

MESA ESPONTÁNEA

Miércoles, 17 de octubre de 2007
15:30 a 17:30

Desigualdades socioeconómicas y medioambientales en la mortalidad en ciudades de españa (Proyecto Medea)

Coordina: Santiago Esnaola Sukia
Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco

Koldo Cambra Contin
Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco

MORTALIDAD POR CÁNCER EN MUNICIPIOS PRÓXIMOS A INDUSTRIAS CONTAMINANTES EN ESPAÑA

G. López-Abente, R. Ramis, J. García-Pérez, E. Boldo, E. Vidal, B. Pérez-Gómez, M. Pollán, N. Aragonés

Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. IS-CIII; CIBER en Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/objetivos: El Registro Europeo de Emisiones Contaminantes (EPER) es una iniciativa de la Comisión Europea sobre emisiones industriales al aire y aguas. Nuestro objetivo es evaluar la influencia de las emisiones al aire de los focos incluidos en el EPER-España en la mortalidad por cáncer en poblaciones que residen en municipios próximos a estas instalaciones.

Métodos: Estudio ecológico que analiza la mortalidad por 33 tipos de cáncer. Las defunciones observadas han sido obtenidas de los registros individuales del INE desde 1994 a 2003. Las defunciones esperadas han sido calculadas para cada uno de los 8073 municipios tomando las tasas de España como referencia. Los datos de exposición fueron obtenidos del EPER para 2001. Se han estimado los riesgos relativos para tipos industriales y grupos de contaminantes ajustando modelos mixtos de regresión de Poisson, siendo los casos observados la variable dependiente, los esperados el offset, la proximidad de industrias contaminantes como variable explicativa y variables socio-demográficas (censo 1991) como confusoras potenciales (renta, analfabetismo, paro, personas por hogar, población municipal). La provincia se ha incluido como término de efectos aleatorios. La variable de exposición, presencia de industrias y proximidad a núcleos de población, se ha analizado por tipo de industria (13 grupos) y cinco grupos de contaminantes emitidos. La georreferenciación de las industrias ha sido validada mediante ortofotos.

Resultados: Existen 233 núcleos de población con su centroide a menos de 2 km de una industria registrada en el EPER (excluyendo granjas). Los núcleos próximos a instalaciones de combustión tienen un mayor riesgo de mortalidad para cánceres de laringe (RR 1,28 IC95% 1,10-1,49), pulmón (1,08 1,01-1,15) y vejiga (1,15 1,03-1,30), en hombres. La presencia de industria del metal y las emisiones de benceno e hidrocarburos aromáticos policíclicos podrían asociarse con una mayor mortalidad por tumores digestivos y leucemias. Los municipios con emisiones de sustancias organocloradas tienen una mayor mortalidad por cáncer de vesícula y encéfalo.

Conclusiones: La contaminación industrial podría explicar en parte alguno de los patrones de mortalidad por cáncer puestos de manifiesto en los atlas de áreas pequeñas. Esta hipótesis ha de confirmarse con modelos más restrictivos que tengan en cuenta la espacialidad, la anisotropía y con otro tipo de estudios que proporcionen información de alta calidad sobre la exposición a contaminantes.

Financiación: FIS PI040041 y RCESP-FIS C03/09. Grupo integrante del Proyecto MEDEA.

INFLUENCIA DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD EN LA CIUDAD DE VIGO (PROYECTO MEDEA)

A. Salgado Barreira, M. Taracido Trunk, A. Figueiras Guzmán
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidade de Santiago de Compostela.

Antecedentes/objetivos: Las grandes ciudades han asimilado la pobreza en los barrios marginales como consecuencia del encarecimiento de la vida, el aumento del desempleo, la disminución de las redes sociales y, más recientemente, de la globalización y la inmigración. La mayoría de estudios realizados en ciudades de nuestro país han estudiado unidades de análisis 'grandes' (distritos, barrios o zonas básicas de salud), pero muy pocos han utilizado la sección censal. La desagregación a nivel de sección censal posibilita un análisis más consistente y eficiente de la relación. El presente trabajo pretende mostrar la asociación entre el riesgo de mortalidad y el índice de pobreza a nivel censal en la ciudad de Vigo.

Métodos: Estudio ecológico transversal cuya unidad de análisis son las secciones censales de Vigo. Se incluyeron todas las defunciones ocurridas durante los años 1996-2003. Las variables utilizadas para el análisis son: sexo, causa básica de defunción, sección censal y un indicador compuesto calculado mediante un análisis de componentes principales de indicadores socioeconómicos simples categorizado en cuatro cuartiles. Para la obtención de los RR de mortalidad se utilizaron modelos lineales generalizados mixtos de Poisson con dos efectos aleatorios: uno recogía la heterogeneidad espacial y el otro la sobredispersión desestructurada. Los resultados se expresan en RR de mortalidad en función de los cuartiles del nivel socioeconómico.

Resultados: Los mayores efectos del nivel socioeconómico sobre la mortalidad se observan en el tercer cuartil. En los hombres se han encontrado RR estadísticamente significativos en la mortalidad debida a accidentes de tráfico, RR = 2,7 (IC95% 1,4-4,7), enfermedades cerebro-vasculares, RR = 2,0 (IC95% 1,2-3,2), cirrosis y otras enfermedades hepáticas, RR = 3,4 (IC95% 1,6-6,6), sobredosis de drogas RR = 3,0 (IC95% 1,05-11,2), cáncer de pulmón, RR = 2,1 (IC95% 1,4-3,1), enfermedades respiratorias, RR = 3,0 (IC95% 1,9-4,9), SIDA, RR = 2,1 (IC95% 1,1-5,0) y suicidios, RR = 3,6 (IC95% 1,5-7,4). En las mujeres se encontraron RR significativos en la mortalidad debida a enfermedades cerebro-vasculares, RR = 2,0 (IC95% 1,3-2,8), SIDA, RR = 3,3 (IC95% 1,03-8,6) y diabetes mellitus, RR = 2,5 (IC95% 1,2-4,6).

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que el hecho de vivir en zonas con peor nivel socioeconómico está ligado a un mayor riesgo de mortalidad. Cabe destacar la relación entre el bajo nivel socioeconómico y la mortalidad por causas relacionadas con hábitos de vida poco saludables, como son el consumo de drogas, alcohol o tabaco.

Financiación: Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (pi041260).

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD POR ÁREAS PEQUEÑAS, COMUNIDAD DE MADRID, 1996 A 2003 (MEDEA)

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

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

Antecedentes/objetivos: El objetivo es describir el patrón de mortalidad general por áreas pequeñas, zonas básicas de salud (zbs) y secciones censales (sc) y estimar su asociación con un indicador compuesto de privación material.

Métodos: Los datos proceden del registro de mortalidad de la Comunidad de Madrid (CM) del Instituto de Estadística Regional. Para el período 1996 a 2003, se ha calculado la RME por todas las causas según género, para fallecidos en viviendas familiares por zbs y sc, tomando del año 2001 las poblaciones y las tasas de mortalidad específicas por edad de España. Como indicador de privación material se ha utilizado un indicador compuesto elaborado mediante análisis factorial a partir de los indicadores: desempleo, instrucción insuficiente, instrucción insuficiente en jóvenes, trabajadores manuales y asalariados eventuales del censo de 2001. Se calculan los RR (riesgo relativo) de mortalidad por regresión de Poisson y suavizados por métodos bayesianos, así como la probabilidad a posteriori de RR > 1, identificando las zbs con mortalidad extrema, y su homogeneidad en sus sc. Se calcula el RR de mortalidad por cuartiles del indicador compuesto.

Resultados: De 1996 a 2003 se registraron en la CM 152291 muertes en hombres, RME 90,87 (90,42-91,33) y 134653 en mujeres, RME = 87,47 (87,00-87,94). En el caso de los hombres, hay un patrón geográfico claro, siendo las zonas del sur del municipio de Madrid (Vallecas, Villaverde, Usera) y del distrito Centro las de mayor riesgo de mortalidad. Sin embargo, en el caso de las mujeres, el patrón es más difuso y complejo. Además, de las zonas del centro y sur de la ciudad de Madrid, destacan zonas dispersas por municipios semiurbanos de la segunda corona metropolitana e incluso rurales. El RR de mortalidad de las sc (y sus intervalos de credibilidad, IC), dependiendo de su grado de privación material por cuartiles (tomando Q1, menor privación, como categoría de referencia) es: Q2 = 1,16 (1,13-1,19); Q3 = 1,29 (1,25-1,33); Q4 = 1,48 (1,43-1,53), para los hombres; y Q2 = 1,03 (1,00-1,06); Q3 = 1,07 (1,03-1,10); Q4 = 1,14 (1,10-1,18), para las mujeres.

Conclusiones: La mortalidad por áreas pequeñas no se distribuye homogéneamente en la CM, observándose distinto patrón por género. El trabajar las zonas básicas y las secciones censales permite una mejor denominación de las áreas geográficas con sobremortalidad. La mortalidad general se asocia positivamente a la privación material en hombres y sólo en zonas de privación extrema en el caso de las mujeres.

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

EVOLUCIÓN ESPACIO-TEMPORAL DEL SIDA EN ÁREAS PEQUEÑAS EN LA CIUDAD DE VALENCIA

O. Zurriaga, M.A. Martínez-Beneito, A. Amador, J.A. Pina, I. Melchor, A. Nolasco, P. Pereyra-Zamora, J. Moncho, N. Tamayo et al
Dirección General de Salud Pública. Conselleria Sanitat Valencia; USI - Análisis mortalidad y estadísticas sanitarias U. Alicante.

Antecedentes/objetivos: Es difícil enlazar simultáneamente de forma apropiada la información en distintos lugares del espacio y en distintos momentos de tiempo, y más cuando las áreas son muy pequeñas. En esas circunstancias cualquier evento estudiado presentará un número de casos reducido por unidad geográfica de análisis y período de tiempo. Sin embargo es posible utilizar una modelización que integre de forma adecuada la dependencia espacial y temporal. El objetivo es analizar de forma simultánea en áreas muy pequeñas de la ciudad de Valencia la variación espacio-temporal de una enfermedad como el sida, que ha experimentado en los últimos años grandes cambios, especialmente en el ámbito urbano.

Métodos: Se utilizan los datos de mortalidad por sida en ambos sexos (código CIE-10 B20-B24) en la ciudad de Valencia para los años 1996 a 2003 para cada una de las 598 secciones censales en que está dividida la ciudad. La desagregación temporal empleada para el análisis corresponde a períodos anuales. Se ha calculado la Razón de Mortalidad Estandarizada Suavizada (RMES) de acuerdo a un modelo espacio-temporal que aúna simultáneamente conceptos de series temporales, para modelizar la dependencia temporal de las observaciones en cada localización, y emplea distribuciones condicionales autoregresivas, de forma que las series temporales de secciones censales contiguas compartan información. El modelo se enmarca en la perspectiva bayesiana y se ha implementado en el programa estadístico WinBUGS.

Resultados: La desviación típica de la variación temporal de la RMES en cada sección censal alcanza a valor promedio del 5% de la RMES (en algunas secciones llega al 20%). Secciones censales de los distritos de Poblatos Marítims y Quatre Carreres han experimentado una gran disminución en el riesgo, algunas de hasta un 30%, conforme avanza el período de estudio. En el resto de secciones el riesgo disminuye en menor medida. El DIC (Deviance Information Criterion) del modelo que además de la variación geográfica y temporal del riesgo incluye la interacción de los dos factores es de 2489,87 frente al del modelo sin interacción que es de 2493,91, por tanto el primer modelo ofrece un mejor ajuste.

Conclusiones: La modelización empleada permite describir la variación espacial, temporal y espacio-temporal de la mortalidad con gran nivel de desagregación. La distribución espacio-temporal del riesgo evidencia un cierto cambio de patrón de mortalidad producido en los últimos años en el caso del Sida, apreciándose cómo se está convirtiendo en una enfermedad con un mayor nivel de homogeneización en la dispersión geográfica de la mortalidad.

Financiación: FIS PI040170.

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD POR ÁREAS PEQUEÑAS EN LAS CAPITALES DEL PAÍS VASCO. PROYECTO MEDEA

S. Esnaola, A. Alcasoro, R. Ruiz, C. Audicana, I. Montoya, M. Calvo, B. Ibáñez
Dpto. Sanidad, Gobierno Vasco; UI A. Primaria Bizkaia; BIOEF.

Antecedentes/objetivos: Las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad tienen características especiales en las áreas urbanas. Estudios previos de desigualdades en la mortalidad en el País Vasco se referían a todo el territorio. En este estudio se estimó la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad total y por causas en las secciones censales de Bilbao, Donostia-San Sebastián y Vitoria-Gasteiz en el período 1996-2003.

Métodos: Se realizó un estudio ecológico transversal de mortalidad por áreas pequeñas, usando la sección censal como unidad de análisis, de la población residente en las tres capitales en los años 1996-2003. Los datos de mortalidad (1996-2003), población y socioeconómicos (2001) fueron obtenidos de Eustat. Usando el análisis de componentes principales se calculó un índice de privación que combina indicadores socioeconómicos relativos al trabajo (desempleo, trabajadores manuales y eventuales) y la educación (instrucción insuficiente total y en jóvenes). Mediante el modelo mixto de regresión de Poisson, y el enfoque de Besag, York y Mollie, se estimaron las razones de tasas (RR) de mortalidad, ajustadas por edad, según los cuantiles del índice de privación.

Resultados: En los hombres se observó un gradiente socioeconómico en la mortalidad por todas las causas, con mayor mortalidad a mayor privación; las desigualdades fueron mayores en Bilbao (RR del quintil menos respecto al más favorecido [Intervalo de credibilidad del 95%]: 1,34 [1,21-1,49]) y Donostia (1,30 [1,12-1,49]) que en Vitoria (1,14 [0,97-1,33]). Por el contrario, en las mujeres no se observaron diferencias en la mortalidad por todas las causas. El patrón de desigualdad según la causa de defunción fue distinto según el sexo y la ciudad. En los hombres, las tres capitales mostraron desigualdades en la mortalidad por sida y cirrosis; en Bilbao y Donostia destacan además la sobredosis, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el cáncer de pulmón y el cáncer de estómago, mientras que Vitoria compartía con Donostia desigualdades en la mortalidad por cáncer de recto, y con Bilbao por cáncer de laringe. En las mujeres, también hubo mayores similitudes entre Bilbao y Donostia, ciudades en las que destacan la diabetes, la EPOC y el suicidio, mientras que en Vitoria destaca la cirrosis y en Bilbao el sida; mostraron un patrón inverso, con mayor mortalidad en las secciones más favorecidas, el cáncer de pulmón en Vitoria y Bilbao, y el cáncer de mama en Vitoria y Donostia.

Conclusiones: Las diferencias entre capitales en el patrón socioeconómico de la mortalidad sugieren una exposición diferencial a factores de riesgo sociales, medioambientales y de estilos de vida relacionados con la salud.

Financiación: Financiación: FIS PI040388.

DESIGUALDADES GEOGRÁFICAS EN LA INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE LARINGE EN VARONES EN LA CIUDAD DE ZARAGOZA

C. Feja, J.T. Alcalá, M.C. Martos, G. García, M. Esteban, F. Arribas
Dpto. Salud, Gobierno de Aragón; U. de Zaragoza; GRECS, U. de Girona.

Antecedentes/objetivos: Diversos estudios relacionan el nivel socioeconómico más bajo con un mayor riesgo de incidencia y mortalidad por cáncer. Además, los patrones geográficos mostrados por algunos tumores sugieren la importancia de factores ambientales en su etiología. En el marco del proyecto MEDEA, este trabajo pretende identificar desigualdades geográficas en la incidencia y mortalidad del cáncer de laringe (CL) en varones en Zaragoza en el periodo 1996-2003 y su asociación con factores de privación y ambientales.

Métodos: Las defunciones por CL fueron obtenidas del Registro de Mortalidad de Aragón y los casos incidentes del Registro poblacional de Cáncer. Los datos socioeconómicos se obtuvieron del Censo de 2001 y se utilizó la base de datos del Registro Estatal de Emisiones y Fuentes Contaminantes (EPER) del 2001 como fuente de localización de posibles industrias contaminantes. La unidad geográfica de análisis fue la sección censal (SC) (462). Se obtuvo para cada SC la Razón de Incidencia y Mortalidad Estandarizadas (RIE y RME), utilizando respectivamente como estándar las tasas de incidencia del CL del conjunto de la provincia de Zaragoza en varones y las de mortalidad de España. En cada SC se obtuvo un indicador sintético mediante un análisis de componentes principales a partir de 5 indicadores socioeconómicos. La RIE y RME se ajustaron mediante un modelo GLMM bayesiano que recoge la heterogeneidad espacial. El indicador de privación se introdujo en el modelo discretizado en cuantiles. El riesgo ambiental se consideró como una variable binaria que indicaba si el centroide de la SC estaba menos de 1 Km de alguna de las industrias incluidas en el EPER.

Resultados: Durante el periodo de estudio se registraron 613 casos incidentes y 211 defunciones. El análisis geográfico, comparando incidencia y mortalidad, presentó sus mayores diferencias en las SC del norte del municipio de Zaragoza. Las SC que se encuentran en el cuartil inferior (Q1) (menor índice de privación) tuvieron menor riesgo tanto de incidencia como de mortalidad por CL con un aumento del riesgo en los cuantiles superiores. Así, la mortalidad por CL del cuartil superior (Q4) fue 2,74 veces mayor que la del Q1 y la incidencia 2,26 veces. Estos resultados se mantuvieron al introducir la variable de riesgo ambiental, si bien la variabilidad geográfica explicada por esta variable no fue significativa.

Conclusiones: Las SC con menos nivel económico tienen mayor riesgo de incidencia y mortalidad por cáncer de laringe en hombres en Zaragoza para el periodo de estudio. Sin embargo, la posible exposición a los focos industriales contaminantes no explica la variabilidad geográfica de la incidencia y mortalidad por este tumor.

Financiación: FIS-PI042602.

MORTALIDAD Y CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN EL PAÍS VASCO. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO MEDEA

K. Cambra, F.B. Cirarda, E. Alonso, T. Martínez-Rueda, S. Esnaola, M. Calvo, E. Aldasoro, C. Audicana, I. Montoya et al
Dpto. Sanidad, Gobierno Vasco; Unidad de Investigación de A.P. de Bizkaia.

Antecedentes/objetivos: El área geográfica se asocia a factores determinantes de la salud entre los que se incluyen los medioambientales. En 2001 entró en funcionamiento el registro de industrias EPER (European Pollutant Emission Register), que contiene información de las emisiones de contaminantes al aire, de vertidos al agua, y de la localización de las industrias. El tráfico rodado es una fuente reconocida de contaminantes atmosféricos, que han sido asociados con efectos en la salud e incrementos en la mortalidad. Objetivos: Estudiar el efecto de la proximidad a vías de tráfico y a focos emisores industriales en la mortalidad por sección censal en el País Vasco.

Métodos: Se ha estudiado la mortalidad de 1996 a 2003, total y por siete causas específicas, y dos variables ambientales, proximidad a un foco EPER o a una carretera de la red principal. El número de industrias en el registro EPER de 2001 en el País Vasco fueron 66, de los cuales 28 son del sector metal, 4 de energía, 8 de mineral, 4 químicas, y 5 de eliminación de residuos. Hemos utilizado el modelo mixto de Poisson según la propuesta de Besag, York y Molié en el marco completamente Bayesiano; la variable ambiental (cerca vs lejos) se ha introducido como de efectos fijos.

Resultados: De las 1645 secciones censales del País Vasco, 280 se encuentran a una distancia (medida desde su centroide) menor de 1000 m de un foco EPER y 779 a menos de 2000 m. En cuanto al tráfico, 238 secciones se encuentran a una distancia menor de 300 m de una carretera con IMD (intensidad media diaria) superior a 20000 vehículos por día (v/d), 139 a una con IMD > 40000 v/d, y 71 a una con IMD > 80000 v/d. De la combinación de tipos de actividad industrial, causas de mortalidad y sexo se han ajustado 209 modelos. Se han encontrado únicamente 4 asociaciones positivas significativas ($p < 0,975$): en hombres, industrias energéticas con la mortalidad por cáncer de pulmón e industria química con enfermedades respiratorias; en mujeres, industrias del metal con mortalidad por enfermedad isquémica y mineral con cáncer de mama. Asimismo, hemos encontrado 4 asociaciones negativas ($p > 0,975$): en hombres, con la mortalidad total y cáncer de pleura; en mujeres, con la mortalidad total y por enfermedad isquémica. En el caso del tráfico el número de modelos ensayados ha sido 60, y mayoritariamente se han encontrado asociaciones negativas con la mortalidad.

Conclusiones: Mediante modelos con una única variable ambiental no se observa asociación clara entre la mortalidad por sección censal y la proximidad de las mismas a industrias EPER o a carreteras de la red principal.

Financiación: Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI04/0489).

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD EN 11 CIUDADES DE ESPAÑA – PROYECTO MEDEA

C. Borrell, G. Cano-Serral, M. Rodríguez-Sanz, M.I. Pasarín, R. Puigpinós, E. Azlor, Investigadores Proyecto MEDEA
Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: El objetivo de este estudio es describir las desigualdades socioeconómicas en mortalidad según causas de defunción en hombres y mujeres en las secciones censales de 11 ciudades de España.

Métodos: Estudio ecológico transversal siendo la sección censal la unidad espacial de análisis. Se incluyeron las ciudades de: Alicante, Barcelona, Bilbao, Castellón, Córdoba, Madrid, Málaga, Sevilla, Valencia, Vigo y Zaragoza. La población de estudio fue la residente en las ciudades durante el periodo 1996-2003. Las fuentes de información fueron los registros de mortalidad y el Instituto Nacional de Estadística. Se calculó la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) para las principales causas de defunción donde las muertes esperadas se obtuvieron a partir de las tasas de España del 2001. La variable independiente fue un índice compuesto de privación socioeconómica obtenido a partir de las proporciones de desempleo, instrucción insuficiente, instrucción insuficiente en jóvenes, trabajadores manuales y asalariados eventuales de cada sección censal. Los riesgos relativos (RR) de mortalidad para hombres y mujeres según el índice de privación se estimaron ajustando un modelo jerárquico Bayesiano (modelo de Besag, York y Molié) para controlar la inestabilidad estadística de las RME en áreas poco pobladas, donde las muertes observadas siguen una distribución de Poisson. El índice compuesto se introdujo en el modelo de forma continua estando normalizado con media 0 y desviación típica 1. Se describen los RR de mortalidad según privación socioeconómica cuyo intervalo de credibilidad al 95% no incluye el valor 1.

Resultados: El número total de defunciones varió entre 5.271 (Castellón) y 107.671 (Madrid) para los hombres y 4.508 (Castellón) y 101.085 (Madrid) para las mujeres. Para todas las causas, el RR de mortalidad según privación socioeconómica fue superior a 1 en todas las ciudades en los hombres, mientras que en las mujeres lo fue en 6 de las 11 ciudades. En los hombres destaca el mayor riesgo de mortalidad a mayor privación socioeconómica ($RR > 1$) en el cáncer de pulmón, la enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades del sistema respiratorio y la cirrosis en la mayoría de ciudades. En las mujeres existió un mayor RR de mortalidad ($RR > 1$) para la diabetes y la cirrosis en la mayoría de ciudades. El cáncer de pulmón en las mujeres presentó un RR inferior a 1 (menor mortalidad a mayor privación) en 7 de las 11 ciudades.

Conclusiones: El estudio de la mortalidad en áreas pequeñas como la sección censal es útil para detectar desigualdades en mortalidad y por lo tanto zonas susceptibles de intervención.

Financiación: Fondo de Investigaciones Sanitarias y CIBERESP.

MESA ESPONTÁNEA

Miércoles, 17 de octubre de 2007
15:30 a 17:30

Nuevos desarrollos en la investigación del consumo de sustancias adictivas

Coordina: *Antònia Domingo Salvany*
Institut Municipal d'Investigació Mèdica-IMIM.
Hospital del Mar

EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE COCAÍNA EN ESPAÑA

A. Sánchez-Niubó, A. Domingo-Salvany, J.M. Suelves, J.F. Correa, G. Barrio
Institut Municipal d'Investigació Mèdica. CIBER en Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP); Institut Municipal d'Investigació Mèdica. CIBER en Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP); Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; Conselleria de Sanidad de Murcia; Plan Nacional sobre Drogas.

Antecedentes/objetivos: Según los informes del Observatorio Español sobre Drogas (OED), el número de consumidores de cocaína que llegan a hacer tratamiento de deshabituación está aumentando, indicando un crecimiento de la prevalencia de consumo problemático. Sin embargo, no se conoce la tendencia que sigue la incidencia de este consumo, necesaria para una adecuada actuación preventiva. El objetivo del estudio es conocer la evolución de la tasa de incidencia de consumo problemático de cocaína en España desde 1978 hasta 2004.

Métodos: A partir de los datos del indicador tratamiento del OED se seleccionaron los individuos de 15 a 59 años que hubieron iniciado tratamiento por abuso o dependencia de cocaína por primera vez entre 1991 y 2004; y cuyo inicio de consumo fuera posterior a 1978, con una edad de 10 a 54 años ($n = 61.703$). Cruzando el año de inicio de consumo y el tiempo transcurrido hasta iniciar tratamiento (período de latencia; PL), se obtuvo una tabla de frecuencias que presentaba un subconjunto de celdas vacías, por no tener información de inicios de tratamiento ni antes de 1991, ni después del 2004. Para la reconstrucción de la tabla se construyó un modelo loglineal a partir del cual se obtuvieron las incidencias de consumo estimadas para cada año, expresadas luego en tasas poblacionales. También a partir de los parámetros del modelo, se estimó la distribución del PL. Todos los análisis fueron realizados globalmente y estratificando por comunidades autónomas (CCAA).

Resultados: Desde 1978, la tasa de incidencia muestra un crecimiento lento, que se hace más rápido a mediados de los 90, llegando en el 2004 a 5 sujetos / 1.000 habitantes (IC95%: 3-7). Por CCAA, las mayores tasas de incidencia estimadas corresponden a la C. Valenciana, Baleares y Madrid. Según la distribución del PL, en España el 50% de los consumidores habrían iniciado su primer tratamiento a los 19 años desde el inicio de consumo de cocaína. Murcia presenta la distribución del PL más corta (mediana de 14 años), y la C. Valenciana y Euskadi las más largas con 22 y 23 años, respectivamente.

Conclusiones: Al partir de individuos que iniciaron tratamiento de deshabituación para cocaína por primera vez en su vida, estimamos incidencia de consumo problemático, que probablemente indica una evolución similar en la incidencia global. La tendencia creciente encontrada alerta sobre altas prevalencias de consumo problemático en los próximos años y, en consecuencia, un posible aumento en la demanda de tratamientos y de problemas de salud relacionados.

Financiación: PI041783 (FIS); C03/09 (RCESP); G03/05 (RTA); DURSI-GENCAT (2005-SGR-00491).

UN PROBLEMA EMERGENTE: LOS PROBLEMAS AGUDOS DE SALUD ASOCIADOS AL CONSUMO DE COCAÍNA

S. Santos, M. Giménez, F. Sánchez, D. Lacasa, J. Pulido, M.T. Brugal, R. Ballesta, A. Domingo-Salvany, G. Itinere
CNE; IMIM (Barcelona); Agencia S.P. Barcelona; FADA (Sevilla).

Antecedentes/objetivos: El consumo de cocaína está experimentando un gran aumento en los países europeos. España y Reino Unido cuentan con las prevalencias más altas. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de los problemas agudos de salud (PAS) padecidos por los jóvenes (≤ 30 años) usuarios de cocaína y estudiar los factores asociados a un mayor riesgo de padecerlos.

Métodos: Estudio transversal de entrada a una cohorte. Se realizó una entrevista cara a cara, con cuestionario estructurado asistido por ordenador y parcialmente autoadministrado por audiocasi, a 720 consumidores residentes en las áreas metropolitanas de Barcelona (234), Madrid (258) y Sevilla (228) captados por métodos de referencia en cadena fuera de los servicios asistenciales. Se definió como "problema agudo de salud" (PAS) el haber padecido algún síntoma grave dentro de las 4 horas siguientes al consumo. Se analizó su relación con variables sociodemográficas, patrón de consumo y severidad de la dependencia (Severity Dependence Scale-SDS). La significación estadística de las diferencias de proporciones se evaluó con ji-cuadrado y la de medias con t-student. Se ajustó un modelo de regresión logística para determinar los factores asociados.

Resultados: La edad media fue de 23 años, el 66,7% hombres, el 12,5% tenía sólo estudios primarios y el 67,7% trabajaba como fuente principal de ingresos. El consumo medio fue de 0,86 gr/día y para el 91,9% esnifar fue la vía de administración más frecuente. El 31,8% de la muestra padeció un PAS alguna vez en la vida, siendo más frecuente en mujeres (38,7%) que en hombres (28,3%). Los síntomas que se manifestaron más frecuentemente, sin diferencias significativas en género, fueron taquicardia, sudoración y taquipea. En el análisis multivariante padecer PAS se asocia con ser mujer (OR 1,7 [IC95%:1,2-2,6]), mayor de 25 años (OR 1,4 [IC95%:0,9-2,1]), llevar más de 5 años de consumo (OR 1,7 [IC95%:1,2-2,6]), ser dependiente de cocaína (OR 2,9 [IC95%:2,0-4,0]), haber tenido problemas cardiovasculares anteriores al estudio (AOR 1,7 [IC95%:1,2-2,6]), consumir más de 1 g/día (OR 2,5 [IC95%:1,6-4,1]) y consumir en casa (OR 1,7 [IC95%:1,1-2,7]) o en bares y discos (OR 1,6 [IC95%:1,0-2,5]) en comparación con hacerlo en la calle, coches o lugares de venta. El consumo concomitante de más de una sustancia presenta una tendencia creciente aunque no significativa.

Conclusiones: La alta frecuencia de problemas agudos de salud derivados del consumo de cocaína pone de manifiesto la necesidad de estudiar más en profundidad los factores asociados con un aumento del riesgo y las consecuencias para el sistema sanitario.
Financiación: FIPSE 36253/01; PÑSD 2003; CIBER de Epid. y S.P. (CB06/02/051).

PERFIL DE LOS CONSUMIDORES DE COCAÍNA DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

A. Schiaffino, A. Moncada, E. Basart, M. López, J. Martín
IMSABS. Ajuntament de Terrassa.

Antecedentes/objetivos: Conocer las características asociadas al consumo de cocaína de los adolescentes escolarizados de la ciudad de Terrassa.

Métodos: Se realizó un estudio para conocer los hábitos de salud de los adolescentes de Terrassa (municipio de 204.000 habitantes cercano a Barcelona). Se seleccionó una muestra representativa de los alumnos entre 14 y 18 años ($n = 1340$), a los cuales se les administró un cuestionario diseñado ad hoc. La variable respuesta fue haber probado alguna vez la cocaína y como variables explicativas: edad ($< 17 / > 16$), sexo, nivel de estudios familiares (sin estudios/primarios/secundarios/universitarios), titularidad de la escuela (pública/concertada), situación familiar de los padres (casados/separados/fallecidos), disponer de dinero (no/3-12euros/ > 12), tiempo de ocio (deporte, salir de marcha, ir al cine), relación con los padres (buena/mala), rendimiento escolar (bueno/malo), tabaco (no fumador/no regular/regular), consumo de cannabis (no/sí), consumo de otras drogas (no/sí), consumo de cocaína de los amigos (no/sí), nº de bebidas con alcohol (0/1-2/3-7/ > 7), satisfacción con la figura (no/sí), comportamiento antisocial (no/sí) y tener relaciones sexuales con penetración (no/sí). Se han calculado los porcentajes de consumo de cocaína según los niveles de las variables consideradas. Se han utilizado modelos de regresión logística ajustados por edad y sexo para comprobar la asociación entre cada una de las variables y el consumo de cocaína. Finalmente con aquellas que eran estadísticamente significativas, se han calculado las odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95% mediante un modelo logístico multivariante.

Resultados: De los 1170 escolares que respondieron, el 4,8% ($n = 56$) declararon haber probado la cocaína alguna vez. La respuesta fue de un 5,1% entre los chicos y un 4,4% entre las chicas. Un 3,7% de los menores de 17 años declararon haberla probado frente a un 9,1% de los mayores de 16. Tras ajustar los modelos de regresión por edad y sexo, se observó una asociación con el consumo de tabaco, de alcohol, de cannabis, con el consumo de cocaína de los amigos, con el comportamiento antisocial, con la relación con la madre y con el rendimiento escolar. Finalmente, el consumo de cocaína se asoció con ser mayor de 16 años (OR = 2,7; IC95%:1,3-5,8), con fumar regularmente (OR = 3,6; IC95% = 1,1-13,1), con haber tomado más de dos veces cannabis en los últimos 30 días (OR = 4,4; IC95% = 1,7-11,1) y con haber tomado alguna vez algún otro tipo de drogas (OR = 10,4; IC95% = 4,9-21,9).

Conclusiones: El consumo de otras drogas tanto legales como ilegales se asocia con el consumo de cocaína en la adolescencia. Estos resultados sugieren medidas preventivas que incluyan las diversas sustancias y que sean implementadas en edades tempranas.

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN UNA MUESTRA DE JÓVENES CONSUMIDORES DE COCAÍNA

O.M. Lozano, A. Domingo-Salvany, M. Martínez, M.T. Brugal, Y. Castellano, D. Lacasa, F. González-Saiz, J. Alonso

*Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social (FADAIS); Instituto de Salud Carlos III; Institut Municipal d'Investigació Mèdica; CIBER en Epidemiología y Salud Pública; Agència de Salut Pública de Barcelona.***Antecedentes/objetivos:** El objetivo del estudio era analizar los patrones de consumo de sustancias y los factores sociodemográficos y médicos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en una muestra no clínica de consumidores de cocaína.**Métodos:** Se realizaron entrevistas cara a cara a una muestra de 686 jóvenes (edad entre 18 y 30 años) consumidores regulares de cocaína, captados por métodos de referencia en cadena fuera de los servicios asistenciales, en tres ciudades españolas: Barcelona, Madrid y Sevilla. La información se recogió utilizando un cuestionario informatizado. La CVRS se midió con la versión española del Perfil de Salud de Nottingham (PSN), y el grado de dependencia de la sustancia con la Escala de Severidad de la Dependencia (ESD). El análisis bivariado se realizó mediante técnicas no paramétricas, y la regresión Tobit se utilizó para valorar qué variables se asociaban de forma independiente a la CVRS. Habiéndose encontrado una interacción del género con otras variables, se construyó también un modelo de regresión para hombres y otro para mujeres.**Resultados:** La mayoría de participantes mostraron buena CVRS, ($X = 10,9$; d.t. = 13,5) aunque se encontraron diferencias según la mayoría de variables estudiadas, entre las que destacan las relacionadas con los patrones de consumo: peor CVRS con un mayor tiempo de consumo regular o mayor frecuencia de consumo, la utilización de la vía inyectada, el consumo de heroína o cocaína base, y una mayor dependencia según la ESD. Aunque las mujeres declararon peor CVRS (13,6 vs 9,7, $\neq 0,01$), en el modelo con interacciones no se observan diferencias por género. La CVRS empeoraba con el nº de días de cama guardados en los últimos 12 meses, aunque sólo de forma significativa para las mujeres. La ESD era la variable que explicaba mayor variabilidad de la CVRS.**Conclusiones:** Incluso en fases tempranas de la dependencia se produce un deterioro de la CVRS, fundamentalmente relacionada con los patrones de consumo. *Financiación: FIPSE 36253/01; G03/05 (RTA); DURSI-GENCAT (2005-SGR-00491).***FACTORES ASOCIADOS A LA PROGRESIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS EN UNA COHORTE DE ESCOLARES DE BARCELONA**

A. Pérez, C. Ariza, F. Sánchez-Martínez, M. Nebot, E. Morales

*Agencia de Salud Pública de Barcelona.***Antecedentes/objetivos:** El consumo experimental y reciente de cannabis en jóvenes de 14 a 18 años en España se ha duplicado en los últimos 10 años. Son escasos los estudios longitudinales explicativos de los factores de entorno relacionados con este consumo en nuestro medio. Por este motivo, se ha diseñado el presente estudio con el objetivo de describir la evolución del consumo de cannabis de una cohorte de adolescentes escolarizados en Barcelona y de las principales variables relacionadas con la iniciación del consumo.**Métodos:** Estudio longitudinal de una cohorte de 1815 estudiantes de 47 escuelas de Barcelona seguidos un año. Se administró una encuesta diseñada por la Agencia de Salud Pública de Barcelona cuando cursaban 3º ESO (2005) y 15 meses más tarde (4º ESO). El apareamiento de los cuestionarios pre y post se realizó mediante un código individual creado por cada alumno. Para el análisis bivariado se calcularon las diferencias entre proporciones y las odds ratio ajustadas para todas las variables. Se practicó también un análisis multivariado de regresión logística para estudiar la asociación entre la iniciación del consumo de cannabis y algunas variables sociodemográficas, de consumo de otras sustancias y factores de entorno.**Resultados:** A través del código individual se apareó el 73,1% de la muestra ($n = 1327$). En la encuesta basal la edad media fue de 14,43 años, siendo el 51% chicas y el 49% chicos. La prevalencia de no consumidores en 3º ESO era del 69,88% ($n = 928$). De ellos, el 23,1% ($n = 215$) se inició en el consumo de cannabis al año siguiente, siendo un 5,4% ($n = 50$) consumidores habituales. El consumo ocasional de cannabis aumentó en un año del 23,12% al 29,82% y el habitual del 7% al 13,86%. Los factores predictivos asociados a la iniciación en el análisis multivariado fueron ser chico (OR = 1,6; IC95% = [1,1-2,5]), consumir tabaco regularmente (OR = 11,4; IC95% = [3,6-35,9]), tener un consumo de riesgo de alcohol (haberse emborrachado 1 o más veces) (OR = 2,5; IC95% = [1,5-4,2]), tener amigos consumidores de cannabis (OR = 1,9; IC95% = [1,2-2,8]), no ser capaz de rechazar la oferta para consumir (OR = 1,9; IC95% = [1,2-2,9]), declarar la intención de consumir (OR = 3,9; IC95% = [2,5-6]) y pasar el tiempo libre en bares y/o discotecas (OR = 2; IC95% = [1,2-3,4]).**Conclusiones:** El consumo habitual de cannabis se duplica en un solo año. Los resultados confirman la importancia del consumo previo de drogas legales y del consumo de cannabis entre los amigos, así como ir a bares y/o discotecas, en la iniciación del consumo de cannabis. La autoeficacia y la intención de no consumir son dos factores protectores para la iniciación en el consumo no identificados previamente en nuestro contexto y que reafirman la necesidad de trabajar las habilidades sociales en los programas preventivos.*Financiación: Plan Nacional de Drogas(2005) y Fundació Viure i Conviure, Caixa Catalunya.***CONSUMO RECIENTE DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LESIONADOS ATENDIDOS EN SERVICIOS DE URGENCIAS DE CATALUNYA**

E. Santamariña-Rubio, K. Pérez, I. Ricart, A. Rodríguez-Martos, M.T. Brugal, C. Borrell

*Grupo de trabajo MACIUS; Agència de Salut Pública de Barcelona; Departament de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya.***Antecedentes/objetivos:** El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de consumo reciente de sustancias psicoactivas y sus factores asociados en lesionados atendidos en servicios de urgencias de Catalunya.**Métodos:** Estudio de diseño transversal. Se incluyeron los lesionados mayores de edad con alguna lesión reciente (≤ 6 horas), atendidos en 8 servicios de urgencias de Cataluña, durante 3 cortes de 4 días cada uno (2005-2006). Las fuentes de información fueron una entrevista, una muestra de fluido oral y la historia clínica. Las variables dependientes fueron la presencia de: alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis, opiáceos, benzodiazepinas y alguna sustancia. Las variables independientes fueron: sexo, edad, mecanismo de lesión, nivel de estudios, día y hora de lesión, gravedad, medio de transporte para llegar a urgencias y resolución de la urgencia. Se realizó un análisis bivariado y multivariado de regresión logística para determinar los factores asociados al consumo de cada sustancia mediante odds ratios (OR) y sus intervalos del 95% de confianza (IC95%), para cada mecanismo de lesión.**Resultados:** De los 1.579 lesionados, el 28% fueron por caída, el 24% por accidente de tráfico, el 16% por agresión, el 11% por accidente doméstico y el 7% por accidente laboral. Las mayores prevalencias fueron de alcohol, cannabis y cocaína: 14,7%, 3% y 2,1%, en los lesionados por caída; 14,6%, 11,5% y 5,8%, en los lesionados de tráfico; 37%, 13,9% y 10,6%, en los lesionados por agresión; 8,3%, 4,7% y 3,5%, en los lesionados por accidente doméstico; y 12,6%, 5,4% y 5,4%, en los lesionados por accidente laboral. En los lesionados por agresión los factores asociados al consumo reciente de alcohol fueron ser hombre (OR:3,2 [1,7-6,1]), lesionarse en horario nocturno (OR:4,0 [2,2-8,2]) y llegar a urgencias en ambulancia (OR:3,2 [1,7-6,1]). Y en los lesionados por caída fueron ser hombre (OR:2,4 [1,3-4,3]), tener 25-30 años (OR:2,6 [1,01-6,5]), lesionarse el sábado (OR:2,6 [1,1-6,3]) y en horario nocturno (OR:2,6 [1,4-4,8]). En los hombres lesionados por agresión, los factores asociados al consumo reciente de cannabis fueron lesionarse de jueves a domingo (OR:3,1 [1,0-9,1]), y en los lesionados de tráfico tener 18-24 años (OR:3,9 [1,4-11,1]) o 25-30 años (OR:3,9 [1,4-10,9]).**Conclusiones:** Se han observado elevadas prevalencias de consumo reciente en todos los mecanismos de lesión, sobretudo alcohol, cannabis y cocaína. Los factores asociados al consumo varían en función del mecanismo de lesión, pero el consumo de alcohol tiene un patrón claramente recreativo de fin de semana y nocturnidad, en cambio el consumo de cannabis no.*Financiación: DGPND (2003), RTA (G03/05) y RCESP (C03/09).*

MESA ESPONTÁNEA

Miércoles, 17 de octubre de 2007
15:30 a 17:30

Bases de datos sanitarios informatizados: características y aplicaciones para la investigación farmacoepidemiológica

Coordina: Ana Ruigómez Sánchez
Centro Español de Investigación Farmacoepidemiológica (CEIFE)

Miguel Gil García

Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios

BASES DE DATOS EN ESPAÑA. PROYECTO BIFAP. USO PRÁCTICO PARA LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. de Abajo, L.A. García Rodríguez, J.L. Moreno, V. Bryant, J.C. Moreno, J. Timoner, P. Alegre, R. Bravo Toledo, M. Gil et al

Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios; Centro Español de Investigación Farmacoepidemiológica (CEIFE). Centro de Salud "Sector III", Getafe.

Antecedentes/objetivos: Las reacciones adversas de los medicamentos (RAM) constituyen un importante problema de salud pública. Sólo en EEUU se calcula que 100.000 personas mueren cada año por dichos efectos adversos y éstos son responsables de 1,5 millones de hospitalizaciones anuales. Entre un 20 y un 70% de éstos efectos adversos podrían ser prevenibles. La notificación espontánea de RAM (Tarjeta amarilla) es la piedra angular de la farmacovigilancia. Este método es muy útil para la generación de señales de alerta sobre nuevas asociaciones fármaco-reacción adversa. La gran infranotificación de RAM y otras limitaciones condicionan su utilidad a la hora de establecer relaciones de causalidad y evaluar el impacto que los riesgos de los medicamentos tienen para la salud pública. Por ello, con cierta frecuencia es necesario que las señales de farmacovigilancia sean contrastadas a través de estudios farmacoepidemiológicos adecuadamente diseñados, con un número suficiente de pacientes y en el menor tiempo posible. En este contexto, las bases de datos sanitarios informatizados con datos pre-existentes constituyen la fuente de datos más adecuada para la realización de dichos estudios. El proyecto BIFAP (Base de datos para la investigación farmacoepidemiológica en Atención primaria) evalúa la viabilidad de crear una base de datos informatizada con información aportada por los médicos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud para la realización de estudios farmacoepidemiológicos.

Métodos: En la actualidad, 1001 médicos colaboradores (821 MG y 180 pediatras) de 10 Comunidades Autónomas aportan los datos de sus pacientes a BIFAP. El número total de pacientes con información es de 2.208.652, siendo el total de personas-año de seguimiento de 4.417.083.

Resultados: La distribución por edad y sexo en BIFAP es similar a la población general Española. Hasta la fecha, se han completado 7 estudios de validación: Incidencia de Leucemia. Incidencia de Apendicitis. Prevalencia de diferentes patologías. Comparación de BIFAP y la encuesta nacional de Salud Epidemiología de la Diabetes. Uso de AINES en BIFAP. Prevalencia de uso de AAS en pacientes diabéticos. Incidencia de Mortalidad en BIFAP.

Conclusiones: Los estudios de validación realizados hasta ahora confirman que BIFAP es una herramienta válida y de gran potencial para la investigación farmacoepidemiológica.

USO DE BASES DE DATOS SANITARIAS INFORMATIZADAS EN FARMACOEPIDEMIOLÓGIA: ESTUDIO DE SEGURIDAD CARDIOVASCULAR DE LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS CON UNA BASE DE DATOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL REINO UNIDO

L.A. García Rodríguez, A Ruigómez

Centro Español de Investigación Farmacoepidemiológica (CEIFE).

Antecedentes/objetivos: El perfil de seguridad cardiovascular de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) está siendo cuestionado desde la publicación de los resultados de varios ensayos clínicos y de estudios observacionales. Los AINE son un grupo farmacológico de uso muy extendido y creciente en la población, por lo que, cualquier incremento de riesgo cardiovascular, por pequeño que sea, podría tener un gran impacto sobre la salud de la población. Esto hace necesaria la realización de estudios que establezcan el perfil de seguridad cardiovascular de estos fármacos. Objetivo: Estudiar la asociación entre AINE (incluyendo tanto los AINE tradicionales como los inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2 o Coxibs) y el riesgo de sufrir infarto de miocardio (IM).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de una cohorte poblacional, y un análisis caso-control anidado utilizando la base de datos THIN (The Health Improvement Network database) del Reino Unido. Esta base de datos recoge de forma sistemática la información médica de más de 4 millones de personas registradas con los médicos generales (MG) en su práctica clínica diaria, e incluye datos sobre motivos de consulta, diagnósticos, pruebas, analíticas, y prescripciones, siempre de forma anónima. La población de estudio incluyó personas de 50 a 84 años desde el 2000 al 2005, entre las que se identificaron todas aquellas que tenían por primera vez un registro de IM. Con el fin de validar y confirmar el diagnóstico de IM registrado en la base de datos se envió un cuestionario al MG para una muestra de 500. La tasa de confirmación fue mayor del 95%. De la misma población se identificó un grupo control sin diagnóstico registrado de IM y de ellos se seleccionó una muestra de 20.000 emparejada por edad y sexo a los casos. Se estimaron las odds ratio (OR) utilizando modelos de regresión logística ajustados por otros factores de riesgo y morbilidad asociada.

Resultados: En un periodo medio de 4 años, se identificaron 11.971 pacientes con un primer diagnóstico de IM de los que 26% fueron fatales. La incidencia global de IM fue de 4,1 por 1.000 personas-año. Los pacientes que estaban tomando AINE tuvieron un riesgo de IM no fatal de 1,35 (IC95%: 1,23-1,48) en comparación con aquellos que no los estaban tomando, mientras que el riesgo de IM fatal fue de 0,99 (IC95%: 0,85-1,16). El riesgo de IM no fatal asociado al uso crónico de AINE durante más de 3 años fue de 1,53 (IC95%: 1,28-1,82).

Conclusiones: El uso de AINES se asocia con un incremento de IM, existen diferencias entre los fármacos del grupo y según su dosis y duración. También encontramos un riesgo de IM aumentado en fumadores, pacientes con historia previa de enfermedad isquémica, y con hiperlipemia no tratada.

RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ENTRE USUARIOS DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS. ESTUDIO EN LA BASE DE DATOS BIFAP

M. Gil García, L.A. García Rodríguez†, V. Bryant, J.L. Moreno, J. Timoner, M.A. Ruz, A. Álvarez, J. García del Pozo, F. de Abajo

Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios; †Centro Español de Investigación Farmacoepidemiológica (CEIFE).

Antecedentes/objetivos: El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) ha sido relacionado con un incremento de 3 a 5 veces en el riesgo de desarrollar una hemorragia digestiva alta (HDA). Las bases de datos sanitarias informatizadas están adquiriendo gran relevancia como fuente de información idónea para la realización de estudios farmacoepidemiológicos. La base de datos BIFAP (Base de datos para la investigación farmacoepidemiológica en Atención primaria) recoge, de forma sistemática y anonimizada información médica y de prescripciones de más de 2 millones de personas atendidas en Atención primaria de 10 Comunidades Autónomas. Los objetivos de este estudio son: validar internamente la información de HDA de la base de datos BIFAP y estudiar la asociación entre AINEs y el riesgo de sufrir una HDA.

Métodos: Se realizó un estudio caso-control anidado en una cohorte de base poblacional utilizando la base de datos BIFAP. Validación interna: Se seleccionaron aquellos pacientes entre 40 y 89 años libres de criterios de exclusión y que presentaban, en la historia clínica informatizada, códigos CIAP o textos libres sugestivos de HDA entre el 01/01/2001 y el 30/06/2005 (n = 5955). La información de éstos pacientes disponible en BIFAP fue revisada por 3 investigadores y se clasificaron en casos potenciales; dudosos y "No casos". Posteriormente se solicitó al médico que revisase sus registros y complementara un cuestionario para la validación del diagnóstico de: todos los casos (tanto potenciales como dudosos) y de una muestra aleatoria de los "No casos". Se calculó el porcentaje de confirmación de los casos potenciales y de los "No casos". Análisis del riesgo de HDA en los usuarios de AINEs. Se seleccionaron 10.000 controles apareados por frecuencias de edad, sexo y año con los casos de HDA válidos (n = 1200). Se consideró que el paciente estaba expuesto a alguno de los AINES si había recibido una prescripción en los 7 días anteriores a la fecha del episodio. Se estimaron las odds ratio (OR) utilizando modelos de regresión logística ajustados por otros factores de riesgo.

Resultados: 1974 cuestionarios correspondientes a 1015 casos potenciales, 781 casos dudosos y 178 no casos fueron enviados a los médicos para su validación. El porcentaje de respuesta fue del 58,4%. El porcentaje de confirmación diagnóstica de los casos potenciales y los "No casos" fue del 93% y 96% respectivamente. Los resultados del análisis del riesgo estarán disponibles para la mesa redonda.

Conclusiones: La validez interna de la base de datos BIFAP para la evaluación de la HDA es muy alta.