición basada en la movilidad a partir de una encuesta de movilidad ha permitido estimar el riesgo específico para cada tipo de usuario según el día y el horario. De esta manera, se ha podido verificar que, aunque en fin de semana y en horario nocturno se produce un menor número de lesionados, el riesgo de lesión es mayor, particularmente en los usuarios de motocicleta/ciclomotor. Factores de riesgo descritos en la bibliografía, como el consumo de alcohol y drogas y el exceso de velocidad, pueden tener un mayor impacto en fin de semana y horario nocturno

555. UTILIDAD DE UNA MEDIDA DE MOVILIDAD COMO EXPOSICIÓN AL RIESGO DE LESIÓN POR COLISIÓN DE TRÁFICO

E. Santamariña-Rubio, K. Pérez, M. Olabarría, A.M. Novoa

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau).

Antecedentes/Objetivos: Cuantificar la exposición al riesgo de lesión por colisión de tráfico requiere medidas que cuantifiquen la movilidad de la población y reflejen sus patrones. Dada la dificultad de medirlas, se usan medidas alternativas de fuentes ya existentes, como el censo de habitantes o de vehículos. Como objetivo se valora la utilidad del tiempo que invierten las personas en sus desplazamientos como medida de exposición al riesgo de lesión por colisión de tráfico en Cataluña en 2006, comparándolo con el estimado según población residente y vehículos registrados.

Métodos: Es un estudio de diseño transversal. La población de estudio son las personas mayores de 3 años residentes en Cataluña en 2006. Las fuentes de información usadas son el Registro de Accidentes y Víctimas de Tráfico de la Dirección General de Tráfico; la Encuesta de Movilidad Cotidiana de Cataluña del 2006, realizada por la Generalitat de Cataluña y la Autoritat del Transport Metropolità; el censo de habitantes de 2006 del Instituto de Estadística de Cataluña, y el censo de vehículos de la DGT. Se calcula la tasa anual de personas lesionadas por colisión de tráfico en día laborable por 10 millones de personas-horas en desplazamiento, la tasa por 100.000 habitantes y la razón por 100.000 vehículos, según sexo, edad y usuario (turismo, motocicleta/ciclomotor, autobús, peatón) y sus intervalos del 95% de confianza mediante la distribución de Poisson.

Resultados: En Cataluña, en 2006, se observó una tasa de lesión según población 1,87 veces mayor en hombres (387,9 [381,4-394,4] por 100.000 habitantes) que en mujeres (207,1 [202,4-211,8]) pero según su movilidad es solo 1,65 veces mayor (142,1 [140,0-145,0] y 83,1 [81,2-85,0] por 10 millones personas-horas). En ambos sexos, el grupo de 25-34 años, respecto el de 18-24, tiene 1,4 veces mayor número de lesionados, una tasa similar según movilidad y, en cambio, según habitantes una tasa 1,6 veces menor. Según número de motocicletas/ciclomotores y turismos registrados, la tasa de los usuarios de moto/ciclo respecto los de turismo es 5 veces mayor en hombres y 2,3 en mujeres, pero según su movilidad la tasa es 17 y 15 veces mayor.

Conclusiones: Una medida de movilidad como el tiempo en desplazamiento permite estimar la exposición al riesgo de lesión de forma más precisa y comparar grupos. Medidas alternativas proporcionan estimaciones del riesgo sesgadas. Con el censo de población no se estima el riesgo de lesión, sino la proporción de residentes afectados. El censo de vehículos proporciona información de los vehículos registrados pero no de los que circulan ni del tiempo en circulación.

568. REVISANDO LA EFECTIVIDAD DE LA CRIMINALIZACIÓN DE LOS DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD VIAL EN ESPAÑA

A.M. Novoa, K. Pérez, E. Santamariña-Rubio, M. Olabarría, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau).

Antecedentes/Objetivos: Un estudio previo realizado con datos policiales observó que, 25 meses después de la reforma del Código Penal (RCP) (1 de diciembre 2007), el número de hombres y mujeres lesionados graves en España se redujo de forma significativa (12 y 8%, respectivamente). El objetivo de este estudio es confirmar los resultados ob-

servados en dicho estudio utilizando una fuente de datos hospitalaria e incluyendo un grupo comparación.

Métodos: Estudio de series temporales interrumpidas con grupo comparación utilizando el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBD). La variable dependiente fue el número de altas hospitalarias, estratificada por sexo. Se incluyeron las altas con ingreso urgente y diagnóstico principal de lesión traumática. Se excluyeron los reingresos. El grupo intervención fueron las personas lesionadas por tráfico (LT) —presencia de Código E de causa externa de accidente de tráfico o régimen de financiación “Aseguradora de accidente de tráfico”— y el grupo comparación las personas lesionadas por otros mecanismos (LOM). La variable explicativa (intervención) comparó el periodo posterior a la intervención (diciembre 2007–diciembre 2009) con el periodo anterior (enero 2000–noviembre 2007). Se estimaron los riesgos relativos (RR) con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%) mediante el ajuste de modelos de regresión de Poisson, ajustando la tendencia lineal, la estacionalidad y el consumo de carburante.

Resultados: Se produjeron 314.136 altas LT y 1.535.999 de altas LOM entre 2000-2009. Las altas LT no mostraron ningún cambio tras la RCP en hombres (RR = 1,04; IC 95%, 0,98-1,11) ni en mujeres (RR = 1,08; IC 95%, 0,99-1,18). Los resultados para LOM fueron de RR = 0,99 (p = 0,550) y RR = 1,02 (p = 0,231), respectivamente. Tras excluir las altas identificadas únicamente mediante el Código E, más susceptibles a variaciones en su cumplimentación, los resultados para LT fueron de RR = 0,96 (IC 95%, 0,90-1,01) y RR = 1,02 (IC 95%, 0,94-1,11), respectivamente.

Conclusiones: Los resultados obtenidos con datos policiales no se han podido confirmar con datos hospitalarios. Una posible explicación sería que en el año 2007, coincidiendo con la RCP, se produjo un aumento especialmente importante (8,5%) de las altas con diagnóstico de lesión en un contexto de incremento progresivo (aumento medio anual del 3,7%) derivado del mayor número de hospitales que notifican al CMBD (66% entre 2000-2009). Las variaciones en el tiempo del número de altas hospitalarias por lesión, tanto por la mejor cumplimentación del Código E como por el número de hospitales que notifican al CMBD, dificultan los estudios de evaluación de intervenciones.

656. TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD POR SUICIDIO EN ESPAÑA, 1975-2008

T. López-Cuadrado^a, R. Palmera-Suárez^{a,b}, D. Gómez-Barroso^{a,b}, A. Llacer^{a,b}, R. Fernández-Cuenca^{a,b}

^aCentro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; ^bCIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El suicidio es un grave problema de salud pública que está influido por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales; por término medio se suicidan entre 3 y 4 veces más los hombres que las mujeres, en casi todo el mundo. En Europa los países del Este tienen las tasas más altas de suicidio, siendo España uno de los países europeos de menores tasas; aun así, en 2008 el suicidio pasó a ser la principal causa de muerte externa en nuestro país, superando a los accidentes de tráfico. El objetivo de este trabajo es analizar la tendencia de la mortalidad por suicidio en España, de 1975 a 2008, por sexo y grupos de edad, utilizando un método que permite delimitar cambios significativos en el tiempo.

Métodos: Se analizaron los datos obtenidos de la estadística de defunciones según causa de muerte del Instituto Nacional de Estadística. Para el cálculo de tasas se utilizaron las proyecciones de población de la misma institución. Los códigos seleccionados fueron los correspondientes a lesiones autoinfligidas siguiendo las clasificaciones vigentes en el periodo de estudio: CIE-8 (1975-79), CIE-9 (1980-98) y CIE-10 (1999-08). Se realizó un estudio descriptivo calculando por sexo las tasas de mortalidad anual por suicidio, ajustadas por edad por población europea y las tasas específicas para 5 grupos de edad. La tendencia

de todo el periodo, para cada sexo y grupo de edad, se estimó mediante el método Joinpoint.

Resultados: En los hombres, en la tendencia del suicidio se observaron 3 puntos de cambio en torno a los años 1981, 1984 y 1997. Hasta 1984 no se produjo un aumento significativo de la mortalidad, que se extiende hasta 1997, con un porcentaje anual de cambio (PAC) de 0,8%; de 1997 a 2008 el suicidio en los hombres descendió significativamente (PAC = -1,54%). En las mujeres hay 2 puntos de cambio alrededor de 1980 y 1986, con un aumento de la mortalidad (PAC = 8,64%) de 1980 a 1986, descendiendo a partir de este año hasta 2008 (PAC = -0,92%) y siendo ambas tendencias significativas. Los mayores de 64 años presentaron las tasas de suicidio más altas: los hombres entre los años 1985 y 2000 con PAC de 12,5% y las mujeres entre 1977 y 1987 con PAC de 9,7%.

Conclusiones: El análisis de la tendencia del suicidio mediante la metodología Joinpoint profundiza en la descripción del comportamiento de este complejo problema de salud permitiendo plantear posibilidades explicativas con las que poder avanzar en su prevención.

714. APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO A PARTIR DEL CMBD

R. Fernández-Cuenca^{a,b}, T. López-Cuadrado^a, R. Palmera-Suárez^{a,b}, D. Gómez-Barroso^{a,b}, A. Llacer^{a,b}

^aISCIII, Centro Nacional de Epidemiología; ^bCIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Suicidio es el acto de quitarse la vida de forma voluntaria. Frecuentemente el suicidio queda en intento, sin resultado de muerte. La mortalidad por suicidio se conoce a partir de la estadística de defunciones según causa de muerte del INE, pero el estudio de los intentos es difícil. Según estimaciones, el resultado de muerte se produce en 1 de cada 8-14 intentos, pero solo un 25% de estos acude al hospital. El conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBD) podría aportar información sobre tentativas de suicidio y algunas de las causas asociadas. El objetivo que se plantea es valorar el CMBD como fuente de información para estudiar los intentos de suicidio que llegan al hospital.

Métodos: Estudio descriptivo de los intentos de suicidio atendidos en hospitales a partir del CMBD estatal de 1998-2009. Se seleccionan registros en los que en algún diagnóstico aparece un código de suicidio: E950-E959, y el ingreso es urgente, en hospitales de 11 CC.AA. que a lo largo de todos estos años presentan datos más consistentes de este evento. El 47,2% de las muertes por suicidio se da en estas CC.AA. Se describen el método empleado y los problemas mentales cuando aparecen en alguno de los diagnósticos, según edad y sexo.

Resultados: Entre 1998 y 2008 se registraron 40.886 altas por intento de suicidio (media anual de 3.407), siendo hombres el 45,2% (2,2 intentos hospitalizados por cada fallecido por suicidio registrado por el INE, cuya media en esas CC.AA. entre 1998-2008 fue de 1.562; el 76,2% hombres). El 81,8% de altas de menores de 15 años y el 63,7% de 15 a 24 corresponden a mujeres. El envenenamiento es el método más utilizado en todos los grupos de edad y sexo, seguido de armas de fuego. En los suicidios consumados el más utilizado por hombres es ahorcamiento y por mujeres ahorcamiento y salto. En mayores de 14 años los problemas psiquiátricos más frecuentes son dependencia-abuso de drogas (27,4%) y trastornos de la personalidad (24,6%). En hombres la dependencia-abuso de drogas y el síndrome de dependencia de alcohol aparecen en el 71,4% de 25-44 y en el 60,3% de 45-64 años. En mayores de 64 años los trastornos depresivos y trastornos episódicos del humor son los más frecuentes: 31,7% en hombres y 44% en mujeres.

Conclusiones: El CMBD parece tener actualmente limitaciones importantes para el estudio de las tentativas de suicidio, principalmente por subregistro de las causas externas. Su gran interés para el co-

nocimiento del fenómeno que permita mejorar su prevención aconseja profundizar y continuar explorando las posibilidades de esta fuente.

1013. ¿ESTÁ INFORMADO EL CÓDIGO DE CAUSA EXTERNA DE LESIÓN EN LAS ALTAS HOSPITALARIAS? CALIDAD DEL CÓDIGO DE CAUSA EXTERNA DE LESIÓN

K. Pérez, E. Cirera, en nombre del Grupo de Trabajo sobre la Medida del Impacto en Salud de las Lesiones por Traumatismos (GTLT-SEE)

Antecedentes/Objetivos: La clasificación internacional de enfermedades 9.ª revisión (CIE9-MC) permite, además de codificar el diagnóstico de lesión, describir en qué circunstancias se ha producido. Esta información, esencial para la vigilancia en salud pública y la investigación de las lesiones y sus determinantes, a menudo no se recoge o se codifica de forma inespecífica. El objetivo es describir el nivel de cumplimentación del código de causa externa de lesión (CE) en el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria de España (CMBDAH) del año 2009 según sexo, edad, gravedad y circunstancias de la lesión (tráfico u otras circunstancias) y analizar su evolución entre 2005-2009.

Métodos: Estudio transversal realizado con el CMBDAH. La población de estudio fueron las altas hospitalarias con diagnóstico principal de lesión traumática (CIE9-MC: N800-N959) en España 2005-2009. Se excluyeron los reingresos y los ingresos programados. Los CE (E800-E999) se agruparon en: CE específico, CE inespecífico y ausencia de CE. Se valoró la gravedad con el Injury Severity Score: leve/moderada ISS = 1-8, grave ISS = 9-24 y muy grave ISS > 24. Las personas lesionadas en una colisión de tráfico se identificaron a partir del CE y el régimen de financiación (aseguradora de tráfico). Se ha hecho un análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes.

Resultados: El año 2009 se produjeron 199.493 altas por lesión traumática, el 60% con algún CE específico, el 16,4% con CE inespecífico y el 23,6% con ausencia de CE. La presencia de CE específico no varió según sexo, edad, día de la semana o mes, pero fue más frecuente en los pacientes muy graves (76,2%), los trasladados a otro centro sanitario (68,6%) y los lesionados de tráfico (83,3%). Sin embargo, en estos últimos, el poco nivel de detalle del CE sólo permitió conocer el tipo de usuario (peatón, ciclista, conductor, etc.) del 48,5% de los pacientes. La presencia de CE específico ha aumentado a lo largo del tiempo, (48% en 2005).

Conclusiones: Aunque la calidad del CE en el CMBDAH ha mejorado en los últimos años, continúa siendo insuficiente pues con frecuencia no se informa, o bien no se codifica con el detalle que permite la CIE9-MC. Dada la carga de enfermedad de las lesiones traumáticas y la utilidad del CMBDAH para la vigilancia epidemiológica, resulta necesario investigar el motivo por el cual esta información no se notifica adecuadamente.

GTLT-SEE: V. Arrufat, C. Borrell, P. Brañas, E. Cabeza, J.C. González-Luque, J. Ferrando, F. García-Benavides, P. Lardelli, M. Gil, C. Martín-Cantera, A.M. Novoa, M. Olabarria, R. Peiró, E. Santamariña-Rubio, M. Seguí-Gómez, J.M. Suelves.