

COMUNICACIONES ORALES I

Cáncer

PARTICIPACIÓN EN CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LOS DISTRITOS DE CIUTAT VELLA Y SANT MARTÍ DE BARCELONA

D. Ochoa, M. Casamitjana, M. Sala, P. Fuste, F. Macià, F. Alameda et al
Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica. Hospital del Mar. Barcelona. Unitat Docent de Medicina Preventiva i Salut Pública IMAS-UPF-ASBP.

Antecedentes y objetivos: En Cataluña el cribado del cáncer de cérvix mediante citología anual/bianual se ha practicado durante años sin una evaluación sistemática de la actividad. La introducción a final de 2006 del nuevo protocolo con cambios en la periodicidad y la aparición de la vacuna del virus del papiloma humano, plantean la oportunidad de una evaluación basal que permita comparar con la evolución del cribado en el futuro. Los objetivos del estudio son conocer la participación en cribado de cáncer de cérvix en los distritos de Ciutat Vella (CV) y St. Martí (SM) de Barcelona durante el período 2000-06; y estimar la periodicidad de las citologías en las participantes.

Métodos: La información sobre mujeres participantes y frecuencia, se obtuvo del registro de citologías de Anatomía Patológica del Hospital del Mar, donde se procesan las muestras del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR) de ambos distritos. La participación se definió como la proporción de mujeres con al menos una citología en un año determinado (participación anual) o durante todo el período (participación global). Los denominadores poblacionales se obtuvieron del padrón. Se consideró como edad de cribado la recomendada por el Plan de Salud 1993-05 (20-64 años). Los resultados se estratificaron por edad, distrito y ABS.

Resultados: La participación global de las mujeres de 20-64 años en el período 2000-06 fue del 61,5% en CV (rango entre ABS: 36,4-68,1%) y del 40,0% en SM (rango: 19,7-48,4%). La participación fue mayor en mujeres de 20-44 años que en las de 45-64 (53,4 vs 35,5%, $p < 0,01$). La participación global fue del 29,6% en el grupo de 15-20 años y 11,8% en el de 65 o más. La participación anual alcanzó el máximo en 2003 en CV (16,8%) y en 2005 en SM (13,9%). La frecuencia mediana de citologías en las participantes de 20-64 años fue de 0,5 citologías/año, sin diferencias relevantes entre ABS ni grupos de edad.

Conclusiones: Se observó un bajo nivel de participación anual y una alta variabilidad entre distritos y ABS. Sin embargo, entre las participantes, la frecuencia de citologías fue alta. Destacó la participación de los grupos de edad sin indicación de cribado. La falta de una recomendación clara de periodicidad de cribado, hace difícil saber si el indicador de "participación anual" refleja la participación real. Se deberían estudiar factores que expliquen la variabilidad en la participación entre ABS, como diferencias en la cobertura sanitaria privada y en la accesibilidad a los centros del PASSIR. Una mejor distribución de recursos permitiría ajustar el cribado a las indicaciones de edad y periodicidad, y mejorar la participación en algunas áreas.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

M. Esteva, J. Ripoll, C. Sánchez-Contador, F. Collado, J. Cortés, M. Torrent, E. Castaño et al

Unidad Investigación Gerencia Atención Primaria Mallorca. Programa Detección Precoz Cáncer de Mama. Conselleria de Salut i Consum. Balears. Asociación Española Contra el Cáncer. Gerencia de Área de Menorca. Ibsalut. Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria. Conselleria de Salut i Consum. Balears.

Antecedentes y objetivos: Evaluar qué factores son predictivos de la no adhesión a la invitación a un programa de detección precoz de cáncer de mama.

Métodos: *Diseño:* Estudio caso-control. Los casos son mujeres que, después de haber sido invitadas a entrar en el programa para hacerse una mamografía, no han acudido a la cita y los controles las que sí han acudido. Mujeres de Mallorca de edades entre 50 y 64 años. Se extrajo una muestra aleatoria de la base de datos del programa de mujeres citadas (que participaron y que no participaron). Se recogieron variables sociodemográficas, sobre mamografías previas y experiencia en actividades preventivas, escala de creencias de salud, uso de servicios, recomendaciones de médicos, influencia social, mediante una entrevista personal realizada en el domicilio de cada una de ellas.

Resultados: Se contactó con 192 casos y 194 controles, se incluyeron 101 y 173 mujeres respectivamente. Casos y controles fueron similares en cuanto a la edad, situación laboral, estado civil y país de origen. Tener estudios universitarios incrementaba la probabilidad de no participar OR 5,28 (IC 95% 1,57-17,68). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles respecto a antecedentes familiares de cáncer, síntomas mamarios, ni adherencia a actividades preventivas. En cuanto a la actitud de las personas próximas respecto a que se realizaran la mamografía del programa tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles. Tampoco en creencias de salud sobre cáncer de mama (susceptibilidad, beneficios, barreras). Los casos se han hecho más mamografías en los dos años previos que el grupo control OR = 2,76, (IC 95% 1,64-4,64) y lo han hecho principalmente en centros privados frente al de controles OR = 0,06, (IC 95% 0,02-0,16). Los casos han recibido más recomendaciones por parte del ginecólogo que los controles, OR = 2,2 (IC 95% 1,3-3,8) y visitan más al ginecólogo que los controles ($P = 0,01$). No hay diferencias respecto a las recomendaciones realizadas por el médico de familia. Existe mayor probabilidad de no adherencia si las mujeres tienen seguro privado OR = 5,62, (IC 95% 3,28-9,6) y si visitan habitualmente a un médico privado OR = 3,9, (IC 95% 2,16-7,03).

Conclusiones: La no participación en la primera ronda del Programa de detección precoz de cáncer de mama en Balears está determinada principalmente por la asistencia a servicios privados de salud.

Financiación. ISCIII-RETICI RD06/0018, FIS/010624 y de la AECC.

ESTUDIO PILOTO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORECTAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

M.D. Salas Trejo, R. Andrés Lozano, M. Andrés Martínez, P. Casares Badía, A. Gimeno Moreno, I. Gónzalez Serrano, C. Llorens Ivorra, A. Málaga López, R. Pac Sa et al

Dgsp Conselleria Sanitat Comunidad Valenciana.

Antecedentes y objetivos: El cáncer colorrectal (CCR) reúne los requisitos para ser objeto de cribado. El código europeo contra el cáncer y la UE incluyen el cribado CCR. En la Comunidad Valenciana se inició un estudio piloto en el año 2006. El objetivo es disminuir la incidencia y mortalidad CCR. Los objetivos específicos son: conocer la aceptabilidad en la población diana, la viabilidad, determinar las necesidades de recursos humanos y técnicos, y valorar la participación según la modalidad de invitación utilizada, para estudiar su extensión a toda la población.

Métodos: *Población diana:* Hombres y mujeres entre 50-69 años, y un grupo de 50-74 años. *Test:* sangre oculta en heces (resina de guayaco sin rehidratación). Se toman 2 muestras de 3 deposiciones consecutivas sin restricción. Los resultados se clasifican: positivos, positivos débiles, negativos y errores técnicos. *Periodicidad:* Bienal. *Método de invitación:* opción 1 (43.630 cartas) desde los Centros de Salud Pública, mediante carta nominal, tríptico y tarjeta de aceptación. En la opción 2 (4.143) se envía directamente el test. Las muestras se depositan en los Centros de Salud, son procesadas por el Equipo de Atención Primaria. *Comunicación de los resultados:* negativos y errores técnicos por carta, positivos débiles (realizan de nuevo el test con restricción dietética) y positivos se notifican por el médico de Atención Primaria. *Prueba de confirmación diagnóstica:* colonoscopia óptica, utilizando sedación superficial, profunda o nada.

Resultados: La población diana 102.554. Cartas válidas de invitación tramitadas 40.560. Participación global esperada (tarjetas de aceptación recibidas) 42,47%, participación alcanzada (test recibidos) opción 1 32,37%, y opción 2 38,06%. Errores técnicos 2,14%, negativos 96,4% positivos débiles 1,21%, positivos 2,40%. Tasa detección por 1000, adenomas de alto riesgo y cáncer invasivo, y de neoplasia 4,1 y 7,6 respectivamente. La tasa de aceptación de la colonoscopia 92,93%; 87,65% de ellas son completas; 46,63% son diagnóstico-terapéuticas.

Conclusiones: Con resultados preliminares, el cribado de CCR tiene una buena aceptación en nuestra comunidad, con resultados más elevados que otros estudios. La participación es mayor en la opción 2 que en la 1. El porcentaje de resultados positivos obtenidos se encuentra entre los rangos más bajos de los diferentes estudios, así nos planteamos utilizar test inmunológicos como prueba de cribado por su mayor sensibilidad y especificidad. Es importante la realización de estudios piloto antes de generalizar un programa de cribado para toda la población.

O-005

MODELIZACIÓN DE LA DISEMINACIÓN DE LA MAMOGRAFÍA PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DE LA DETECCIÓN PRECOZ

M. Rué, M. Carles, E. Vilapinyo, M. Martínez, J.A. Espinàs, R. Pla, P. Brugulat et al

Universitat de Lleida. Departament de Salut. Generalitat Catalunya. Universitat Rovira i Virgili. Institut Català d'Oncologia.

Antecedentes y objetivos: El consorcio Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network (CISNET) del National Cancer Institute (NCI) de EE.UU modelizó el impacto de la detección precoz y de las terapias adyuvantes en las tendencias de mortalidad por cáncer de mama. Uno de los "inputs" que estos modelos necesitan es la diseminación de la mamografía en el período estudiado. Nos hemos basado en la metodología del CISNET para evaluar la diseminación de la mamografía de cribado en Cataluña en las dos últimas décadas.

Métodos: Se modelizan dos aspectos relacionados con el uso de la mamografía: 1) edad en el momento de la mamografía inicial y 2) intervalos entre mamografías sucesivas. Estos dos aspectos se combinan para simular historias individuales de cribado en mujeres representativas de la población residente en el área geográfica analizada en el período estudiado. Los resultados obtenidos con el modelo de simulación se validan con los datos observados en fuentes de información externas (encuestas de Salud o encuesta específica sobre uso de la mamografía). 1) Para modelizar la edad en el momento de la mamografía inicial se utiliza el modelo de difusión de la innovación de Rogers: $dF(a)/da = (k_1 + k_2 F(a)) (1-F(a))$ donde $F(a)$ es la fracción de población de edad "a" que ya se ha sometido a una mamografía inicial de cribado y k_1 y k_2 representan efectos externos e internos a estimar. 2) Para la modelización del comportamiento respecto a las mamografías sucesivas se estima la probabilidad de hacerse cribado anual, bianual o de manera irregular. Estas probabilidades se utilizarán para generar historias de cribado representativas de las prácticas observadas en el período estudiado.

Resultados: Resultados provisionales muestran que en Cataluña, según datos de la encuesta de salud del año 2002, el porcentaje de mujeres que se habían realizado alguna mamografía preventiva a lo largo de su vida, entre las cohortes de mujeres nacidas en los años 1935, 1940, 1945 y 1950 fue de 50%, 70%, 75% y 78%, respectivamente. Entre los años 1994 y 2002, estas cohortes pasaron de 25% a 50%, 37% a 70%, 45% a 75% y de 44% a 78%, respectivamente. Estos resultados se actualizarán con los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña de 2006. Asimismo, se estudiarán los patrones de utilización de mamografías por cohortes y edad durante el período estudiado.

Conclusiones: Para las cohortes nacidas antes de 1950, la introducción de la mamografía puede considerarse un efecto período, pero son las mujeres nacidas después de 1950 las que más se pueden beneficiar de la detección precoz por el hecho de hacerse exámenes periódicos a lo largo de todo el intervalo de edad recomendado.

Financiación. Proyectos FIS PI061649/FIS PI0690355/AATRM068-27-06.

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA INFLUENCIA DE LA DEMORA DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA EN LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER COLORECTAL

M.R. Ramos Monserrat, M.E. Esteve Cantó, C.A. Cabeza Aranguren, L.C. Llobera Cànaves, R.T. Ruiz Torrejón et al

Conselleria de Salut i Consum. Gerencia de Atenció Primària de Mallorca.

Antecedentes y objetivos: El período de tiempo comprendido entre el inicio de síntomas hasta el diagnóstico o tratamiento recibe el nombre de demora diagnóstica o terapéutica. Existen evidencias de que la demora diagnóstica o terapéutica influye en la supervivencia del cáncer de mama, pero no para el resto de localizaciones. El objetivo de este estudio es determinar la influencia de la demora diagnóstica o terapéutica sobre la supervivencia en el cáncer colorectal.

Métodos: Revisión sistemática a partir de Medline, Embase, Cancerlit and Cochrane Database of Systematic Reviews para el período entre 1992 y 2006. Se han utilizado combinaciones de descriptores (colorectal neoplasms, gastrointestinal neoplasms, early diagnosis, diagnostic techniques and procedures, survival, prognosis factors) y palabras clave (diagnostic delay, patient delay, doctor delay and cancer). De cada artículo identificado se ha revisado la bibliografía, lo que nos ha permitido identificar otros sin límite de año de publicación. Dos revisores han leído y evaluado los artículos de acuerdo a unos criterios de calidad definidos previamente. Se ha realizado un metaanálisis basado en el cálculo de la OR y en el modelo de efectos aleatorios.

Resultados: Se han identificado 33 estudios, que incluyen 18.794 pacientes. Se ha observado heterogeneidad en la medición de la demora. Hemos excluido 13 trabajos debido a la utilización de muestras excesivamente restringidas (exclusión de pacientes con obstrucción intestinal o de los que fallecieron 1-3 meses después de la cirugía) o porque sólo estudiaron un fragmento de la demora (demora debida al paciente o debida al sistema). De los 20 restantes, en 14 no se observó asociación entre la demora y la supervivencia, en 4 la demora resultó ser un factor de mejor pronóstico y en 2 de peor pronóstico. Cuando el colon y el recto se estudiaron por separado, cuando se realizó un análisis multivariante o se tuvo en cuenta el efecto del estadio o el grado de diferenciación, no se halló asociación entre demora y supervivencia. Para realizar el metaanálisis, fue necesario excluir 12 estudios más debido a que en el artículo no constaban los números absolutos o había discrepancias. Con los 8 restantes, se obtuvo una OR combinada fue de 0,7963 (IC 95%: 0,6869-0,9230).

Conclusiones: La revisión realizada no permite establecer de manera definitiva la influencia de la demora diagnóstica o terapéutica sobre la supervivencia del cáncer colorectal, pero sugiere que una reducción de la demora no implica una mejor supervivencia.

Financiación. Conselleria de Salut i Consum.

O-007

O-006

DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CÁNCER EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

M. Casamitjana, M. García, G. Llonch, M. Peris et al

Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica. Hospital del Mar. Barcelona. Servicio de Prevención y Control del Cáncer. Institut Català d'Oncologia.

Antecedentes y objetivos: Establecer circuitos preferentes de derivación ante una sospecha de cáncer, es una de las estrategias para mejorar la atención oncológica y evitar el retraso diagnóstico imputable al ámbito sanitario. Sabemos que los síntomas iniciales de un cáncer son en muchos casos inespecíficos, establecer un protocolo clínico concreto coordinado entre los distintos niveles asistenciales, que incorpore el acceso a las pruebas diagnósticas, contribuye a mejorar el proceso asistencial. Los objetivos de este estudio son: evaluar la utilización y caracterización de las pruebas diagnósticas ante la sospecha de cáncer en un programa de diagnóstico rápido (PDR) y su impacto en la confirmación del cáncer.

Métodos: Estudio de seguimiento retrospectivo de los casos de sospecha de cáncer de pulmón, colorectal, próstata y mama en 12 áreas básicas de salud (ABS) de la ciudad de Barcelona (población: 278.316 habitantes). Se recogieron todas las peticiones urgentes (TAC torácico, colonoscopia, mamografía, y ecografía prostática) derivadas a los hospitales de referencia durante el primer semestre del 2006. Se calculó la utilización del PDR según ABS y el valor predictivo positivo (VPP) del PDR según tipo de cáncer, y se evaluó el impacto del PDR en la confirmación de cáncer.

Resultados: Desde atención primaria se solicitaron 374 derivaciones de sospecha de cáncer en 4 localizaciones tumorales durante el período del estudio, obteniéndose una tasa de utilización global de 13,4 por 10.000 habitantes (rango entre ABS: 20,0-2,5%). De estas derivaciones de sospecha de cáncer obtenemos un VPP global de 14,9 (6,2 para cáncer de pulmón, 12,5 para cáncer colorectal, 17,8 para cáncer de mama y 20,6 para cáncer de próstata). El impacto del diagnóstico rápido para la confirmación de cáncer supone un 5,9% global (4,3% en cáncer de pulmón, 4,4% en cáncer colorectal, 6,5% en cáncer de mama y 10,6% en cáncer de próstata).

Conclusiones: Destacamos la desigual utilización del PDR entre las áreas básicas de salud. Observamos un VPP de las derivaciones de sospecha de cáncer en general bajo, siendo el más alto el cáncer de próstata, debido a que la indicación de la ecografía prostática viene seleccionada por la determinación de la prueba analítica (PSA) previa. El cáncer de pulmón con el VPP más bajo, pone en evidencia la utilización del PDR para diagnosticar otras patologías a partir del TAC torácico. El impacto del programa en la confirmación de cáncer es también escaso, esperamos que el análisis de los síntomas de sospecha y de la utilización de otros circuitos en este mismo estudio aporte más datos explicativos.

Financiación. AATRM (Ref. 077/25/02).

SEGUIMIENTO DE UN CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DEL CÁNCER EN LA REGIÓN SANITARIA DE BARCELONA

X. Sintés Pascual, A. Pozuelo García, J. Benet Travé, R. Llausí Selles, A. Coma Fusté, I. Vallverdú Duch, A. Guarga Rojas et al

Regió Sanitària de Barcelona. Consorci Sanitari de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: Con el objetivo de disminuir el intervalo entre la sospecha fundamentada y el diagnóstico e inicio del tratamiento del cáncer, se implantó en Cataluña un Circuito de Diagnóstico Rápido (CDR) para los tres tipos de cáncer más frecuentes en nuestra población (pulmón, colorectal y mama). A continuación se describen los resultados del seguimiento durante los primeros 9 meses desde su implantación en la Región Sanitaria de Barcelona (último trimestre de 2005 y primer semestre de 2006)

Métodos: Se incluyeron en el CDR todos los pacientes con sospecha fundamentada de cáncer, excluyendo las recidivas. En un cuestionario se recogió trimestralmente los datos agregados para cada hospital la siguiente información: número de casos incluidos en el CDR, número de casos diagnosticados de cáncer en el CDR y el número de casos derivados desde la Atención Primaria. En otro cuestionario se recogió información a cerca del intervalo de tiempo entre la entrada en el circuito y el inicio del tratamiento, recogiendo el número de casos con intervalo menor a 30 días. Para evaluar el seguimiento del CDR se calculó para cada tipo de cáncer el porcentaje de pacientes incluidos derivados de Atención Primaria, el porcentaje de pacientes incluidos diagnosticados de cáncer y porcentaje de pacientes con intervalo inferior a 30 días desde la entrada en el CDR e inicio de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 2.203, 2.278 y 869 pacientes en el CDR de cáncer de colorectal, mama y pulmón respectivamente. El porcentaje de casos incluidos derivados desde Atención Primaria fue del 65,9% por sospecha de cáncer colorectal, 55,15% por sospecha de cáncer de mama y 48,32% por sospecha de cáncer de pulmón. Entre los pacientes incluidos se confirmó el diagnóstico de cáncer colorectal, mama y pulmón en un 48,7%, 53,20% y 57,16% de los pacientes respectivamente. El intervalo entre inclusión en el circuito e inicio del tratamiento fue inferior a 30 días en 60,40% de los pacientes diagnosticados de cáncer de colon, 52,16% para cáncer de mama y 50,82% para cáncer de pulmón.

Conclusiones: Se valora como muy positiva la puesta en marcha de este circuito para mejorar la asistencia de los pacientes en dicho tumores. A pesar que en muchos centros ya existía un circuito explícito y conocido por todos los servicios que intervienen en estas patologías, en otros centros se ha procedido definir y clarificar los flujos, con lo cual es de suponer que se producirá una mejora en la gestión de estos pacientes. Actualmente, dada la fase inicial en que se encuentra este proyecto no es posible determinar cuantitativamente los índices de mejora de los indicadores establecidos para su monitorización.

O-008

O-009

VARIABILIDAD INTERHOSPITALARIA EN UN PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DEL CÁNCER

X. Sintés Pascual, A. Pozuelo García, J. Benet Travé, R. Llausí Selles, A. Coma Fusté, I. Vallverdú Duch, A. Guarga Rojas et al
Regió Sanitària de Barcelona. Consorci Sanitari de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: El estudio de la variabilidad entre centros es utilizado por la administración sanitaria como proceso destinado a la mejora de la calidad asistencial entre los diferentes proveedores ya que permite identificar áreas de mejora y líneas óptimas de trabajo. El objetivo del presente estudio es describir la variabilidad entre los diferentes hospitales de utilización pública de la Región Sanitaria de Barcelona en la implantación de un Circuito de Diagnóstico Rápido (CDR) para cáncer colorectal, mama y pulmón.

Métodos: Se incluyeron en el CDR todos los pacientes con sospecha fundamentada de cáncer. Cada uno de los hospitales recogió trimestralmente para los tres tipos de cáncer la siguiente información: número casos incluidos en el CDR, número de pacientes incluidos en el CDR diagnosticados de cáncer y el número de casos derivados desde la Atención Primaria (cuestionario de inclusión); número de casos con intervalo de tiempo desde la entrada en el circuito e inicio del tratamiento inferior a 30 días (cuestionario de tratamiento). La unidad de análisis fueron los hospitales ($n = 27$). Se calculó la mediana y el rango intercuartil (RI) del porcentaje de pacientes incluidos derivados de Atención Primaria, el porcentaje de pacientes incluidos diagnosticados de cáncer y porcentaje de pacientes con intervalo inferior a 30 días desde la entrada en el CDR e inicio de tratamiento.

Resultados: La mediana de casos derivados desde Atención Primaria fue del 65,08% (RI 35,31%-81,72%) para el CDR de cáncer de colon, 51,88% (RI 30,69%-85,62%) para cáncer de mama y 50,00% (RI 34,84%-70,50%) para cáncer de pulmón. En cuanto a los casos diagnosticados de cáncer en los pacientes incluidos en el CDR, la mediana fue del 39,10% (RI 20,47%-67,58%) para el CDR de cáncer de colon, 49,15% (RI 26,16%-70,83%) para cáncer de mama y 57,14% (RI 43,05%-80,00%) para cáncer pulmón. Por lo que se refiere a un intervalo inclusión-tratamiento inferior a 30 días la mediana fue 61,54% (RI 50,00%-77,78%), 57,27% (RI 35,91%-87,20%) y 53,44% (RI 36,16%-79,33%) para cáncer de colorectal, mama y pulmón respectivamente.

Conclusiones: Los resultados del estudio muestran una alta variabilidad interhospitalaria en la Región Sanitaria de Barcelona en el CDR tanto en las derivaciones de Atención Primaria, confirmación diagnóstica e intervalo inclusión-tratamiento para los tres tipos de cáncer estudiados. Por otro lado, aunque el porcentaje de pacientes con intervalo inclusión-tratamiento es menor al 80% en la mayoría de los centros, dada su reciente implantación, cabe esperar que en un futuro se regulen los mecanismos necesarios entre los diferentes proveedores de servicios sanitarios para acercarse al máximo o superar esa cifra.

O-011

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER COLORECTAL EN ESPAÑA DURANTE EL PERÍODO 1985-2004 Y PROYECCIÓN BAYESIANA PARA EL PERÍODO 2004-20019

J. Ribes, M. Navarro, R. Clèries, L. Esteban, L. Pareja, G. Binefa, M. Peris, J.A. Espinàs, J.M. Borràs et al
Institut Català d'Oncologia. Pla Director d'Oncologia de Catalunya. Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: En las últimas décadas, la mortalidad por cáncer colorectal (CCR) ha disminuido en los EE.UU. y en algunos países europeos. Nuestro objetivo es analizar la tendencia de la mortalidad por CCR en España durante el período 1985-2004 y estimar la proyección de mortalidad por CCR para el período 2005-2019.

Métodos: Se ha realizado un análisis edad-período-cohorte (EPC) para investigar el efecto de la edad, el período y la cohorte de nacimiento sobre la mortalidad por CCR en España para los dos sexos. Se ha utilizado un modelo Bayesiano de EPC para estimar las proyecciones de mortalidad por CCR.

Resultados: La mortalidad por CCR ha aumentado en los dos sexos (5,01% por año en hombres, 2,83% por año en mujeres) durante el período 1985-1994. Desde 1994, la mortalidad ha aumentado en hombres (un 1,64%) y disminuido en mujeres (0,55%). La mortalidad por cáncer de colon se ha incrementado durante el período analizado en hombres, siendo este aumento menor en la segunda década (1985-1994: 5,01%; 1995-2004: 1,80%). En mujeres, la mortalidad por cáncer de colon ha aumentado durante la primera década (2,83%) y ha permanecido constante durante la segunda (-0,13%). Para el cáncer de recto, la mortalidad ha aumentado en los hombres (1,22%) y ha disminuido en las mujeres (-1,14%) durante el período de estudio. Las proyecciones mostraron un ligero aumento del número de muertos por CCR en hombres mayores de 60 años y una estabilización en las mujeres.

Conclusiones: Durante el período 1985-2004, la mortalidad por CCR en España ha disminuido en los dos sexos. La reducción de mortalidad de CCR ha sido mayor desde 1995 para los hombres y, especialmente, para cáncer de colon. Como no existía cribado generalizado de CCR en España durante el período analizado, la reducción de la mortalidad por CCR se podría relacionar con los avances en el tratamiento implementados desde 1990. La introducción del cribado generalizado de CCR y el adecuado tratamiento de los casos diagnosticados podrían reducir el impacto de este tumor.

O-010

ESTUDIO DE LOS RIESGOS COMPETITIVOS EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN CATALUNYA

E. Vilaprinyo, M. Rué, R. Gispert, M. Martínez, M. Carles, R. Pla, J.A. Espinàs et al

Universitat de Lleida. Departament de Salut. Generalitat Catalunya. Universitat Rovira i Virgili. Institut Català d'Oncologia.

Antecedentes y objetivos: Los modelos que valoran la reducción de la mortalidad por cáncer de mama atribuible a su detección precoz, requieren estimar previamente la mortalidad por cáncer de mama en presencia de otras causas de muerte. El objetivo de este estudio es estimar tablas de vida excluyendo la mortalidad por cáncer de mama por edades y cohortes de nacimiento, para utilizarlas en los modelos citados anteriormente. Esta metodología permite valorar también el impacto de excluir o reducir la mortalidad por cáncer de mama.

Métodos: Siguiendo el trabajo de M.A. Rosenberg, primero se construyeron tablas de vida por cohortes de nacimiento con datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Centre d'Estudis Demogràfics (CED). A continuación, se obtuvieron tablas de vida excluyendo la mortalidad por cáncer de mama, usando los datos de mortalidad del Registro de Mortalidad de Catalunya. Para ello, se estimó la probabilidad de morir por cáncer de mama en presencia de otras causas para las mujeres nacidas en una determinada cohorte. Estas probabilidades se restaron de la probabilidad de morir global para obtener las probabilidades que proporcionan las tablas de vida objetivo del estudio.

Resultados: Los resultados preliminares muestran que el impacto sobre la mortalidad general de excluir las muertes por cáncer de mama es nulo a edades tempranas y pequeño a edades avanzadas. Además, para las cohortes nacidas después de 1950 el peso del cáncer de mama en la mortalidad global fue mayor que para cohortes nacidas anteriormente, aunque su probabilidad de morir por esta causa era menor que en épocas anteriores. Esto sugiere que las mujeres nacidas en la primera mitad del siglo XX estaban más afectadas por otras causas de muerte.

Conclusiones: Se obtuvieron probabilidades de morir por causas distintas de cáncer de mama, como paso previo a modelizar la reducción de mortalidad por cáncer de mama atribuible a la mamografía de cribado.

Financiación. Projectos FIS PI061649/FIS PI0690355IAATRM068-27-06.

Desigualdades de género

ASOCIACIÓN ENTRE SITUACIÓN LABORAL DE LA MUJER Y LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN ESPAÑA. 1991-2001

M.E. Orjuela Ramírez, E. Ronda Pérez, E. Regidor et al

Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Departamento Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. Departamento Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Complutense de Madrid.

Antecedentes y objetivos: La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en España ha registrado un incremento progresivo en los últimos años. Este conculda con la tendencia creciente de participación en el mercado laboral de mujeres entre 15 a 49 años, que ha pasado de 46,6% en 1991 al 61,8% en 2001. **Objetivos:** determinar la asociación entre la actividad laboral de la mujer y la práctica de IVE en mujeres de 15 a 49 años en España.

Métodos: Se estudiaron las variables edad, actividad laboral y nivel de estudios, en mujeres de 15 a 49 años residentes en España, que optaron por la IVE en los tres supuestos legales de su práctica, desde 1991 hasta el año 2001. Los datos de las IVE, proceden del Registro de Notificaciones de Interrupción Voluntaria del Embarazo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Los denominadores, de los censos de población del año 1991 y 2001 y de la encuesta de población activa. Se calcularon tasas, frecuencias absolutas y relativas de IVE según edad, actividad laboral y nivel de estudios.

Resultados: Las tasas de IVE en mujeres activas se han incrementado de 11,6 por 1.000 mujeres (1991) a 15,7 por 1.000 mujeres (2001). En el año 2001 la tasa de IVE también aumentó en las inactivas (8,8 por 1.000) con respecto al año 1991 (5,6 por 1.000). Existe una tendencia creciente y paralela de las tasas de actividad laboral con las tasas de IVE en el grupo de mujeres no universitarias, mientras que en las mujeres universitarias se observa una tendencia estable de las tasas de actividad laboral y una tendencia descendente de las tasas de IVE. Entre las mujeres no universitarias la razón de tasas ajustada por edad de IVE entre activas e inactivas fue 2,54 (1991) y 2,17 (2001). Entre mujeres universitarias fue 0,50 en 1991 y 0,63 en 2001.

Conclusiones: Se encontró asociación entre la actividad laboral y el IVE. La asociación es diferente en mujeres que no tienen estudios universitarios que en mujeres con estudios universitarios. Entre las primeras, la actividad laboral se asocia con una mayor frecuencia de IVE, mientras que en las segundas se asocia con una menor frecuencia de IVE. Los hallazgos sugieren que el aumento de IVE en España ha coincidido con el aumento de la tasa de actividad laboral en mujeres no universitarias. Esto podría explicarse en parte, por las dificultades que encuentran las mujeres no universitarias de conciliación de la vida laboral y familiar, en el intento de procurar las atenciones y cuidados familiares sin la pérdida de oportunidades en la vida laboral, ya que coinciden los periodos de demanda de atención en las dos situaciones.

FACTORES RELACIONADOS CON LA LACTANCIA MATERNA EN CATALUÑA

M.J. Vidal Benedit, M. Jané Checa, R. Prats Coll, C. Cabezas Peña, A. Plasència Taradach et al

Programa de Salut Maternoinfantil. Direcció General de Salut Pública. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes y objetivos: La lactancia materna (LM) constituye un comportamiento determinado por las culturas. Hay evidencia científica que la LM es el mejor método de alimentación del recién nacido durante los primeros meses de vida. Para poder hacer una correcta planificación de las intervenciones y alcanzar objetivos concretos, es necesario establecer estudios epidemiológicos y sistemas de monitorización que permita establecer un correcto análisis de la situación actual. En este sentido se incluye este estudio dentro del marco de la Salud Pública. Se analiza la prevalencia de LM y sus factores asociados en Cataluña en el año 2005.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de una muestra aleatoria y estratificada por regiones sanitarias de forma proporcional de 1.206 recién nacidos de 12 meses de vida. La fuente de información ha sido el registro de nacimientos del Programa de Salud Maternoinfantil de la Dirección General de Salud Pública. Se hizo encuesta telefónica mediante cuestionario estandarizado. Las variables incluidas fueron: tipo de lactancia al inicio, duración, momento de introducir otros alimentos, edad de la madre, edad gestacional, peso al nacer, región sanitaria, tipo de parto y procedencia de la madre. El análisis divariado se realizó con el programa Epiinfo y se presentan los OR con los IC 95%.

Resultados: La prevalencia de LM inicial en Cataluña obtenida en el estudio es del 81,1%, y de la LM artificial del 18,9%. Al 4º mes el 48,3% de las madres da LM. A los 12 meses, el 11,5% de madres mantienen LM. Los partos con cesárea (OR: 1,51; IC: 95%; p: 0,001), el bajo peso al nacer (OR: 8,41; IC: 95%; p: 0,0001) y la prematuridad (OR: 2,3; IC: 95%; p: 0,0001) se asocian significativamente con menor prevalencia de LM. La LM en madres inmigrantes es mayor que en autóctonas (OR: 5,2; IC: 95%; p: 0,0001). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas con la edad de la madre (OR: 1,22; IC: 95%; p: 0,23).

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de LM en Cataluña, tanto en el inicio como a lo largo del primer año de vida del recién nacido. Se objetiva un progresivo descenso de la prevalencia a lo largo del primer año, más patente a partir del 4º mes de vida del recién nacido que se relaciona con la introducción de nuevos alimentos. La prematuridad, el parto con cesárea y el bajo peso del recién nacido está asociado de forma significativa con una menor prevalencia de LM. La población inmigrante en Cataluña da el pecho en mayor medida que la población autóctona.

DIFERENCIAS POR SEXO EN LA ESTANCIA MEDIA DE UN SERVICIO QUIRÚRGICO

C.B. Arnold Bichler, M.T. Ruiz Cantero, V. Clemente Gómez, J. Torrubiano Domínguez et al

Hospital General Universitario Alicante. Salud Pública Universidad Alicante.

Antecedentes y objetivos: Algunos estudios de estancias hospitalarias detectan diferencias según sexo a igual procedimiento quirúrgico (PQ). Existe escasa información sobre las estancias post-quirúrgicas según sexo, responsabilidad de los servicios de cirugía. El objetivo de este trabajo es comparar estancias medias (EM) post-quirúrgicas por sexo de los PQ, según edad y gravedad entre 1993-2005 en el Servicio de Cirugía General Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo 1993-2005. **Población:** 16.773 pacientes (9.262 hombres [H], 7.511 mujeres [M]) > de 14 años. **Fuente:** CMBD (ICD-9-MC) Unidad de Admisión HGUA. **Variables:** Nº historia clínica, edad, sexo, diagnóstico y PQ principales, fecha de intervención y alta, y tiempos quirúrgicos como proxy de la gravedad (cirugía menor [$< 60'$], media [$60'-120'$] y mayor [$> 120'$]). Comparación de estancia medias (EM) post-quirúrgica según sexo. Comparación de las EM en los tres tiempos quirúrgicos por sexo y estrato de edad (Contraste de Mann-Whitney).

Resultados: Existen diferencias significativas según sexo en EM por tiempo quirúrgico: Por cirugía menor las M permanecen más días que los H ($p < 0,00001$); mientras que por cirugía media los H permanecen más días que las M ($p < 0,00001$). En cirugía mayor se observa que los H permanecen una media de 28,78 días y las M de 26,44 días ($p = 0,002$). Las mayores diferencias de EM según sexo, a igual edad y tiempo quirúrgico se observan en cirugía media. Los H tienen mayor estancia media que las M en apendicectomía ($H = 5,28$ vs. $M = 4,73$), colecistectomía ($H = 9,31$ vs. $M = 6,75$), intervenciones gástricas ($H = 17,46$ vs. $M = 15,12$), esofágicas ($H = 23,79$ vs. $M = 8,8$) y de recto ($H = 15,94$ vs. $M = 14,34$). Las M tienen mayor EM que los H en hernia ($M = 5,97$ vs. $H = 3,99$) y otras intervenciones de estómago ($M = 14,43$ vs. $H = 10,97$).

Conclusiones: A igual edad, colecistectomías, apendicectomías y hernias (61,75% de los PQ atendidos en cirugía del HGUA) presentan las más importantes diferencias significativas por sexo en cuanto a la estancia media. En concreto, en las colecistectomías y las apendicectomías presentan mayor estancia media los hombres que las mujeres, y en las hernioplastias es al contrario, mayor estancia media las mujeres que los hombres. La existencia de sesgos de género viene reflejada por una estancia media desigual por sexo, a mismo procedimiento quirúrgico y edad.

O-015

¿PODEMOS LAS MUJERES TOMAR CON TRANQUILIDAD ANALGÉSICOS RECIENTEMENTE COMERCIALIZADOS? ANÁLISIS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS (EC'S) DE ETORICOXIB DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

E. Chilet Rosell, M.T. Ruiz Cantero et al
Universidad de Alicante.

Antecedentes y objetivos: Como en la mayoría de los estudios clínicos, los EC's no han incluido a las mujeres de forma sistemática. Puede deberse a que el sexo no se considera en el diseño y/o análisis de los EC's, o a que no se considera su importancia en la farmacocinética y farmacodinamia, ni a las precisas características de las mujeres en edad fértil o que toman hormonas y su interacción con los fármacos ensayados. Desde 1994, la FDA recomienda que los pacientes que entren a formar parte de los EC's representen a la población que posteriormente tomará el fármaco tras su comercialización, ya que las subpoblaciones pueden responder de diferente modo al tratamiento. El objetivo del estudio es explorar la participación de las mujeres y realizar un análisis con enfoque de género de los EC's de Etoricoxib publicados.

Métodos: Revisión sistemática de los EC's de Etoricoxib, en humanos, indexados en Medline y Registro Cochrane de EC (2000-6). Para la recogida de información de los EC se aplicó un protocolo basado en la Guía de la FDA para el Estudio y Evaluación de las Diferencias de Género en la Evaluación Clínica de Fármacos: inclusión de ambos sexos en el EC, análisis de la efectividad y efectos adversos según sexo, y estudio de la farmacodinamia y toma de precauciones en EC que incluyan a mujeres en edad fértil.

Resultados: Un total de 46.587 individuos participaron en los 42 EC's de Etoricoxib revisados. Un 72% de los EC que incluían información sobre el sexo de los participantes, eran mujeres. En los EC's de Fase I (3% del total de participantes) solo el 30% eran mujeres. Sólo 1 EC estratificó los datos por sexo. Sólo 3 EC estudiaron la eficacia por sexo. En el caso de los efectos adversos, 2 EC's incluyeron el análisis por sexo. Y un único EC incluyó el sexo en la sección de discusión del artículo. Ninguno incluyó la relación dosis respuesta o sangre-curva respuesta. Ninguno consideró la influencia de cuestiones específicas de mujeres en los resultados.

Conclusiones: Resulta preocupante que los EC's de etoricoxib, fármaco que será usado mayoritariamente por mujeres, no apliquen las recomendaciones de la FDA sobre el análisis de género. Los EC's con Etoricoxib incluyeron más mujeres que hombres; pero, la mayoría no incluyen la información mínima para realizar el análisis de género recomendado por la Guía de la FDA. Esta Guía busca ir más allá de la mera inclusión de mujeres en los EC's, busca la inclusión del enfoque de género en el diseño y análisis de EC's para recopilar más y mejor información sobre la salud de las mujeres obteniendo esta información directamente de ellas.

Financiación. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo.

O-017

APRENDIZAJE INTERGENERACIONAL DE LA VIOLENCIA COMO FACTOR DE RIESGO DE VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO

D. Gil-González, C. Vives-Cases, M.T. Ruiz, M. Carrasco-Portiño, C. Carlos Álvarez-Dardet et al
Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. Red de Investigación en Género y Salud (RIGS). España.

Antecedentes y objetivos: Determinar las características y la calidad metodológica de los estudios sobre la asociación entre Violencia del Compañero Íntimo (VCI) y aprendizaje intergeneracional de la violencia (AIV) de los maltratadores.

Métodos: *Revisión sistemática:* se consultaron las principales bases de datos pertenecientes a los ámbitos de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales en todos los años disponibles para cada una de las fuentes de información. *Bases de datos:* Eric (1966-2004), Sociological Abstracts (1963-2005), Science Citation Index (1945-2005), Social Science Citation Index (1956-2005), Medline (1966-2005), Social Service Abstracts (1960-2005), Psycinfo (1972-2005), Social Science Citation Index (1956-2004), y Current Contents (1998-2004). Se obtuvieron 314 trabajos relacionados con la asociación de la VCI- AIV. Después de aplicar los criterios de exclusión, 10 estudios fueron analizados. *Variables estudiadas:* las características de la población, el diseño del estudio, VCI y las mediciones del AIV, las conclusiones, las limitaciones y las intervenciones indicadas.

Resultados: Todos los estudios encontraron alguna asociación entre VCI y AIV. Todos son estudios de corte transversal. El sesgo de recuerdo (7 artículos) y la recopilación de datos retrospectivos (4 artículos) fueron reconocidos como las principales limitaciones metodológicas. La asociación entre el AIV y la VCI fue identificada desde un enfoque individual sin tener en cuenta la interacción de variables relacionadas con el contexto familiar o social. A pesar de esto, el 50% de los estudios proponen medidas preventivas y tratamientos para abordar el problema.

Conclusiones: Las políticas públicas y las medidas para la prevención de VCI basadas en el abordaje de las experiencias de violencia en la infancia de los hombres maltratadores necesitan incrementar su base de evidencia, evitando problemas metodológicos y generando hipótesis que incluyan otras variables de tipo familiar y social, tal y como parece mostrar la naturaleza multicausal de este problema.

Financiación. Trabajo financiado por la Escuela Valenciana de Estudio de Salud y la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana (España) y, con el patrocinio del Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno Español.

O-016

EXPERIENCIAS DE DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LA VULNERABILIDAD A ENFERMAR DE HOMBRES Y MUJERES

E. Martínez-Morante, M.M. García-Calvente, E. Gil-García, G. Maroto-Navarro, I. Mateo-Rodríguez et al
Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes y objetivos: Nuestro objetivo es examinar las experiencias de desigualdad de género en salud de un grupo heterogéneo de mujeres y hombres, para analizar cómo son vividas, cómo se producen y mantienen. Se pretende ofrecer aspectos clave para proponer y evaluar intervenciones desarrolladas desde salud pública, en el marco del Año Europeo de Igualdad de Oportunidades.

Métodos: *Diseño cualitativo con entrevistas en profundidad, desde un enfoque eco-social con dos ejes de análisis:* temporal (diversas edades y trayectorias de vida); espacial o de contexto individual. Se entrevistó a 20 mujeres y 20 hombres, residentes en Granada (ciudad). Perfiles seleccionados según edad, clase social, situación laboral y estado de salud. Análisis de contenido (NudistVivo). *Categoría de análisis:* experiencia de desigualdad en salud, definida como vivencia sobre el proceso salud-enfermedad considerada discriminatoria en base al sexo. Nos centraremos en la dimensión vulnerabilidad a enfermar.

Resultados: Las experiencias discriminatorias en salud son menos referidas en generaciones jóvenes; si bien la clase social distingue las experiencias, el género las une. Existe la creencia compartida de que las mujeres son más vulnerables a enfermar. Los discursos se polarizan, los hombres se centran más en diferencias biológicas y las mujeres en condiciones sociales. Ellos no describen experiencias desiguales a la hora de enfermar, plantean que las mujeres viven más tiempo pero su biología es más débil y son más vulnerables a enfermar, y que existe una migración de patrones femeninos a masculinos en conductas de riesgo que perjudica la salud de las mujeres. Ellas no creen ser débiles por naturaleza. A la biología suman experiencias desiguales como cuidar a personas dependientes sin relevo, proseguir embarazos no deseados, ser víctimas de violencia y abuso de poder de su pareja, trabajar fuera y dentro de casa sin apoyo, enfrentar un duro mercado de trabajo o tener peores pensiones. Estas situaciones son vividas como limitadoras de libertad, como algo negativo para su salud y derivadas de cierto machismo. Las situaciones discriminatorias se acentúan en generaciones intermedias y mayores y en clases sociales menos privilegiadas.

Conclusiones: Las personas entrevistadas explican una diferente vulnerabilidad a enfermar con argumentos biocientistas y describiendo experiencias vividas como discriminatorias. En las mujeres hay mayor conciencia de discriminación. Estas situaciones son vividas como coartadoras de libertad y se producen y mantienen por cómo se construyen y desarrollan las relaciones de género en la sociedad.

Financiación. FIS (Exp. 04 / 1751). Consejería de Salud Junta de Andalucía (Exp. 8/04). RCESP. RIGS.

O-018

VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO: CONFLICTO MARITAL Y DOMINACIÓN MASCULINA COMO FACTORES DE RIESGO

C. Vives-Cases, D. Gil-González, M. Carrasco-Portiño et al
Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. Red de Investigación de Género y Salud. Observatorio de Políticas Públicas. España.

Antecedentes y objetivos: La Violencia del Compañero Íntimo contra la mujer (VCI) es un apremiante problema social naturaleza multicausal. L. Heise ha propuesto un modelo etiológico donde se incluyen factores de tipo individual, relacional (dominación masculina y conflicto marital/verbal) y sociocultural. Se pretende identificar las características y la calidad de las publicaciones que analizan la posible relación entre el conflicto verbal marital y la dominación masculina y la conducta violenta de hombres contra sus parejas o análogo.

Métodos: *Revisión sistemática:* se consultaron bases de datos pertenecientes a los ámbitos de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales en todos los años disponibles para cada fuente de información. En diciembre de 2005 se consultó Embase (1974-2005), Psycinfo (1806-2005), Lilacs (1980-2005), Medline (1966-2005), IME - Índice Médico Español: (1970-2005), Psycodoc (1976-2005), Sociological Abstracts (1952-2005), ISOC (1970-2005).

Resultados: Se identificaron 522 referencias bibliográficas. Se excluyeron todos los estudios sobre violencia del compañero íntimo u otro tipo de violencia centrados en las mujeres afectadas y no en sus maltratadores. Se identificaron 11 artículos publicados entre los años 1986 a 2006. Las muestras incluían solo mujeres, solo hombres o ambos. El 55% de los estudios son de corte transversal, 27% casos y controles, en un 9% se encuentran una serie de casos y un estudio experimental de Psicología. La mayoría de estudios analizados encuentran una asociación positiva entre el factor de riesgo, dominación masculina en la familia o conflicto verbal marital, y la violencia contra las mujeres en la pareja. El 36% de los estudios reconocen una serie limitaciones como: sesgo de mala clasificación, sesgo de recuerdo, sesgo de selección, validez externa y problema de consistencia (sobreestimación del efecto). El 73% de los estudios ofrecen recomendaciones para prevenir o intervenir sobre el fenómeno estudiado.

Conclusiones: La heterogeneidad de las escalas de medición y de las definiciones operativas utilizadas con respecto a ambas variables, conflicto marital y dominación masculina constituyen una limitación que afecta al conocimiento existente sobre el impacto en la violencia contra las mujeres. Se pone de manifiesto el problema de utilización de diseños y análisis limitantes para el estudio de la etiología de VCI. Las limitaciones propias de estos estudios podrían condicionar la eficacia de las intervenciones relacionada con los factores estudiados. Es muy escasa la evidencia tanto en términos de cantidad como de calidad científica.

Financiación. Trabajo financiado por la Escuela Valenciana de Estudio de Salud y la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana (España) y, con el patrocinio del Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno Español.

O-019

SENSIBILIDAD DE GÉNERO EN LOS PLANES INTEGRALES DE SALUD DE ANDALUCÍA

M. Amo Alfonso, A. Martínez Rubio, C. Llamas Martín, S. Ortiz Molina et al

Dirección General Salud Pública (Consejería Salud Andalucía). Centro de Salud de Pilas (Servicio Andaluz de Salud).

Antecedentes y objetivos: Los Planes Integrales de Salud (PI) plantean una metodología de abordaje de problema de salud mediante estrategias globales que, con criterios de equidad, integran las intervenciones más adecuadas (y su evaluación) sobre todos aquellos aspectos de importancia en su manejo, desde los preventivos y asistenciales, hasta los relacionados con la formación y la investigación. En Andalucía hay 6 PI publicados (<http://www.csalud.junta-andalucia.es/principal/>) y 1 elaborado, pendiente de aprobación. Sabemos que las diferencias biológicas, sexuales, culturales y sociales entre hombres y mujeres tienen implicaciones en su salud y, por tanto, también en sus necesidades de intervención sanitaria y social. Consideramos sensibilidad de género (SG) al grado en que los PI tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relación que puede ser fuente de desigualdades y desarrollan acciones para aminorarlas. **Objetivo:** Analizar la SG presente en los PI de Andalucía, tanto en su análisis de situación como en las líneas de acción propuestas.

Métodos: Revisión sistemática de los 7 PI, mediante ficha diseñada al efecto, que recoge y asigna puntos a ítems que sirven de guía de lectura relacionados con: fecha de elaboración y autoría, principios rectores, lenguaje, desagregación de datos por sexo, análisis de factores sociales y roles de género explicativos e intervenciones específicas.

Resultados: Mayoría de hombres en 4 PI, con puntuaciones menores al medir la SG. La SG se contempla como principio rector en 2 PI. Y la equidad en otros 3. Se usa lenguaje no sexista en 3 PI. Desagregan datos por sexo 6 PI. Solo 1 los analiza con SG. Se contemplan estrategias específicas de promoción, prevención y atención sanitaria en todos, generalmente en relación a problemas ginecológicos y de salud reproductiva. El PI más reciente contempla la necesidad de incorporar la SG a los perfiles competenciales de las profesiones sanitarias y de emplear estrategias de difusión diferenciadas en los planes de comunicación. 5 PI consideran prioritaria la investigación sobre desigualdades e inequidades en la atención por causa de género/sexo. Los 2 últimos PI contemplan la perspectiva de género como una línea prioritaria de investigación. Los PI de elaboración más reciente presentan las puntuaciones más altas (> SG).

Conclusiones: Mayor SG en PI elaborados con por grupos con mayoría de mujeres y en los más recientes. Todavía incipiente, empieza a incorporarse la SG, más allá de la desagregación de datos por sexo, en la elaboración de PI.

O-021

¿SON DIFERENTES LAS CARACTERÍSTICAS DEL APOYO SOCIAL EN MUJERES Y HOMBRES DE NUESTRO ENTORNO?

A. Delgado Sánchez, S. Sánchez Garrido, B. Martínez Romero, B. Marcos Ortega et al

Escuela Andaluza de Salud Pública. CS Almanjara.

Antecedentes y objetivos: Conocer las especificidades de red de apoyo, apoyo social percibido y función familiar en mujeres y hombres.

Métodos: Estudio transversal multicéntrico. Muestra de 200 mujeres y 200 hombres mayores de 18 años que consultan a 24 médicos de familia (MF) en 3 centros de salud (CS) urbanos Cuestionario administrado mediante entrevista, tras consulta, entre febrero-septiembre de 2004. **Variables independientes:** Edad, sexo, estado civil (casado/a-pareja estable, separados/as-viudos/as, solteros/as). **Dependientes:** apoyo social percibido (AS) (Duke-UNC-11, Rango 11-55); principal fuente de apoyo (PFA) (pareja, familiares, otros); **red apoyo (RA):** (con cuantas personas puede contar para hablar con confianza, habitualmente cuántos familiares ve en un mes, habitualmente cuántos amigos ve en un mes, cuantas veces al mes se ve con algún familiar, cuantas veces al mes se ve con algún amigo/a. Función Familiar (APGAR, Rango 0-10) Comparación entre mujeres y hombres de variables dependientes mediante chi al cuadrado y t de student.

Resultados: Edad mujeres media = 50,7 (SD = 17,9), hombres media = 51,9 (SD = 18,6). **Estado civil de mujeres y hombres respectivamente:** solteras/os 17,5% y 23%, casados/os 60,5% y 71,5%, separados/os 22% y 5% (p < 0,005). Más mujeres "Sin estudios" (p = 0,007). AS media = 32,9 (SD = 9,4) y media = 34,7 (SD = 8) en mujeres y hombres respectivamente (p = 0,036). PFA 35,5% pareja y 51% familiares en mujeres, 57% pareja y 31,5% familiares en hombres (p < 0,005). **Personas para hablar con confianza:** media = 3,6 (SD = 3) y media = 4,7 (SD = 4) en mujeres y hombres respectivamente (p = 0,002). **Cuantos amigos/as ve en un mes:** media = 5 (SD = 9) y media = 7,7 (SD = 10,3) para mujeres y hombres respectivamente (p = 0,005). **Veces al mes se ve con algún amigo/a:** 6,4 ± 9,6 y 10,1 ± 11,5 en mujeres y hombres respectivamente (p = 0,001). No diferencias significativas en componentes familiares de la red. APGAR: media = 8,5 (SD = 2,2) en mujeres y media = 9,1 (SD = 1,6) en hombres (p = 0,004).

Conclusiones: Entre mujeres y hombres que consultan a su MF existe un perfil diferente en la red de apoyo, en el apoyo social percibido y en la función familiar. Para las mujeres, la principal fuente de apoyo son los familiares mientras que para los hombres es la pareja. Los hombres cuentan con más personas para hablar con confianza, tienen más amigos y los ven con mayor frecuencia que las mujeres. De forma concordante, las mujeres tienen menor percepción de apoyo social. A su vez, perciben peor la función familiar, que en nuestro medio, se relaciona con la percepción de apoyo social.

Financiación. Ayuda de investigación: Consejería de Salud Junta de Andalucía. Expte: 267/03.

O-020

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN ESPAÑA EN LOS AÑOS 1990 Y 2000

M. Carrasco-Portiño, M.T. Ruiz, J. Torrubiano-Domínguez, D. Gil-González, C. Álvarez-Dardet et al

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. Red de Investigación de Género y Salud (RIGS). España. Observatorio de Políticas Públicas. España.

Antecedentes y objetivos: El Índice de Desarrollo relativo al Género (IDG) es un indicador social compuesto que mide el promedio de los avances del desarrollo con el fin de reflejar las desigualdades sociales, económicas y en salud entre hombres y mujeres. Mediante la aplicación de esta herramienta, se pretende describir los cambios en las desigualdades de género entre las Comunidades Autónomas (CC.AA) Españolas en los años 1990 y 2000.

Métodos: Estudio de corte transversal del IDG y sus componentes por CC.AA en 1990 y 2000. El Informe sobre Capital y Desarrollo Humano en España es la fuente de información utilizada para la obtención del IDG (0= más desigual a 1= menos desigual) y de sus componentes [Índices de: Educación, Ingresos y Esperanza de Vida, igualmente distribuidos]. Análisis comparativo de las desigualdades (frecuencias absolutas y relativas) del IDG por CC.AA, y respecto a España.

Resultados: La media del IDG en España es 0,852 en 1990 y 0,895 en 2000. El 59% de las CC.AA han aumentado su IDG por debajo de la media española, destacando como las más bajas, Asturias (3,4%), Cantabria (3,7%) e Islas Baleares (3,7%). Pese a ser Extremadura la CC.AA de más bajo IDG en 1990 (0,802) y 2000 (0,856), es la que más ha reducido la brecha del desarrollo entre hombres y mujeres. Madrid, que es la CC.AA con los valores más altos de IDG en 1990 (0,883), es la segunda comunidad que ha alcanzado el mayor crecimiento en 2000 (0,940). El ingreso es el que más explica las diferencias interregionales del IDG. El promedio de disminución de las desigualdades de género en educación en España fue de 4,5% entre 1990 y 2000. Todas las CCAA disminuyeron las desigualdades. Disminuyeron menos, *Cantabria:* sube 1,3% respecto a 1999, *Asturias:* 1,5%, *I. Baleares:* 2%, *P. Vasco:* 2,6%, *La Rioja:* 2,7% y *Cataluña:* 2,8%. Todas las CC.AA han mejorado en el componente de ingresos, pero *Murcia:* 3,7%, *I. Baleares:* 4%, *Asturias:* 4,4% y *Aragón:* 4,9% han disminuido en menor medida sus desigualdades de género respecto a la media española: 6,2%. Finalmente, las CC.AA que han disminuido menos las desigualdades de género en la esperanza de vida respecto a la media española: 4,2%, son: *Murcia:* 2,7%, *Aragón:* 3,2%, *Canarias:* 3,2%, *Andalucía:* 3,4% y *C. Valenciana:* 3,7%.

Conclusiones: La explotación del IDG aporta información útil para evidenciar desigualdades sociales desde un enfoque de género. Aunque hombres y mujeres en España han mejorado su educación, ingresos y esperanza de vida entre 1990 y 2000, persisten las desigualdades de género interregionales cuyos efectos en las desigualdades en salud deben ser constatados.

Financiación. Trabajo financiado por del Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno Español.

O-022

EL ESTADO DE SALUD DE LAS MUJERES OCUPADAS Y LAS AMAS DE CASA: ¿SON LAS COSAS TAN CLARAS COMO PARECEN?

L. Artazcoz, I. Cortès, L. Cascant, V. Escribà et al

Agencia de Salut Pública de Barcelona. Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut (ÉVES). Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Antecedentes y objetivos: Los objetivos de este estudio son analizar las diferencias en el estado de salud entre las mujeres ocupadas y las amas de casa e identificar los factores relacionados con el estado de salud según la situación laboral. Para ambos objetivos se examinarán las posibles diferencias según el nivel de estudios.

Métodos: Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Barcelona de 2006. La población de estudio fueron las mujeres ocupadas y las amas de casa, casadas o que vivían en pareja de 25 a 64 años (n = 827 y n = 244, respectivamente). Las variables dependientes fueron el estado de salud percibido, la salud mental, el consumo de tranquilizantes y la limitación crónica de la actividad habitual, todas dicotómicas. Las variables predictoras fueron las horas de trabajo total, la convivencia con personas discapacitadas y contar con una persona contratada para realizar tareas domésticas. Se ajustaron modelos de regresión logística multivariados separados por el nivel de estudios y posteriormente también por la situación laboral. El análisis se ajustó por la edad.

Resultados: No se observaron diferencias en el estado de salud percibido, en la salud mental ni en la limitación crónica de la actividad habitual. Entre las mujeres de mayor nivel de estudios, el consumo de tranquilizantes fue superior en las amas de casa (Ora = 2,29; IC 95% = 1,24-4,22). La convivencia con personas discapacitadas se asoció con mal estado de salud y con limitación crónica de la actividad habitual en todos los grupos. También se relacionó positivamente con mal estado de salud mental entre las mujeres ocupadas de más nivel de educación y en las amas de casa de bajo nivel de estudios mientras el consumo de tranquilizantes se asoció con la convivencia con personas discapacitadas en los otros dos grupos (ocupadas de menor nivel de estudios y amas de casa con estudios secundarios o superiores). Entre las mujeres ocupadas de mayor nivel de estudios no disponer de una persona contratada para las tareas domésticas se asoció positivamente con mal estado de salud percibido (Ora = 2,00; IC 95% = 1,13-3,53) y limitación crónica de la actividad habitual (Ora = 2,37; IC 95% = 1,37-4,10).

Conclusiones: A diferencia de estudios previos, no se aprecian diferencias en el estado de salud entre mujeres ocupadas y amas de casa. La convivencia con personas discapacitadas tiene una relación consistente con mal estado de salud. Además, entre las mujeres ocupadas de mayor nivel de estudios, disponer de una persona contratada para las tareas del hogar se relaciona con un mejor estado de salud. **Financiación.** Red de Investigación Temática de Salud y Género (G03/42).

Vigilancia de la salud

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE PROTECCIÓN INMUNITARIA CONSEGUIDO CON LOS PROGRAMAS DE VACUNACIÓN EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE CATALUÑA

P. Plans, A. Domínguez, J. Costa, J. Espuñes, A. Plasència, L. Salleras et al

Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Servei de Microbiologia. Hospital Clínic. Barcelona. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Servei de Medicina Preventiva. Hospital Clínic. Barcelona.

Antecedentes y objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar el nivel de protección inmunitario conseguido con los programas de vacunación contra el sarampión, rubéola, parotiditis, tétanos, hepatitis A y hepatitis B en la población escolar de Cataluña.

Métodos: El nivel de protección inmunitario se ha evaluado determinando la prevalencia de anticuerpos frente al sarampión, rubéola, parotiditis, tétanos, hepatitis A y hepatitis B en una muestra representativa de la población escolar de 6-14 años de Cataluña. El tamaño muestral calculado teniendo en cuenta una prevalencia del 50%, un error alpha del 5% y una precisión de $\pm 0,025$ fue de 1.537. Se utilizó un cuestionario para recoger información socio-demográfica y los antecedentes de vacunación. El nivel de anticuerpos se ha determinado mediante la técnica de ELISA. Se ha considerado que el nivel de protección es correcto cuando la prevalencia de anticuerpos protectores es mayor del 95%. Para el tétanos y hepatitis B, la prevalencia de anticuerpos indica el nivel de protección conseguido con las vacunas. Para la hepatitis A, el nivel de protección se ha determinado teniendo en cuenta los antecedentes de vacunación.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 1.324 escolares (participación del 86%). Se obtuvieron los siguientes niveles de protección: 99,4% para el tétanos, 96,0% para el sarampión, 94,2% para la rubéola, 88,1% para la parotiditis, 61,0% para la hepatitis B (anti-HBs) y 48,7% para la hepatitis A (anti-VHA en vacunados). La tasa de vacunación obtenida por cuestionario fue del 89% para la vacuna Triple vírica (sarampión, rubéola, parotiditis), 88,4% para la vacuna DTP (difteria, tétanos, pertusis), 63,2% para la vacuna de la hepatitis B y 50,4% para la vacuna de la hepatitis A. La prevalencia de anticuerpos en los escolares con antecedentes de vacunación fue del 96,2% para el sarampión, 94,6% para la rubéola, 88,6% para la parotiditis, 96,5% para la hepatitis B y 96,6% para la hepatitis A. En los escolares sin antecedentes de vacunación la prevalencia fue del 94,4% para el sarampión, 90,7% para la rubéola, 84,5% para la parotiditis, 0% para la hepatitis B y 5,5% para la hepatitis A.

Conclusiones: El nivel de protección es mayor del 95% para el tétanos y sarampión y es menor del 95% para la rubéola, parotiditis, hepatitis A y hepatitis B. Para la hepatitis A y B el nivel de protección es mayor del 95% en los vacunados.

EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCÓCICA CONJUGADA HEPTAVALENTE. ESTUDIO CASOS-CONTROL POBLACIONAL

A. Barricarte Gurrea, J. Castilla Catalán, A. Gil-Setas, L. Torroba Álvarez, J.A. Navarro-Alonso, F. Irisarri Zamarbide, M. Arriazu Berástegui, M. García Cenoz et al

Instituto de Salud Pública de Navarra. Ambulatorio General Solchaga. Hospital Virgen del Camino. Consejería de Sanidad de Murcia.

Antecedentes y objetivos: Existen más de 90 serotipos de neumococo, muchos con capacidad de producir enfermedad invasiva. La vacuna neumocócica conjugada heptavalente (VNC7v) ha demostrado ser eficaz (83-97%) en la prevención de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) causada por serotipos vacunales (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F). Sin embargo, se han descrito aumentos en el número de casos producidos por serotipos no vacunales tras la introducción de la VNC7v. Analizamos la efectividad de la VNC7v en la prevención de casos ENI en Navarra.

Métodos: Se ha realizado un estudio de caso-control con base poblacional en los niños nacidos en Navarra, España. Se incluyeron todos los niños menores de 5 años diagnosticados con ENI desde la semana 41 de 2001 hasta la semana 40 de 2005 (n = 85), y cinco controles por caso (n = 425) apareados individualmente por día y hospital de nacimiento. De los registros de vacunaciones de atención primaria se obtuvo información sobre número y dosis de VNC7v. Se utilizaron técnicas de regresión logística condicional para estimar los odds ratios (ORs). La efectividad se estimó como 1-odds ratio.

Resultados: De los 85 casos, 18 (21%) habían recibido al menos una dosis de VNC7v, frente a 114 (27%) de los 425 controles. Los casos y controles fueron similares en distribución por edad, sexo, porcentaje de inmigrantes, antecedente de vacunación antimeningocócica y residencia en la capital. Los serotipos vacunales causaron 34 (51%) de los casos no vacunados, y los serotipos relacionados con la VNC7v (6A, 19A, 23B) 22 casos (33%). La VNC7v presentó una efectividad del 88% para la prevención de ENI por serotipos vacunales (OR, 0,12; intervalo de confianza 95% [IC] 0,02-0,91) y del 70% en la prevención de casos por serotipos relacionados con la vacuna (OR, 0,30; IC, 0,10-0,95). Sin embargo, al VNC7v se asoció a un riesgo elevado de ENI por serogrupos no vacunales (OR, 6,16; IC, 1,63-23,3). La efectividad global de la VNC7v para la prevención de casos de ENI por cualquier serotipo fue del 31% (OR, 0,69; IC, 0,37-1,27). El porcentaje de formas graves de ENI (meningitis y neumonía bacteriémica) no difirió entre vacunados y no vacunados (44% vs. 43%; P = 1). La efectividad de la VNC7v para prevenir formas graves, independientemente del serotipo, fue del 18% (OR = 0,82; IC, 0,31-2,15).

Conclusiones: Los niños menores de 5 años de Navarra vacunados con VNC7v mostraron un riesgo aumentado de ENI por serogrupos no vacunales. Esto hace que la efectividad global de la VNC7v para la prevención de ENI por cualquier serotipo sea llamativamente baja.

IMPACTO DE LA VACUNACIÓN CONTRA LAS HEPATITIS VÍRICAS EN CATALUÑA

L. Urbiztondo Perdices, J. Batalla Clavell, M. Martínez Marcos, M. Boldú Nieto, E. Borràs López et al

Direcció General de Salut Pública. Catalunya.

Antecedentes y objetivos: El grado de endemia de las hepatitis virales depende de diversos factores, destacan los relacionados con los mecanismos de transmisión. En las que predomina la transmisión fecal-oral la higiene ambiental ha sido fundamental en la reducción y el control; en las transmitidas por vía parenteral, vertical o sexual, el control de los hemoderivados ha disminuido de manera drástica el riesgo iatrogénico, el resto de infecciones son más difíciles de controlar. La existencia de vacunas contra las hepatitis A y B permite estrategias de prevención primaria de una parte importante de las hepatitis víricas, las producidas por los virus A, B y D (que requieren la presencia del virus B). En Cataluña, en 1986, se inició la vacunación contra la hepatitis B en grupos de riesgo y en 1992 se incluyó en el calendario de vacunación sistemática. La vacunación antihepatitis A (VHA) se inició de forma selectiva en 1996 y en el curso 1998-99 se inició un programa piloto de vacunación con vacuna combinada A + B en las escuelas. El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de la vacunación contra las hepatitis víricas en Cataluña y analizar los cambios en la epidemiología de estas infecciones con el fin de planificar estrategias de control más adecuadas a la situación que se prevé en el futuro.

Métodos: Se valoró el impacto de la vacunación mediante una estimación de las infecciones, enfermedades y muertes evitadas a partir de los datos epidemiológicos de la Dirección General de Salud Pública (coberturas vacunales, encuestas seroepidemiológicas y enfermedades declaradas) y demográficos del Institut d'Estadística de Catalunya. También se calculó la evolución de la proporción de la población en riesgo de padecer la enfermedad (susceptibles) y la influencia de la vacunación sobre esta situación.

Resultados: La vacunación sistemática contra la hepatitis B ha disminuido el número de adolescentes susceptibles del 97,5% en 1986 a tan solo el 5,6% en 2001. En el grupo de 15-24 años el porcentaje de infectados ha pasado de un 9,3% en 1986 a un 0,9% el año 2001. La efectividad de la VHA ha sido prácticamente del 100%. Además, se ha observado una disminución significativa de la infección en los grupos etarios anteriores y posteriores, no vacunados, después de introducir la vacunación.

Conclusiones: La vacunación ha modificado el patrón de la infección por el virus de la hepatitis B y ha disminuido de forma importante la carga de enfermedad. Los vacunados frente a la hepatitis A serán adultos no susceptibles por lo que disminuirá el riesgo y la carga de enfermedad asociada a esta infección. Es necesaria la vacunación sistemática contra las hepatitis A y B para evitar que se incrementen los casos de hepatitis A y mantener el control de la hepatitis B.

O-026

POTENCIA DEL COMPONENTE "SARAMPiÓN" DE LA VACUNA BIVALENTE USP CONTRA SARAMPiÓN Y RUBÉOLA

M.M. Mercado Reyes, A. Bermúdez Forero, G. Rey Benito, P. Tavera et al

Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Nacional de Salud Bogotá Colombia.

Antecedentes y objetivos: Un factor clave para el éxito y la eficacia de los programas de vacunación, es la utilización de vacunas de calidad. Este estudio se realizó con el fin de verificar si la vacuna bivalente (vacuna de virus vivo de Sarampión y Rubéola U.S.P) empleada en la Jornada Nacional de Vacunación del 2005, mantenía las especificaciones dadas por el fabricante de 1000 DICT50.

Métodos: Los lotes de vacuna fueron muestreados en diferentes regiones del país y probados utilizando la metodología descrita en el "Manual de métodos de laboratorio para pruebas de vacunas usadas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI)" de la Organización Mundial de la Salud. El título de la vacuna (DICT50) se calculó por el método de Reed-Muench. Se realizó una prueba de significancia para determinar si el promedio de DICT50 obtenido en la titulación era mayor o igual al especificado por el fabricante, adicionalmente se realizó un análisis de concordancia calculando el índice de correlación de concordancia interlote.

Resultados: Los títulos obtenidos presentaban muy baja concordancia entre los lotes y entre los viales de un mismo lote de vacuna. Un solo lote muestreado de la ciudad de Yopal, no cumplió con las especificaciones técnicas de dosis establecidas (menos de 1000 DICT50). Esta variación puede ser debida a factores como: mantenimiento de la cadena de frío durante el almacenamiento, transporte y distribución de la vacuna, exposición del biológico a luz solar directa o variabilidad inherente al proceso de producción.

Conclusiones: La técnica utilizada para la determinación de la potencia de la vacuna fue adecuada y puede ser empleada por las autoridades reguladoras nacionales para vigilar la calidad de los biológicos que se utilizan en el país.

Financiación. Instituto Nacional de Salud.

O-028

DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN UNA SITUACIÓN DE EPIDEMIA DE SARAMPiÓN EN BARCELONA

N. Perich, R. Gallardo, E. Masdeu, M. Sanz et al

Servicio de Epidemiología. Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: En los últimos años la incidencia de sarampión en Barcelona ciudad ha experimentado un gran descenso, en el año 2005 no se registró ningún caso. A partir de un caso notificado a finales de agosto del 2006 se inició un incremento progresivo del número de casos. El objetivo de esta comunicación es describir las intervenciones efectuadas a nivel comunitario y debatir su papel en el control de la transmisión de la enfermedad.

Métodos: Se investigaron todos los casos sospechosos de sarampión declarados al Servicio de Epidemiología de la ASPB. En cada uno se realizó una encuesta epidemiológica que incluía variables clínicas, epidemiológicas y microbiológicas. Se investigó el entorno familiar, escolar, laboral, de ocio y las salas de espera de urgencias donde se visitaban las personas afectadas. Se localizó a las personas que habían estado en contacto con ellos durante el periodo de exposición y se revisó su estado vacunal recomendándose la vacuna en los susceptibles. En las escuelas y empresas se programó la intervención en el mismo centro. Se contactó con diferentes servicios dentro de la ASPB y también con padres, familias, pediatras, direcciones de escuelas, centros asistenciales y laboratorios. Se llevaron a cabo dos tipos de intervenciones, las vacunaciones de personas susceptibles con la finalidad de cortar la cadena de transmisión y las destinadas a coordinar, asesorar e informar tanto a los diferentes niveles asistenciales que participaron como al resto de la población.

Resultados: De octubre del 2006 a febrero del 2007 se investigaron 106 casos residentes en Barcelona. Por grupos de edades, 41 casos tenían de 0 a 14 meses, 32 de 15 meses a 4 años, 4 de 5 a 15 años y 29 eran adultos. Se llevaron a cabo 37 intervenciones: 35 en centros escolares y 2 en empresas. Se vacunaron un total de 1737 personas. A 31 de enero los casos de sarampión notificados en niños no escolarizados fue de 32 y en escolarizados de 44. Se vacunaron 1.461 niños. Se contactó con 5 hospitales, 6 clínicas privadas, 8 pediatras particulares, 17 Centros de Atención Primaria y 4 laboratorios hospitalarios. La máxima incidencia se observó en la semana 3 del 2007, apreciándose un claro declive a partir de entonces. La no percepción inicial de urgencia ni de gravedad en torno de esta enfermedad tanto por parte de los facultativos como de la población, dificultó su participación y colaboración. Posteriormente debido a la constante información que se les brindó, a los circuitos que se crearon y a la notable mejora de la comunicación se pudo mejorar el tiempo de respuesta de las intervenciones.

Conclusiones: Se estima que las intervenciones comunitarias realizadas han favorecido el declive de los casos y por tanto han sido efectivas.

O-027

DESCRIBIENDO LA BARRERA AL VIRUS DEL SARAMPiÓN EN LA CIUDAD DE BARCELONA (2006-2007)

H. Pañella Noguera, C. Riús Gibert, E. Carrillo Casas, M. Campins Martí, E. Muñoz Lecanda et al

Agència de Salut Pública de BARCELONA. Hospital de la Vall d'Hebron.

Antecedentes y objetivos: Desde octubre de 2006 la región metropolitana de Barcelona esta ante una epidemia de sarampión que afecta a niños menores de 15 meses y adultos hasta 53 años. El objetivo es evaluar la efectividad de la vacuna (EV) con triple vírica entre los 15 meses y 4 años, frente al sarampión, en una cohorte de la ciudad de Barcelona expuesta a un caso de sarampión, desde octubre de 2006 al 31 de enero del 2007.

Métodos: Diseño de cohortes prospectivo. Se incluyó a cualquier niño de guardería o escuela entre 6 meses y 5 años, expuesto a un caso de sarampión durante su periodo de contagiosidad (un día antes del inicio de síntomas o 4 días antes y 4 después del exantema). El seguimiento, para identificar otros casos, se hizo mediante el contacto con los niños que se ausentaron en los 18 días después al último caso, en cada escuela. La clasificación del estado vacunal se realizó mediante la fecha registrada en el carné vacunal. Se consideró vacunado cuando la vacuna se hubo administrado, como mínimo 14 días antes del inicio de síntomas del caso al que estuvo expuesto. Caso secundario fue cualquier niño de la cohorte con IS al menos seis días después del exantema de su caso índice y confirmado microbiológica, serológica o epidemiológicamente. Se calculó la tasa de ataque secundaria (TAS) como medida para el cálculo del riesgo relativo (RR) y la EV con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

Resultados: La cohorte incluyó 241 niños contactos de 12 casos índices con exposición en guarderías o escuelas. La TAS fue del 7% (IC 95%: 4,3-11,2) (17 casos). La edad mediana de la cohorte fue de 2 a (6 meses-4 años). La TAS mayor se dio en el grupo de 12 a 14 meses de edad, con un RR de 8,1 (IC 95%: 2,6-25,0) respecto al grupo de 13 meses a 5 años. La cobertura vacunal, en el grupo de 15 meses a 4 años (160 niños) fue del 93% y su EV del 95,5% (IC 95%: 76,2%-99,2%). La EV a una sola dosis de vacuna se estimó en un 89,8% (IC 95%: 65,6%-97%). No se produjo ningún caso entre niños vacunados con dos dosis.

Conclusiones: La epidemia de sarampión en la ciudad generó 17 casos secundarios en el ámbito de estudio. La cobertura vacunal según calendario del 93% y la EV del 95,5%. El grupo de edad con mayor riesgo fue el de 12 a 14 meses.

O-029

THE ASSOCIATION BETWEEN MULTIDRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS (MDR-TB), HIV/AIDS AND REFUGEE POPULATIONS IN IRAN

A. Boned-Ombuena, K. Alaei et al

Department of Population and International Health. Harvard School of Public Health.

Antecedentes y objetivos: Iran is facing the overlapping of the three epidemics of TB, HIV and injecting drug use (IDU). The emergence of drug-resistant M. tuberculosis has been associated with different factors, including poor adherence to treatment. Data suggest that HIV infection is not an independent risk factor for the development of drug resistance, but the evidence available is still controversial.

Métodos: In this hospital-based case-control study we retrospectively reviewed the medical records of 2,291 TB patients admitted to the Masih Daneshvari hospital of Tehran between 2000 and 2004. The data were analyzed using logistic regression methods.

Resultados: The odds of MDR-TB among PLWHA were 2.971 (P-value = 0.0614) relative to HIV-negative controls. The odds of MDR-TB among foreign patients were 2.078 (P-value < 0.0001) relative to Iranian patients. The odds of MDR-TB among patients whose place of residence was not Tehran were 2.024 (P-value < 0.0001) relative to those patients living in the capital city. Being male and being 50 years old or younger were also found to be risk factors for MDR-TB. None of the following variables had statistically significant effect on the probability of developing MDR-TB: HIV status, history of imprisonment, and addiction status.

Conclusiones: We found marginal evidence to conclude that the risk of developing drug-resistance is higher for HIV-positive TB patients. Nevertheless, this study does not provide enough evidence to state that HIV infection exacerbates the occurrence of drug-resistant TB. Additionally, patients coming from countries other than Iran -primarily Afghan refugees- and those living outside of Tehran were at higher risk of developing MDR-TB. There is and urgent need for increased collaboration and coordination in the response to TB between countries, and more specifically at a regional level in Middle East and Central Asia.

O-030

EVOLUCIÓN DE LA HEPATITIS A EN EL COLECTIVO DE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN BARCELONA

M. Grau, S. Carvajal, H. Pañella, E. Díez, P. García de Olalla, E. Muñoz, J. Caylà y Equipo Sauna de la ASPB

Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona. Servei de Programes i Intervencions Preventives. Agència de Salut Pública de Barcelona. Unitat Docent de Medicina Preventiva i Salut Pública IMAS-UPF-ASPB. Barcelona.

Antecedentes y objetivos: España presenta un patrón de baja endemicidad de hepatitis A (HA) que favorece que la enfermedad se manifieste en brotes. Desde 1997 en Barcelona, se ha observado un incremento en la tasa de incidencia en hombres mayores de 19 años. El colectivo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) ha sido uno de los más afectados tanto en Barcelona como en diferentes ciudades europeas. Para controlar el número de casos en este colectivo, se diseñó un programa en la que se administró la vacuna combinada frente a la hepatitis A y B en saunas frecuentadas por HSH de Barcelona. El objetivo del estudio es valorar los resultados del programa de vacunación frente a la HA llevado a cabo en saunas HSH en Barcelona mediante: a) el análisis de la cobertura vacunal, b) la tendencia en la incidencia de HA.

Métodos: Estudio de diseño transversal. Desde diciembre de 2003 se ofreció la vacunación de la HA en saunas HSH y centros de vacunación de Barcelona. Se analizan los casos de HA incluidos en el registro de Barcelona desde 2003 a 2006, mayores de 18 años, hombres que tengan relaciones sexuales con hombres, residentes en Barcelona y con confirmación serológica de HA; y los casos vacunados en saunas HSH de Barcelona. Se calculan tasas de incidencia anuales y las coberturas vacunales obtenidas. Se obtienen las cifras de población del padrón municipal de habitantes y la estimación de la proporción de HSH en población general de la encuesta de salud sexual de los españoles de 2003 del Instituto Nacional de Estadística.

Resultados: Entre enero de 2003 y diciembre de 2006 se declararon 83 casos en HSH. Los individuos entre 30 y 39 años eran los más afectados. La tasa de incidencia de HA en hombres mayores de 19 años descendió un 44% (en 2003 del 10,8 y del 6,1 por 100.000 en 2006). Se administró la primera dosis de vacuna a 1882 individuos (edad media 35 ± 11) contactados en las saunas; de ellos, 1.032 (55%) recibieron la segunda dosis y 431 (23%) la tercera. La cobertura vacunal a una dosis de la población diana se situó entre el 11% y el 50% según la proporción estimada de HSH en población general.

Conclusiones: La evolución descendente de las tasas de incidencia de HA en hombres en paralelo a la cobertura vacunal apunta a que el programa alcanza a un sector de población especialmente expuesta.

O-032

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES QUE HAN ESTADO EXPUESTOS A AMIANTO

M. García Gómez, V. García López, V. Esteban, I. González, J. Casañón, A. Montilla, J.L. Millares, M. Zimmermann, N. Martínez-Argües et al

Ministerio de Sanidad y Consumo. Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS. Administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas.

Antecedentes y objetivos: El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas han diseñado y consensuado con las organizaciones empresariales y sindicales, con la administración laboral y con las sociedades científicas, un Plan Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado expuestos a Amianto, con el objetivo de garantizar una intervención adecuada, uniforme y armonizada en todo el territorio nacional de estos trabajadores.

Métodos: Su elaboración partió del Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial, y se enriqueció con las aportaciones del Grupo de Trabajo Amianto de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. El Programa consta de las siguientes actividades: 1) elaborar un Registro de trabajadores expuestos a amianto, 2) establecer y facilitar los procedimientos de acceso a los exámenes de salud post-exposición al amianto, 3) aplicar el Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica aprobado, 4) establecer la continuación de la vigilancia de la salud post-exposición, 5) favorecer el reconocimiento médico-legal de las enfermedades derivadas de la exposición al amianto y 6) evaluar el Programa de vigilancia de la salud.

Resultados: Tres años después de aprobado el Programa y gracias a los procedimientos de búsqueda activa de todos los agentes implicados, 10.975 trabajadores pertenecientes a 177 empresas están incluidas en el Registro de Trabajadores Expuestos a Amianto (el Registro de Empresas con Riesgo de Amianto -RERA- funcionante desde 1984, contiene 2.500 trabajadores). El 54% son trabajadores inactivos (jubilados y parados) cuyo seguimiento corresponde al Sistema Nacional de Salud, y el 46% activos, cuyo seguimiento corresponde a la empresa. La cobertura del Programa es del 45%. El número de estas enfermedades declaradas como profesionales es menor al 5%. 237 trabajadores tienen EPOC, 273 alteraciones pleurales benignas, 97 asbestosis, 15 cáncer de pulmón y otros 18 mesotelioma; finalmente, 8 trabajadores presentan otros cánceres con posible relación con el amianto (gástrico, de laringe y colon).

Conclusiones: El consenso y la participación alcanzados alrededor de este Programa está permitiendo alcanzar coberturas de las políticas de prevención de riesgos laborales muy superiores a las que se consiguen con la mera actuación institucional y elaboración de normativa, ya que en el primer año de implantación del Programa (2004) se duplicó el número de trabajadores atendidos, y en el tercer año se ha cuadruplicado.

O-031

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LAS ENFERMEDADES RARAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURAP. Giraldo Matamoros, M.M. Alvarez Díaz, J.M. Ramos Aceitero et al
Servicio de Epidemiología Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria Consejería de Sanidad y Consumo Junta de Extremadura.

Antecedentes y objetivos: El Sistema de Información de Enfermedades Raras (ER) de Extremadura tiene por objeto principal el conocimiento de la incidencia y prevalencia de estas enfermedades. La evaluación de este sistema de información es substancial condicionada al análisis de las diversas fuentes de información que lo integran al identificar el mayor número de casos ofreciendo resultados más acordes con la realidad de las ER. Tal información redundará como mejora en la calidad de dicho sistema y herramienta de la planificación sanitaria El objetivo es evaluar la contribución de cada una de las fuentes de información identificadas en el sistema de información de ER.

Métodos: Utilización del método captura-recaptura (C-RC) en dos fuentes de información (a) federación de asociaciones de ER y (b) centros de atención a la discapacidad de Extremadura) Se procedió a la identificación de casos aportados por las fuentes a y b cumpliendo con los criterios de aplicación del método C-RC. Se calcula el número total estimado de casos y las tasas de exhaustividad con intervalos de confianza (IC) al 95%. Los datos han sido tratados con Epidat 3.0.

Resultados: El número total de casos detectados a través de ambas fuentes fue 1.819 (prevalencia 171,84 x 105 habitantes). La fuente a aporta 99 casos (tasa de prevalencia de 9,35) y la fuente b, 1.731 casos (tasa de prevalencia de 163,53 x 105 habitantes), siendo comunes a ambas 10 casos. Tras la aplicación del método C-RC la estimación de casos es de 15.744 (IC 95% 11.470-20.018). La tasa de exhaustividad de ambas fuentes es del 11,55%, la de la fuente a es del 0,63% y la de la fuente b del 10,99%. La fuente b estima 17 casos de fibrosis quística (IC 17-18), tasa de exhaustividad de 100% mientras que la fuente a del 0% en esa misma enfermedad, por el contrario se estiman 210 casos de esclerosis múltiple (IC 210-211) con una tasa de exhaustividad de la fuente a de 100% y de la fuente b de 0%, siendo en ambas enfermedades la tasa de exhaustividad de ambas fuentes de 100%.

Conclusiones: Se hace necesaria la evaluación del sistema de información necesario al encontrar datos en determinadas fuentes de información que en otras no se detectan. La divergencia de información de las diferentes fuentes de información consultadas hace suponer en la existencia de diferentes objetivos de las fuentes y del diferente comportamiento de las enfermedades (discapacidad o no), teniendo en cuenta la heterogeneidad de estas enfermedades. El conocimiento de esta disonancia indica la pertenencia de la evaluación del sistema de información de ER como una herramienta fundamental en su ejercicio.

O-033

DIOXINAS Y PCBS EN LA DIETA: VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA EN BARCELONA, 2006

M. Fontcuberta, J.F. Arqués, M. Martínez, J.R. Villalbí, E. Serrahima, F. Centrich, J. Ribera, J. Durán, C. Casas et al

Agencia de Salut Pública de Barcelona (ASPB). Institut d'Investigacions Químiques i Ambientals de Barcelona (IIQAB-CSIC).

Antecedentes y objetivos: La dieta representa la principal vía de entrada de dioxinas y PCBS. Su acción cancerígena, mutagénica, o de disrupción endocrina justifica los programas de vigilancia en alimentos. Se presentan y evalúan los resultados obtenidos por el sistema de vigilancia de dioxinas y PCBS en alimentos comercializados en la ciudad de Barcelona en 2006.

Métodos: Como parte del programa de investigación de la calidad sanitaria de los alimentos (ICSA) se analizó la presencia de 7 PCBS (o PCBS-7) utilizados como indicadores de la contaminación por dioxinas y PCBS (congéneros 28, 52, 101, 118, 138, 153, 180), en 59 alimentos habituales en la dieta (20 de pescado, 29 de lácteos, 5 de huevos, 5 de carnes frescas). Los análisis se realizaron en el laboratorio de la ASPB mediante cromatografía de gases, detectores de captura de electrones y espectroscopia de masas (GC-ECD y MS), con un límite de cuantificación de 5 ppb. De las 59 muestras, 24 (10 de pescado, 6 de lácteos, 3 de huevos, 5 de carnes) se remitieron también al laboratorio del IIQAB del CSIC para el estudio de 17 dioxinas/furanos y 12 PCBS análogos a dioxinas (PCBS coplanares y mono-orto), cuya suma se estima en WHO-TEQs. Los límites de detección del laboratorio del IIQA, del orden de picogramos/gramo (ppt), varían según la matriz. Se presentan los resultados por tipo de alimento, y se contrasta la capacidad de la estrategia de vigilancia del programa ICSA (basada en los PCBS-7) para detectar alimentos con mayores niveles de dioxinas y PCBS análogos a dioxinas.

Resultados: De los 4 grupos de alimentos, el programa ICSA encuentra PCBS-7 en el del pescado: se detectan en un 45% de las muestras, con niveles entre 5 y 38 ppb. En todas ellas aparecen los congéneros 138 y 153. Por otro lado, los resultados de dioxinas y PCBS análogos a dioxinas muestran niveles detectables en los 4 grupos, siendo el pescado el que presenta niveles mayores, con una concentración total entre 0,04 y 10,3 pg WHO-TEQ/g según la muestra. Los compuestos con mayor aporte son los PCBS coplanares. Las muestras de pescado analizadas en la ASPB y con presencia de PCBS-7, muestran concentraciones totales de dioxinas y de PCBS análogos a dioxinas superiores a 3 pg WHO-TEQ/g.

Conclusiones: El grupo de alimentos con mayor concentración de dioxinas y PCBS es el del pescado. La detección de los PCBS-7 se correlaciona con las dioxinas y PCBS análogos a dioxinas cuando éstos presentan valores superiores a 3 pg WHO-TEQ/g. Estos resultados sugieren que la estrategia de vigilancia de la ASPB, basada en los PCBS-7, puede ser utilizada como indicador de la presencia de dioxinas y PCBS, especialmente a través de los congéneros 138 y 153.
Financiación. FIS (PI 03/1627).