

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 18 de octubre de 2007
9:00 a 11:00

VIH-SIDA

Modera: Asunción Díaz-Franco
Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII

FACTORES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE SIDA EN PACIENTES NAÍVE QUE INICIAN TARGA EN LA COHORTE PISCIS

B. Ortiga, A. Esteve, J.M. Miró, C. Tural, J. Casabona, E. Ferrer, J. Murillas, G. Navarro, L.I. Forcé

CEEISCAT; CEEISCAT; Hospital Clínic i Provincial de Barcelona-IDIBAPS; Hospital Germans Trias i Pujol; CEEISCAT; Hospital Universitari de Bellvitge; Hospital Son Duressa; Ciutat Sanitària Parc Taulí; Hospital General de Mataró.

Antecedentes/objetivos: Estimar la influencia de factores de riesgo clínicos y epidemiológicos en la incidencia de enfermedades definitorias de sida, en pacientes naíve sin sida previo que inician tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). **Métodos:** PISCIS es un estudio de cohorte prospectivo de pacientes adultos infectados por el VIH, atendidos por primera vez en 9 hospitales de Cataluña y uno de las Baleares. Se incluyeron pacientes naíve y sin sida, que habían iniciado TARGA entre el 1 de enero de 1998 y el 30 de septiembre de 2004. La incidencia de nuevos casos de sida se calculó como el número de primeras enfermedades definitivas de sida ocurridas en cada periodo dividido por el total de personas-tiempo de seguimiento. Se utilizaron modelos de regresión de Poisson univariados y multivariados para determinar los factores relacionados con la incidencia de sida.

Resultados: Se incluyeron 2.043 pacientes, con una mediana de seguimiento de 34 meses, rango intercuartílico (RIC) de 16-54, entre los que 108 desarrollaron sida (5,3%). Del conjunto, el 75% fueron hombres y la mediana de edad fue de 41,4 años (RIC: 36-47). La incidencia global de sida fue de 1,8 por 100 personas-año de seguimiento (IC95%: 1,4-2,1), de 5,2 (IC95%: 3,2-7,1) en los 3 primeros meses de seguimiento, con tendencia decreciente, con tasas de incidencia del 0,9 (IC95%: 0,2-1,6) en el cuarto año, y de 0,5 (IC95%: 0,01-1) posteriormente. La enfermedad más frecuente fue la tuberculosis con 38 casos (33%), seguido de sarcoma de Kaposi, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y el linfoma no Hodgkin, con 9 casos cada uno (8%). Los modelos de regresión de Poisson univariados determinaron que la incidencia de sida era significativamente mayor en los hombres, en los pacientes que iniciaban el TARGA con niveles de CD4 inferiores a 200 cel/ul y carga viral (cv) superior a 100.000 copias. Adicionalmente, el riesgo relativo (RR) de desarrollar sida fue menor cuando la pauta de inicio era 1 ITINN+2 ITIAN respecto a la de 1 (o 2) IP+ 2 ITIAN (RR = 0,6, IC95%: 0,4-0,9). El año de inicio del TARGA y grupo de transmisión no fueron significativos. En el modelo multivariable, ajustado por sexo y pauta, se mantuvieron como significativos iniciar TARGA con niveles de CD4 < 200 (RR, 3,9; IC95%: 2,2-7,2) y con una cv superior a 100.000 copias (RR, 1,7; IC95%: 1,1-2,6).

Conclusiones: La incidencia de sida es baja y decrece con el tiempo en los pacientes que inician TARGA. Iniciar TARGA con CD4 bajos y una cv elevada se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar sida.

Financiación: FIPSE, Departament de Salut.

CARACTERIZACIÓN DE LOS RIESGOS DE EVENTOS RECURRENTE DE SIDA. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

S. Pérez-Hoyos, I. Ferreros, A. Sanvisens, R. Muga, P. García de Olla, J. Del Romero, J. Castilla, I. Alastrué, E. Fernández et al
EVES; CIBERESP; HUGTIP; ASPB; Sandoval; ISPN; UMH; ISCIII; GEMES.

Antecedentes/objetivos: La efectividad de la introducción de la terapia antirretroviral combinada (CART) en la reducción del tiempo eventos recurrentes de SIDA esta demostrada, pero los riesgos de estos eventos no están bien descritos. El objetivo de la presente comunicación es caracterizar los riesgos a eventos recurrentes de sida.

Métodos: Se dispone de los datos de los seroconvertidores al VIH de la cohorte GEMES. Para analizar la efectividad del CART el calendario se dividió en 3 periodos de acuerdo con la disponibilidad de los tratamientos (sin tratamiento o monoterapia 1981-1992, monoterapia o terapia combinada, 1992-1996 y CART 1997-2005) Se han utilizado dos extensiones del modelo de Cox. El modelo de Andersen-Gill (AG) que asume que el haber tenido un evento definitorio de sida no cambia el riesgo subyacente a tener uno posterior y el modelo condicional o de Prentice-Williams-Peterson (PWP), que utiliza estratos tiempo dependiente, asumiendo riesgos diferentes entre sucesivos eventos definitorios de sida. Como covariables se han utilizado el sexo, edad a la seroconversión y las prácticas de riesgo. Se ha ajustado un modelo gamma generalizado para caracterizar los riesgos basales para cada evento de sida, contrastando la simplificación de dicho modelo a un modelo Weibull o lognormal).

Resultados: Un total de 1763 sujetos se incluyeron en el análisis. 236 presentaron un evento de sida, 85 tuvieron 2 y 78 3 o más. Un 9,28% fallecieron durante el seguimiento. Tras ajustar el modelo AG se obtuvo una reducción del riesgo de sida en el periodo post CART de 0,53 (IC95% 0,36-0,79). Cuando se ajusto el modelo PWP se observó una reducción del riesgo de 0,55 (IC95% 0,37-0,81) para el evento inicial de sida, de 0,43 (IC95% 0,23-0,82) para el segundo sida y de 0,40 (IC95% 0,23-0,69) para el tercer evento. La p de homogeneidad de riesgos fue de 0,694. Tras ajustar el modelo gamma-generalizado a los riesgos de cada uno de los eventos, el modelo se pudo simplificar a un modelo Weibull pudiendo calcular los percentiles relativos. Así en el último periodo, tras CART el tiempo al primer sida se retraso 1,70 veces (IC95% 1,50-2,01) frente al periodo pre-CART, 1,68 veces (IC95% 1,36-2,37) para el segundo sida y 1,49 veces (IC95% 1,25-2,05) para el tercer sida.

Conclusiones: En la era CART se observa un potente efecto en la reducción tanto del primer sida como de los subsiguientes. Los modelos paramétricos han permitido mostrar un menor riesgo de sida en la era CART con un retraso del tiempo no sólo al primer diagnóstico sino a los siguientes.

Financiación: Parcialmente financiado por FIPSE, FIS, EVES.

ACCESO UNIVERSAL AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH: EQUIDAD EN FUNCIÓN DEL LUGAR DE ORIGEN EN LOS PACIENTES DE LA COHORTE CORIS

A.M. Caro, P. Sobrino, F. Gutiérrez, P. Viciano, J.L. Gómez-Sirvent, J. Berenguer, F. García, J. del Amo, y CoRIS

ISCIII; H. Elche; H. Virgen del Rocío; HUC; H. Gregorio Marañón; H. San Cecilio.

Antecedentes/objetivos: En España, como en el resto de Europa, las personas provenientes de otros países representan una proporción creciente de los afectados por el VIH. Nuestro objetivo es analizar los indicadores de posibles barreras en el acceso al sistema sanitario o al tratamiento antirretroviral en España, en función del lugar de origen de los pacientes.

Métodos: CoRIS es una cohorte multicéntrica, abierta, prospectiva, de adultos con infección por VIH sin tratamiento antirretroviral previo, atendidos en 19 hospitales de 9 CCAA a partir del 1 de enero de 2004. Analizamos, según el lugar de origen, las variables al ingreso a la cohorte que caracterizan el retraso diagnóstico (diagnóstico de sida, nivel de CD4 y criterios de inicio de tratamiento), así como el tiempo a inicio de tratamiento y, una vez iniciado el mismo, el tiempo hasta la negativización de la carga viral. Estimamos proporciones y medianas con RIC, y usamos las pruebas de χ^2 y Kruskal-Wallis. Se utilizó el método de Kaplan-Meier y el test de Log-rank para las comparaciones según lugar de origen, y un modelo de regresión de Cox para ajustar por otras variables. Periodo de estudio: ene 2004-nov 2006.

Resultados: La cohorte cuenta con 2.564 personas, de las que se analizaron 2.507 en las que constaba el lugar de origen. El 76% son hombres, mediana de edad al ingreso a la cohorte: 36 años (30-42), fecha de diagnóstico de VIH: 85% entre 2003 y 2006. El 71,5% son españoles, 3,7% de Europa occidental, 1,7% Europa del este, 5,8% África subsahariana, 1,4% norte de África, 16% Latinoamérica. Categorías de transmisión: 38% hombres homo/bisexuales, 19% hombres heterosexuales, 19% mujeres heterosexuales, 18% usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables, con diferencias significativas según el origen del paciente. El 13,2% de los pacientes se han diagnosticado simultáneamente de VIH y de sida, sin diferencias según el origen. El 31,7% ingresan a la cohorte con CD4 < 200, y 48,2% con criterios de tratamiento ARV, nuevamente sin diferencias según el origen. No se encontraron diferencias en el tiempo a inicio de tratamiento ni en el tiempo a la negativización de la carga viral entre los pacientes de diferentes procedencias.

Conclusiones: La cuarta parte de los pacientes que ingresan en CoRIS provienen de países diferentes de España, especialmente de América Latina. Tienen características sociodemográficas diferentes entre sí, pero no difieren en las variables que caracterizan su situación clínica en el momento de acceder al hospital, su acceso al tratamiento, ni su respuesta virológica al mismo.

Financiación: ISCIII, FIS, Red de Investigación cooperativa C03/173.

COMPARACIÓN DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH Y EN POBLACIÓN GENERAL

P. Aldaz, J. Castilla, C. Moreno Iribas, N. Egués, F. Irisarri, J. Sola, C. Fernández, V. Martínez Arto

Instituto de Salud Pública de Navarra; Hospital de Navarra; H. Virgen del Camino.

Antecedentes/objetivos: Las personas infectadas por el VIH pueden tener también una mortalidad elevada por causas distintas del sida. Comparamos la mortalidad en la cohorte de personas con diagnóstico de VIH en Navarra en la era de la terapia antirretroviral de alta eficacia, con la de la población general de igual edad y sexo.

Métodos: A partir del registro de VIH de Navarra se configuró una cohorte con todos los diagnósticos de infección. Las defunciones se obtuvieron mediante cruce con el registro de mortalidad. Se calcularon las tasas de mortalidad en esta cohorte por causas entre 1999 y 2003 en el grupo de 20 a 59 años. Del registro de mortalidad se obtuvieron las defunciones por sexo, edad y causa (según CIE-10) en la población general de Navarra. Se calcularon razones de mortalidad estandarizada (RME) en las personas con diagnóstico de VIH, tomando como referencia al resto de la población. Las muertes por hepatopatía en personas con VIH (que se registran como sida según la CIE-10) se recodificaron para mantener la comparabilidad entre VIH positivos y negativos.

Resultados: Entre 1999 y 2003 se produjeron 114 defunciones en hombres y 29 en mujeres de 20 a 59 años con diagnóstico de VIH. En personas con diagnóstico de VIH la mortalidad fue mucho mayor que en el resto de la población de igual edad, tanto en hombres (RME = 18; IC95%, 15-21) como en mujeres (RME = 22; 15-32). La mortalidad por causas distintas al sida también fue significativamente mayor en hombres (RME = 8,5; 6,4-11) y en mujeres (14; 8,3-22) con diagnóstico de VIH. El análisis por causas de defunción arrojó un exceso estadísticamente significativo de mortalidad en las personas con diagnóstico de VIH por hepatopatía en hombres (60; 33-99) y en mujeres (254; 33-554); por sobredosis o adicción a drogas en hombres (12; 63-184) y en mujeres (275; 57-804); y por suicidio, con RME de 7,9 (1,6-23) en hombres y 32,4 (3,9-117) en mujeres. Cabe destacar que las personas con diagnóstico de VIH también presentaron un exceso de mortalidad en grupos de causas no directamente relacionadas con la infección, como las enfermedades cardiovasculares con RME de 4,0 (1,3-9,3) en hombres y 14 (1,7-51) en mujeres, y los cánceres no definitorios de sida, con RME de 2,8 (1,1-5,8) en hombres y 4,1 (0,8-12) en mujeres, esta última no significativa.

Conclusiones: Las personas con diagnóstico de VIH presentan sobremortalidad por causas distintas del sida aun en la era de la terapia antirretroviral de alta eficacia. Parte de este exceso de muertes es explicable por complicaciones relacionadas con la adicción a drogas (hepatopatía, sobredosis), pero también presentan un exceso de mortalidad por cáncer y cardiovasculares.

Financiación: CIBERESP.

DETERMINANTES DE LA INFECCIÓN POR VIH EN MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN EN ESPAÑA

M.A. Rodríguez Arenas, P. Estébanez Estébanez, J. del Amo Valero

Centro de Salud Pública de Denia, Comunidad Valenciana; Médicos del Mundo; Centro Nacional de Epidemiología, IS Carlos III.

Antecedentes/objetivos: La aparición de la epidemia de VIH/sida hizo que se empezara a prestar atención a la situación de las mujeres que ejercían prostitución, ya que se las consideró como posible foco de infección hacia la población general. Aun así, la mayor parte de los estudios más potentes y de mayor repercusión científica, se han realizado sobre poblaciones de mujeres de países de renta baja, principalmente de África subsahariana y del este asiático, donde la epidemia de sida ha golpeado más duramente. En comparación, son anecdóticos los estudios realizados en países occidentales. En este estudio, estimamos la prevalencia de VIH y sus determinantes, según su región de origen de estas mujeres.

Métodos: Se estudiaron 994 mujeres de 18 y más años que acudieron o fueron captadas por los centros, servicios y consultas participantes en toda España, entre enero de 2000 y julio de 2001, utilizando un 994 cuestionario semiestructurado. Para cada variable independiente se calculó el odds ratio (OR) y su correspondiente intervalo de confianza al 95% y, después, se construyeron modelos de regresión logística, siguiendo una estructura lógica y jerárquica. Los modelos de regresión fueron comparados probando las mejoras en el valor del estimador $-2 \log$ likelihood con un test χ^2 .

Resultados: Son factores de la vida privada, sobretudo haber tenido parejas seropositivas y/o usuarias de drogas inyectadas, los que condicionan la infección por VIH en la mayoría de estas mujeres. En españolas el consumo de drogas tiene un peso incuestionable en la probabilidad de infección, fundamentalmente el número de años de consumo inyectado. En latinoamericanas, cuanto mayor es la edad de inicio en la prostitución, menor es la probabilidad de infección. En ese grupo, la violencia es factor de riesgo para el VIH. Entre las españolas UDI, el uso consistente de preservativos con los clientes se mostró como factor protector. En mujeres subsaharianas, un mayor nivel de estudios actúa como protector de la infección.

Conclusiones: Los programas de reducción de daños en prostitución deberían, además de reforzar el uso de preservativos con los clientes y su correcta utilización, abordar nuevas estrategias para prevenir la infección por VIH y otras ITS a través de las relaciones con sus parejas afectivas, favoreciendo el empoderamiento y dado que su bajo uso en ese contexto tiene que ver con la percepción del condón como herramienta de trabajo, es prioritario que se desarrollen y prueben otros métodos que puedan ser controlados por la mujer, como los microbicidas.

Financiación: FIPSE 2065/99.

RETRASO DIAGNÓSTICO EN NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH EN 8 CCAA

M. Díez, J. Oliva, A. Díaz, J. Andonegui, M. Álvarez, J. Castilla, A. Izquierdo, M.E. Lezaun, A. Nicolau et al

CNE; País Vasco; Extremadura; Navarra; Canarias; La Rioja; Baleares; Ceuta; Cataluña.

Antecedentes/objetivos: Estimar la frecuencia de retraso diagnóstico y sus factores predictivos en los nuevos diagnósticos de VIH en Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, La Rioja, Navarra y País Vasco, entre 2003-2005. **Métodos:** Estudio descriptivo sobre las personas diagnosticadas de VIH por primera vez durante 2003-2005 en las CCAA participantes. Retraso diagnóstico se definió como presencia de < 200 CD4 células/μL al diagnóstico de VIH. Se realizaron distribuciones por variables de persona, lugar y tiempo y análisis multivariado mediante regresión logística. Como medida de riesgo se utilizó la odds ratio y su intervalo de confianza al 95% (OR; IC95%).

Resultados: Se analizaron un total de 2513 registros. Al diagnóstico de VIH, la mediana de CD4 fue de 276 (RIC, 84-527). El 40,1% de los nuevos diagnósticos cumplieron la definición de retraso, y un 18,3% adicional tenía entre 200-350 CD4, es decir eran susceptibles de tratamiento antirretroviral. El diagnóstico tardío aumentó con la edad (17,7% en < 25 años frente a 61,8% en > 55 años), y es mayor en inmigrantes que en españoles (41,6% frente a 39,4%), en hombres que en mujeres (34,9% frente a 41,9%) y en heterosexuales o usuarios de drogas inyectables (UDI) que en homo/bisexuales (44,5%, 38,5% y 31,5% respectivamente). Ajustando por CCAA y año de diagnóstico la probabilidad de retraso diagnóstico es mayor en hombre (OR:1,5; 1,2-1,8); en las edades: 30-35 años (OR:1,5; 1,2-2,0), 36-42 años (OR:2,4; 1,9-3,1) y > 42 años (OR:3,9; 3,0-5,1); en originarios de otros países (OR:1,4; 1,2-1,7); y en heterosexuales (1,7; 1,4-2,1) y UDI (OR:1,3; 1,0-1,7) comparados con homo/bisexuales.

Conclusiones: Aunque en España la prueba del VIH es confidencial, y gratuita en los centros públicos, muchas de las personas nuevamente diagnosticadas ya presentan un gran deterioro inmunológico. La proporción es mayor en hombres, personas inmigrantes y las infectadas por contacto heterosexual o UDI. Estos resultados subrayan la necesidad de aumentar la conciencia del riesgo de infección por VIH entre afectados y profesionales sanitarios; y de mejorar la accesibilidad/aceptabilidad de la prueba del VIH.

IMPACTO DE LA INTRODUCCIÓN DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN RÁPIDA DEL VIH EN LOS CENTROS ALTERNATIVOS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DEL VIH DE CATALUÑA

L. Fernández, J. Casabona, R. Muñoz, A. Giménez, B. Rifà

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT); Programa per a la Prevenció i Assistència de la Sida (PPAS).

Antecedentes/objetivos: La identificación temprana de la infección del VIH es un elemento crítico tanto desde la perspectiva de la Salud Pública como desde la clínica, pues permite intervenir sobre la modificación de conductas de riesgo para reducir la transmisión de la infección, así como retardar la progresión hacia el SIDA. En Cataluña hay 8 centros que ofrecen la detección voluntaria de anticuerpos de forma gratuita, anónima y confidencial, junto con un consejo asistido. Desde el año 1994 estos centros recogen datos epidemiológicos de las personas que hacen uso de este servicio. A finales del 2006, después de un estudio de aceptabilidad, se introdujo en estos centros la prueba rápida para detectar anticuerpos contra el VIH.

Métodos: Se presentan los datos preliminares de 3 centros (CJAS, ACASC y PDN), por un período de estudio de 3 meses, con el propósito de incluir próximamente los 8 centros y ampliar el período de estudio a 6 meses. Comparamos el número de pruebas realizadas en los tres primeros meses del 2007, en que ya empezó a funcionar la prueba rápida, con las realizadas en los tres primeros meses del 2006. Se presentan datos preliminares de un análisis descriptivo comparando el número total de pruebas realizadas, el número de pruebas positivas y su prevalencia entre un año y otro. Así mismo, debido a la heterogeneidad de los centros, se analiza el perfil de usuarios de cada centro, comparándose la distribución por sexo, edad y orientación sexual mediante el test χ^2 .

Resultados: El número total de pruebas realizadas ha incrementado de un año a otro de 247 a 700 (183%), observándose en todos los centros (CJAS 67,9%; ACASC 105,2%; PDN 932,1%). A pesar de haberse detectado 6 positivos más de los esperados (3 en 2006; 9 en 2007) la prevalencia global de pruebas positivas no ha variado de un año a otro (de 1,22 a 1,29%). En el conjunto de datos se observan diferencias significativas en las distribuciones por sexo y por orientación y conducta sexual ($p < 0,001$), con un aumento de la proporción de hombres y de homosexuales que se realizan la prueba. Analizando los perfiles de cada centro estas diferencias desaparecen.

Conclusiones: Con la introducción de la prueba rápida se observa un gran incremento del número de pruebas realizadas en los centros alternativos que se han estudiado. Con los datos actuales no se observa un incremento de la prevalencia de pruebas positivas ni se modifica el perfil de las personas que se la hacen. Cuando se dispongan de más datos, se deberían revisar los criterios de cribaje de la infección del VIH así como las poblaciones diana a las que se dirige.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE PACIENTES ADULTOS CON INFECCIÓN POR VIH SEGÚN LA EDAD

A. Gil, A.M. Caro, P. Sobrino, G. Navarro, R. Rubio, M. Riera, J. López-Aldeguer, J.A. Oteo, y CoRIS

H. La Paz; ISCIII/CNE; H. Parc Taulí; H. 12 de octubre; H. Son Dureta; H. La Fe; H. La Rioja.

Antecedentes/objetivos: La infección por VIH presenta distintas características dependiendo de la edad del paciente. El conocimiento de estas características determina los planes de prevención y control de la infección. Objetivos: conocer el perfil epidemiológico, sociodemográfico y clínico de la infección por VIH según la edad a la que se accede al hospital.

Métodos: La cohorte de la Red de Investigación en Sida (CoRIS) es una cohorte prospectiva, abierta y multicéntrica de pacientes adultos con infección por VIH sin tratamiento antirretroviral previo, atendidos en 19 hospitales de 9 CCAA. Recoge variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y de tratamiento. La variable de estudio es la edad de inclusión en la cohorte: menores de 30 años (grupo 1), de 31 a 49 años (grupo 2), y 50 años o más (grupo 3). Comparación entre los grupos mediante χ^2 y Kruskal-Wallis. Se utilizó un modelo de regresión logística multivariado para examinar variables asociadas de forma independiente con ser menor o mayor de 50 años.

Resultados: Entre enero de 2004 y octubre de 2006 se incluyeron 2.564 pacientes. 27,4% pertenecen al grupo 1, 62,1% al grupo 2 y 10,5% al grupo 3. Mediana de edad al diagnóstico (grupo 1/grupo 2/grupo 3): 26/36/55 años. Distribución por sexo: hombres: 71,5%/78,2%/80,3%. En el grupo 3 el nivel educativo es menor ($p = 0,04$). La proporción de inmigrantes disminuye en los grupos de mayor edad (42,2%/25,3%/12,8%) ($p < 0,000$). Principales categorías de transmisión: usuarios de drogas inyectables (UDIs): 9,7%/24,5%/5,6%; hombres homo/bisexuales: 47%/35,8%/30,1%; hombres heterosexuales: 14,7%/19%/35,7%; mujeres heterosexuales: 24%/15,9%/17,8% ($p < 0,000$). Al ingreso, en el grupo 3 existe una mayor proporción de casos con diagnóstico de sida (7,8%/16,9%/30,1%) ($p < 0,000$), con niveles bajos de CD4 ($p < 0,000$) y altos de carga viral ($p < 0,000$). En el análisis multivariado, los mayores de 50 años son en mayor medida heterosexuales OR = 9,12 (5,2-16) u homosexuales OR = 4,26 (2,4-7,7) frente a UDIs, así como hombres OR = 1,7 (1,2-2,5) frente a mujeres; tienen con mayor frecuencia educación primaria OR = 1,5 (1,1-2,1), y son en menor medida inmigrantes OR = 0,26 (0,18-0,4). Tienen mayor riesgo de ingresar con un nivel de CD4 inferior a 200 OR = 2 (1,3-2,9) o entre 200-350 OR = 1,72 (1,2-2,5), o diagnóstico de sida OR = 1,78 (1,2-2,5).

Conclusiones: Existe un porcentaje importante de pacientes que ingresan en la cohorte siendo mayores de 50 años, que muestran una infección más avanzada en el momento del ingreso. Es necesario adaptar las intervenciones de salud pública a las diferencias entre grupos de edad, principalmente las medidas de prevención y diagnóstico precoz. **Financiación:** ISCIII, FIS, Red de Investigación cooperativa C03/173.

CONDUCTA SEXUAL Y PRUEBA DEL VIH EN JÓVENES UNIVERSITARIOS DE ALICANTE

C. González, E. Calderón, P. Herbera, J. Verdú, A. Villaplana, M.J. Belza

Centro Nacional Epidemiología, ISCIII; Dpto Salud Pública, Universidad Miguel Hernández; Área Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Castilla-La Mancha.

Antecedentes/objetivos: Describir conductas sexuales, realización de la prueba del VIH y analizar conocimientos, opiniones y actitudes sobre la infección por el VIH y sus medidas de prevención en universitarios de ciencias de la salud de la Universidad Miguel Hernández, Alicante.

Métodos: Estudio transversal realizado de junio a noviembre del 2005. Se obtuvo información de estudiantes de ciencias de la salud que asistieron a la asignatura de salud pública mediante un cuestionario anónimo y autoadministrado. Al cumplimiento se introdujo en un sobre cerrado. Se analizaron frecuencias, medias, medianas con SPSS 12.0 y Stata v.8.

Resultados: Se analizó información de 633 jóvenes. 4,6% nació fuera de España. 73,8% eran mujeres. La mediana de edad fue 23,5 años (Rango 19,5-35,5). 78,3% ha tenido relaciones sexuales, la edad mediana de la 1ª relación fue 17 años. 21,4% de hombres y 28,4% de mujeres tuvieron su 1ª relación sexual antes de los 16 años. 76,1% de hombres y el 87,1% de mujeres usaron preservativo en su 1ª relación sexual. 31,3% de hombres y el 17% de mujeres tuvieron parejas ocasionales en el último año, de ellos, el 63,3% y 81,1% respectivamente, usó siempre preservativo. 47% de hombres y 31,4% de mujeres tuvieron nuevas parejas el último año y el uso de preservativo en la 1ª relación sexual con estas parejas fue 81,8% vs 79,8%. 13,8% de hombres ha tenido relaciones sexuales con una mujer a la que pagó por ello y todos usaron preservativo en su última relación sexual comercial. 48,8% se ha hecho la prueba del VIH, 39,7% por donación de sangre y 9,1% por otros motivos, mientras que únicamente el 1,9% considera que se ha expuesto a riesgo de contraer VIH por su conducta sexual. 63% se hizo en centros de atención primaria u hospital. 17,7% cree que el VIH se puede transmitir por picadura de un mosquito, 27,4% al donar sangre y 3,5% por estar hospitalizado con una persona infectada. El 14,6% no estaba seguro de trabajar o estudiar en el mismo centro con una persona infectada.

Conclusiones: Un porcentaje considerable de jóvenes inició sus relaciones sexuales a una edad precoz pero la mayoría usó preservativo la 1ª vez. Los hombres tienen más parejas sexuales que las mujeres y son menos sistemáticos en el uso de preservativo con las ocasionales. Mientras que el 9,1% se hizo la prueba del VIH por motivos diferentes a la donación, sólo 1,9% considera que ha tenido relaciones sexuales de riesgo. Un porcentaje considerable tienen conocimientos erróneos sobre mecanismos de transmisión del VIH y mantienen actitudes discriminatorias ante personas infectadas. **Financiación:** EVES.

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 18 de octubre de 2007
9:00 a 11:00

Cáncer

Modera: *María José Sánchez Pérez*
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

ANÁLISIS DE LA VALIDEZ DEL CMBD PARA DETECTAR CASOS INCIDENTES DE CÁNCER DE PRÓSTATA

N. Larrañaga, C. Martos, M.D. Chirlaque, C. Martínez, E. Bernal, O. Mokoroa, M.C. Tobalina, J. Bidaurrezaga, I. Izarzugaza et al

Registro de Cáncer de Euzkadi; Registro de Cáncer de Zaragoza; Registro de Cáncer de Murcia; Registro de Cáncer de Granada; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Antecedentes/objetivos: El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) es una fuente de información básica para los registros de cáncer de población (RC). Sin embargo, no hay estudios publicados en nuestro entorno que hayan evaluado validez del CMBD para detectar casos incidentes de cáncer. A tal efecto se ha realizado un estudio multicéntrico, coordinado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y en el que participan los registros de Aragón, Granada, Murcia y País Vasco. Se presentan los resultados del cáncer de próstata (CP).

Métodos: Se han incluido los casos de CP (CIE-9: 185) con una primera hospitalización por esta causa en el año 2000. Se han utilizado 4 algoritmos para la selección de casos: 1) CP en el diagnóstico principal, 2) CP en cualquiera de los 5 primeros diagnósticos, 3) CP en el diagnóstico principal y un procedimiento relacionado en cualquiera de los 5 procedimientos, 4) CP en cualquiera de los 5 primeros diagnósticos y procedimiento relacionado en cualquiera de los 5 procedimientos. El algoritmo descarta los casos ingresados por CP en 1998 y 1999. El registro de cáncer se utilizó como referencia, utilizando una estrategia de enlace para mitigar las pérdidas. Para el análisis de la validez del CMBD para detectar casos incidentes se ha estimado la Sensibilidad y el Valor predictivo positivo.

Resultados: Se presentan los resultados de tres de las cuatro áreas de estudio, única información disponible. El número total de casos incidentes de CP en el año 2000 fue de 231 en Granada, 409 en Murcia y 1.150 en el País Vasco. El mayor número de casos fue identificado con el algoritmo 2 (D1-D5) en los 3 centros: Granada 113, Murcia 219 y País Vasco 632. La sensibilidad resultó baja y similar en las tres regiones, 19,5%, 23,5% y 26% respectivamente. El mayor porcentaje de casos fueron confirmados (Valor predictivo positivo) mediante los algoritmos 3 (D1,P1-P5) y 4 (D1-D5,P1-P5). Las causas de los casos identificados en el CMBD y no confirmados como incidentes fueron sobre todo por tratarse de casos prevalentes, de otras comunidades, mal clasificados, etc.

Conclusiones: El CMBD resulta de gran validez para la identificación de algún tipo de cáncer, sin embargo, en el caso del cáncer de próstata, la sensibilidad fue muy baja, puesto que se trata de un tipo de tumor que no siempre precisa de hospitalización. El valor predictivo positivo resultó también bajo con respecto a otras localizaciones estudiadas con el mismo diseño.

Financiación: PI042051, PI042384, PI042489.

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN LA REGIÓN DE MURCIA. MUJERES CON RIESGO INCREMENTADO.

F. Pérez Riquelme, C. Nicolás Marín, J. Aguilar, M. Gálvez Martínez
DG Salud Pública; DG Salud Pública; HU Morales Meseguer; HU Morales Meseguer.

Antecedentes/objetivos: No existe evidencia empírica definitiva sobre la eficacia de cualquier estrategia orientada a detección precoz del cáncer en mujeres menores de 50 años. Las recomendaciones se resumen en: identificar a mujeres con riesgo incrementado; calcular el riesgo individual de desarrollar un cáncer de mama con la ayuda de tablas; realizar la determinación de mutaciones del BRCA1 y BRCA2 en quienes cumplan los requisitos; definir las propuestas de prevención y la pauta seguimiento en función del riesgo.

Métodos: A partir de una revisión bibliográfica se define una estrategia para la valoración y prevención del cáncer de mama en mujeres menores de 50 años con riesgo mayor del correspondiente a la edad. Se resume en: Captación. Mujeres entre 30 y 50 años con antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovario (3 de cualquier grado, 2 ó más de primer o segundo, o 1 de primer grado, < 50 años, bilateral o en varón) o antecedentes personales de hiperplasia ductal atípica, carcinoma in situ, radioterapia o cáncer en la infancia. Evaluación del riesgo de cáncer de mama. Según modelos cualitativo (Warner modificado) y cuantitativos (Gail, Claus y BRCAPRO -Software CancerGene®). Se estratifican en función de su riesgo vital de desarrollar un cáncer de mama en: Bajo (< 17%); Moderado (entre el 17% y el 25%) y Alto (> 25%). Con riesgo alto se les ofrece la posibilidad de realizarse test genéticos: BRCA1 y BRCA2. Medidas de prevención primaria: Consejos sobre estilo de vida y dieta, quimioprevención y mastectomía de reducción de riesgo o profiláctica. Medidas de prevención secundaria: autoexploración mamaria mensual; exploración clínica por profesional sanitario (Riesgo moderado anual y en Alto riesgo cada 6 meses); mamografía (Riesgo moderado: anual, comenzando a los 40 años y en Riesgo alto anual, doble proyección, comenzando a los 35 años); ecografía mamaria, complementaria a la mamografía y Resonancia Magnética Nuclear de Mama, como método complementario o alternativo a la mamografía cuando ésta no presente una calidad (densidad) radiológica aceptable.

Resultados: Desde su inicio en 2001, han sido remitidas al programa 798 personas, tras la valoración de riesgo, 180 (22,5%) se han clasificado como de alto riesgo y 333 (44,5) como riesgo moderado, se han estudiado 99 personas de test genéticos dando 21 estudios positivos (7 pendientes). Se han realizado pruebas diagnósticas invasivas a 75 mujeres detectándose 5 cánceres, tasa de detección 6,3 por mil personas derivadas.

Conclusiones: El programa se muestra eficaz y permite ofrecer la prevención en mujeres menores de 50 años ajustada a la evidencia actual.

NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS EN LOS NIÑOS: INCIDENCIA Y SUPERVIVENCIA POBLACIONAL

R. Marcos-Gragera, M.C. Martos, L. Vilardell, S. de Sanjosé, C. Calvo, P. Giraldó, M.L. Vicente, E. Guallar, M. Sant

Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Girona. Institut Català d'Oncologia; Registre de càncer de Zaragoza; Servei d'Epidemiologia i Registre de Càncer. Institut Català d'Oncologia; Hospital Miguel Servet. Zaragoza; Registro de cáncer infantil de la Comunidad Valenciana. Area de Epidemiologia. Conselleria de Sanitat, Valencia; Department of Predictive and Preventive Medicine, Istituto Nazionale Tumori, Milan, Italy.

Antecedentes/objetivos: Recientemente se ha publicado la Clasificación Internacional de las enfermedades para los tumores infantiles, 3a edición (ICCC-3). La ICCC3, utiliza los códigos de la clasificación Internacional de las enfermedades tercera edición (CIEO-3), que introduce importantes cambios en la clasificación de las leucemias y de los linfomas. Nuestro objetivo fue estimar la incidencia y supervivencia de las neoplasias hematológicas en niños utilizando la ICCC3 en la población cubierta por los registros poblacionales de cáncer de Girona y Zaragoza. Ambos registros participan en el proyecto europeo HAEMACARE.

Métodos: Se incluyeron en el estudio todos aquellos pacientes (edad < 15 años), diagnosticados de neoplasia hematológica (NH) durante el periodo 1993-2002, notificados por los registros de Girona y Zaragoza. Se revisaron todos los diagnósticos de anatomía patológica y hematológicos, se recodificaron usando la CIEO-3 y se reclassificaron según la ICCC3. Se calcularon las tasas ajustadas a la población estándar mundial (TA; casos por millón-año). Para el cálculo de la supervivencia se tomó como fecha final de seguimiento la fecha de la muerte o bien el 31-12-2005. La supervivencia observada se estimó mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados: En base a 150 casos, la TA global para las neoplasias hematológicas fue de 78,9. Teniendo en cuenta la ICCC3, las leucemias de células precursoras fue la NH más frecuente con una TA de 48,0. La supervivencia observada a los 5 años (SO5%) para la leucemias de células precursoras fue del 77,5%. Para los linfomas de células precursoras, la SO5% fue del 33,3%. La TA para los Linfomas de Hodgkin (16%) fue de 10,8 y una SO5% del 88,0%. La TA para el Linfoma de Burkitt fue de 5,4 y una SO5% de 90,9%. Teniendo en cuenta la estirpe mieloide, todos los casos fueron leucemias mieloides agudas, la TA fue de 5,2 y una SO5% de 45,0%.

Conclusiones: Existe una gran variabilidad en el pronóstico de las NH según el subtipo morfológico. A pesar de que la clasificación de la OMS para las neoplasias hematológicas evita la distinción arbitraria entre leucemias linfoides y linfomas, estas entidades permanecen separadas tanto en la CIEO-3 como en la ICCC3. En estudios de comparaciones geográficas y tendencias temporales tendrán que interpretarse con cuidado cuando los análisis se lleven a cabo separadamente.

CAMBIOS EN LA MORTALIDAD POR LOS CÁNCERES DE MAMA Y COLORRECTAL EN LA MUJER

E. Ramalle-Gómara, N. Izco Goñi, C. Quiñones Rubio, M. Perucha González, M.E. Lezaun Larumbe

Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria de La Rioja.

Antecedentes/objetivos: En España el cáncer de mama ha sido la principal causa de muerte por neoplasia en la mujer, pero comenzó a disminuir desde mediados de la década de 1990. Por otro lado, la mortalidad por cáncer colorrectal en la mujer se ha incrementado un 0,8% anual desde 1975. El objetivo del estudio es analizar la evolución de la mortalidad por cáncer colorrectal y de mama en La Rioja entre los años 1980 y 2005.

Métodos: Los fallecimientos proceden del Instituto Nacional de Estadística para los años 1980 a 1990 y del Registro de Mortalidad de La Rioja desde 1991. Durante el período de estudio han estado vigentes dos Clasificaciones Internacionales de Enfermedad (CIE), CIE-9 hasta 1998 y CIE-10 desde 1999. Se han seleccionado los códigos: para cáncer colorrectal: CIE-9: 153, 154 y 159.0 y en CIE-10: C18 C21, C26.0 y para cáncer de mama en la mujer: CIE-9: 174-175 y CIE-10: C50. Se han calculado tasas brutas, ajustadas por edad y tasas truncadas ajustadas (35 a 64 años) utilizando el método directo y empleando la población estándar europea. Los cambios en la tendencia y el porcentaje anual de cambio (PAC) han sido estimados mediante regresión de joinpoint.

Resultados: Las tasas ajustadas de mortalidad han pasado de 10,5 casos por cien mil mujeres en 1980 a 14,6 en 2005 para el cáncer colorrectal, mientras que las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de mama variaron de 19,8 en 1980 a 15,8 en 2005. La mortalidad por cáncer colorrectal muestra un incremento anual de 0,95% (no significativo) en todo el período. Las tasas para el cáncer de mama aumentaron un promedio del 3,3% ($p < 0,05$) entre 1980 y 1993 y desde 1994, han disminuido un 4,6% anual ($p < 0,05$). Las tasas brutas de cáncer colorrectal ha pasado de 13,4 casos por cien mil mujeres en 1980 a 28,1 en 2005, mientras que la mortalidad por cáncer de mama fue de 20,4 en 1980 y de 26,8 en 2005. El análisis para tasas truncadas es similar. La edad mediana al morir ha aumentado un promedio anual de 0,2 años ($p = 0,001$) en el caso del cáncer colorrectal (75 años en 1980 y 81 en 2005) y un 0,6 ($p < 0,001$) en el caso del cáncer de mama (61 años en 1980 y 78 en 2005).

Conclusiones: En 2005, las tasas ajustadas de mortalidad por ambas causas son similares (14,6 en cáncer colorrectal y 15,8 en cáncer de mama), mientras que en 1980 la tasa de mortalidad por cáncer colorrectal era casi la mitad que la producida por el cáncer de mama. La mortalidad por el cáncer de mama ha descendido desde 1994, mientras que la causada por el cáncer colorrectal muestra un incremento sostenido, aunque no significativo. La mortalidad bruta es mayor en 2005 por cáncer colorrectal que por cáncer de mama. La edad mediana al morir ha aumentado cinco años en el cáncer colorrectal y 17 en el de mama.

CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER EN LA PROVINCIA DE GRANADA: INCIDENCIA, TAMAÑO TUMORAL Y TENDENCIAS

Y.I. Chang, E. Pérez, M.J. Sánchez, M. Rodríguez, C. Martínez

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

Antecedentes/objetivos: El cáncer de mama representó el 21% del total de casos nuevos de cáncer en la mujer en la provincia de Granada en el período 2000-2002. Durante la última década, en casi todos los países esta aumentando la incidencia, realizándose el diagnóstico en estadios más precoces, lo que parcialmente es atribuible al programa de detección precoz. Objetivos: 1) Determinar la incidencia del cáncer de mama femenino en la provincia de Granada en los años 1985, 1996 y 2002; 2) Conocer el tamaño del tumor en el momento del diagnóstico en dichos años; y 3) Analizar las tendencias temporales de la incidencia de este cáncer en Granada en el período 1985-2002.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, de base poblacional. Se incluyeron los casos incidentes de cáncer invasivo de mama femenino de la provincia de Granada, en los años 1985, 1996 y 2002. La información básica se obtuvo del Registro de Cáncer de Granada. Se recogieron datos complementarios del tamaño del tumor (T) clínico y postquirúrgico (Sistema TNM), revisando la documentación clínica. Se presenta el número de casos y las tasas brutas y estandarizadas (pob. europea), así como la frecuencia relativa del tamaño del tumor, según año de incidencia. Para el análisis de tendencias, se utilizó un modelo de regresión loglineal (joinpoint regression), que estima el Porcentaje de Cambio Anual (PCA). Se presentan las tendencias para el total del cáncer de mama y por edad: 15-49 años, 50-64, 65-74 y 75 o más años.

Resultados: El número total de casos incidentes de los tres años fue 819. Las tasas brutas de incidencia fueron de 45, 63 y 91 y las estandarizadas de 48, 62 y 83 por 100.000 mujeres para los años 1985, 1996 y 2002, respectivamente. La frecuencia de tumores ≤ 2 cm fue del 12% en 1985 y 36% en 2002, y la de los tumores localmente avanzados (T4) del 26% en 1985 y 11% en 2002. En las mujeres de 50-64 años, población diana del programa de detección precoz, en el año 2002, la mitad de los casos correspondía a tumores ≤ 2 cm. Entre 1985 y 2002, se observó un aumento del número de casos y de las tasas estandarizadas de incidencia, con PCA de +3,6% ($p < 0,05$). Este aumento afectó a todos los grupos de edad. En las mujeres de 50 a 64 años, se detectó un punto de inflexión, con un mayor incremento de la tendencia a partir de 1997: PCA 1985-1997 de +3% ($p < 0,05$) y 1997-2002 de +9% ($p < 0,05$).

Conclusiones: Desde el año 1985, se ha observado un importante incremento de los cánceres de menor tamaño (≤ 2 cm), así como un aumento de la incidencia en todos los grupos de edad estudiados. En el grupo de 50 a 64 años, se observó el incremento más importante a partir del año 1997, en que se inicia en Granada el programa de detección precoz de cáncer de mama.

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

TENDENCIA DE LA INCIDENCIA Y LA MORTALIDAD POR CÁNCER HEPÁTICO EN ESPAÑA EN EL PERIODO 1983-2002

J. Ribes, R. Cleries, L. Esteban, L. Aliste, L. Pareja, J. Valls, A. Puigdefábregas, R. Gispert, J.M. Borrás et al

Institut Català d'Oncologia; Registre Mortalitat Catalunya; Pla Director Oncologia Catalunya.

Antecedentes/objetivos: Durante el año 2002 se ha estimado que la incidencia del cáncer hepático (CH) en Europa fue de 53.618 casos (35.303 hombres y 18.315 mujeres), representando el 2% del total de nuevos casos de cáncer. España se encuentra en el séptimo lugar de Europa en cuanto a incidencia y mortalidad por CH en hombres y en el doceavo en mujeres. En las últimas décadas se han observado incrementos de la incidencia y mortalidad por CH en Francia e Italia, países con patrones similares a los españoles en cuanto a factores de riesgo de CH. Objetivo: Determinar la tendencia de la incidencia y la mortalidad por CH en España durante el periodo 1983-2002.

Métodos: Los datos de incidencia se han obtenido a partir del Cancer Incidence in Five Continents Vols I-VIII para el periodo 1983-97, de los registros de cáncer de Zaragoza, Navarra, Tarragona, Granada y Murcia. Se ha extrapolado la incidencia durante el periodo 1998-2002 a partir de estos datos y de los del Giobcan 2002 mediante un modelo lineal generalizado. Los datos de mortalidad proceden del Instituto Nacional de Estadística. Para evaluar la tendencia se han calculado las tasas estandarizadas a la población mundial y se ha realizado un análisis Joinpoint para determinar posibles cambios en el porcentaje de cambio anual (PCA) de dichas tasas.

Resultados: Durante 1983-2002 la incidencia del CH aumentó un 2,6% anual en hombres ($p < 0,05$), mientras que en mujeres se mantuvo estable a lo largo de todo el periodo (PCA = 0,1%, $p = 0,2$). Durante el mismo periodo la mortalidad descendió un 0,5% en hombres y un 3,6% en mujeres (ambos, $p < 0,05$). El análisis joinpoint no detectó ningún cambio en la tendencia de la incidencia ni de la mortalidad.

Conclusiones: La incidencia de CH en España está aumentando en los hombres, tal y como se ha observado en otros países mediterráneos, Japón y los EUA, siendo esta tendencia atribuible en parte a la transmisión del virus de la hepatitis C hace más de 30 años. En las mujeres, no se ha constatado un aumento de la incidencia del CH, probablemente al bajo número de efectivos. Por la alta letalidad del CH, cabe esperar que las tendencias de la incidencia y de la mortalidad del CH en un país sean paralelas. Este paralelismo se ha observado en los países donde la incidencia del CH ha aumentado en los últimos años. En España, la disminución de la mortalidad por CH en los hombres, a pesar del aumento de la incidencia, sugiere que los cambios de codificación (CIM9 a CIM10) y de criterio de selección de los tumores como causa básica y una posible infradeclaración de CH en los certificados de defunción, podrían explicar parte de la divergencia observada en las tendencias del CH.

EFFECTO DEL ACCESO AL ÍNDICE NACIONAL DE DEFUNCIONES EN LA ESTIMACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA POBLACIONAL DEL CÁNCER DE MAMA EN GIRONA Y ZARAGOZA.

C. Feja, R. Marcos-Gragera, M.P. Gómez, M. Cervantes, M.C. Burriel, M. Sáez, M.A. Barceló, C. Saurina, M.C. Martos

Registro de cáncer de Zaragoza. Gobierno de Aragón; Registro de cáncer de Girona. Institut Català d'Oncologia; Grup de Recerca en Estadística, Economia Aplicada i Salut (GRECS), Universitat de Girona.

Antecedentes/objetivos: La monitorización de la supervivencia de los pacientes con cáncer puede ser utilizada como una medida de la efectividad de las intervenciones sanitarias. Los Registros poblacionales de Cáncer (RC) realizan un seguimiento pasivo de los casos, utilizando diversas fuentes de datos. En España desde 2006 se tiene acceso al Índice Nacional de Defunciones (IND). El objetivo de este trabajo es identificar el efecto del IND en la estimación de la supervivencia de los casos incidentes de cáncer de mama diagnosticados en el periodo 1995-1999 en Girona y Zaragoza.

Métodos: Los casos incidentes de cáncer de mama invasivos en la mujer diagnosticados durante el periodo 1995-1999 (Girona: 1381; Zaragoza: 1951) se obtuvieron de los Registros poblacionales de Cáncer de Girona (RCG) y Zaragoza (RCZ), excluyéndose los casos conocidos sólo por certificado de defunción (RCG: 26; RCZ: 68). Se realizó un entrecruzamiento de los casos con el IND. Se comparó la supervivencia observada (SO) y relativa (SR) a los 5 años antes y después de incorporar la información aportada por el IND, considerando el 31/12/2004 como finalización del estudio. La comparación de las curvas se realizó con el test log Rank.

Resultados: Después del entrecruzamiento con el IND, se recuperó o modificó la fecha de defunción en 13 casos en Girona (0,9% del total) y en 210 en Zaragoza (10,8%). La SR a los 5 años de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en Girona fue del 81,0% [IC95% 78,5-83,6], después del seguimiento con el IND la SR fue del 80,5% [IC95% 78,0-83,1]. En Zaragoza la SR a los 5 años fue del 85,6% [IC95% 83,6-87,6], después del seguimiento con el IND la SR fue del 81,7% [IC95% 79,6-83,8], siendo la diferencia estadísticamente significativa en Zaragoza.

Conclusiones: La utilización del IND como fuente de información en ambos RC ha supuesto una disminución de la sobrestimación de la SR de un 0,5% para el cáncer de mama en Girona y de un 3,9% en Zaragoza. Además, aunque la supervivencia sigue siendo mayor en Zaragoza que en Girona, después de la introducción de la información del IND la diferencia es menor. Esto podría ser explicado, al menos parcialmente, por las diferencias en el acceso a los datos de defunción en ambos RC. Por tanto, la utilización del IND como fuente de información sistemática en los Registros poblacionales de Cáncer mejorará la estimación de la supervivencia y permitirá una mejor comparación entre ellos.

Financiación: Estudio financiado parcialmente por el fondo de Investigación Sanitaria (FIS) ETS, proyecto 06/90553, y por la Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica (AATRM), proyecto: 006/01/2006.

RIESGO DE CÁNCER LABORAL: ANÁLISIS DE MORBILIDAD PROPORCIONAL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD COMÚN

V. Rodríguez, P. Morote, A.I. Esteban, F.G. Olcina

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias.

Antecedentes/objetivos: Los procesos de incapacidad temporal (IT) por enfermedad común son una fuente de información sobre enfermedades relacionadas con el trabajo. El análisis de las variables contenidas en el Parte de IT puede ayudar a los equipos de vigilancia epidemiológica a proponer hipótesis que posteriormente sean confirmadas por otros estudios epidemiológicos.

Métodos: Se analizaron los Partes de IT por enfermedad común de Asturias entre 1998 y 2006 de varones con diagnóstico de cáncer (CIE 9ª revisión 140-208). Las variables analizadas fueron edad, sexo, diagnóstico (CIE 9), año del diagnóstico y puesto de trabajo. Se elaboró una aplicación informática para traducir los puestos a la clasificación nacional de ocupaciones (CNO 94). Se adoptaron dos estrategias para valorar si había exceso de riesgo: Primero se realizó un análisis de morbilidad proporcional comparando la proporción de cada tipo de cáncer de la base de datos de IT con la misma proporción en el Registro (poblacional) de Tumores de Asturias, calculando la razón de morbilidad proporcional (RMP) ajustada por edad. Segundo, para detectar excesos de riesgo en relación con las ocupaciones se llevaron a cabo análisis de casos y controles, en los que para cada neoplasia y grupo laboral, los controles eran el resto de tumores (asumiendo que ninguno estaba relacionado con la exposición estudiada). Se calcularon las odds ratios ajustadas por edad con su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Se analizaron los Partes de IT de 1399 varones de 20 a 64 años, de los cuales sólo constaba el puesto de trabajo en 643 (46%). El análisis de morbilidad proporcional con el registro poblacional de cáncer mostró exceso de riesgo para los siguientes cánceres: mama masculina (RMP: 12,62), huesos (RMP: 5,37), pleura (RMP: 2,70), melanoma (RMP: 2,18), leucemia (RMP: 1,97), próstata (RMP: 1,70) y vejiga (RMP: 1,66). Los análisis de casos y controles encontraron asociación estadística significativa de cáncer de laringe con conserjes-vigilantes (OR: 8,98; 3,60-22,38), cáncer de riñón con trabajadores en acabado de la construcción (OR: 5,45; 1,90-15,61), cáncer de colon y recto con empleados administrativos (OR: 2,17; 1,06-4,44), cáncer de próstata con conductores de vehículos (OR: 2,63; 1,20-5,77), y cáncer de vejiga con mecánicos y ajustadores (OR: 2,48; 1,11-5,56).

Conclusiones: El análisis de morbilidad proporcional de IT por enfermedad común, incluidos los estudios caso-control en los propios registros, debería formar parte del proceso sistemático de vigilancia epidemiológica de salud laboral. Los resultados obtenidos pueden ayudar a priorizar la realización de estudios para confirmar las hipótesis planteadas, aunque previamente es necesario mejorar la cumplimentación de la variable ocupación.

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 18 de octubre de 2007

9:00 a 11:00

Enfermedades infecciosas 1*Modera: Javier Guillén Enríquez**Consejería de Salud. Junta de Andalucía***TENDENCIA TEMPORAL DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN ESPAÑA. PERIODO 1985-2019**

R. Clèries, M. Navarro, G. Binefa, J. Ribes, L. Esteban, L. Pareja, M. Peris, E. Fernández, J.M. Borràs

Servicio de Epidemiología y Registro del Cáncer. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat; Servicio de Prevención y Control del Cáncer. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat; Pla Director d'Oncologia. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/objetivos: El CCR es un problema de salud pública en la mayoría de países occidentales siendo la tercera causa de muerte por cáncer en Europa y Estados Unidos. Desde inicios de la década de los 90, existe una tendencia a disminuir la mortalidad debido a varios factores como pueden ser el diagnóstico del CCR en fases más precoces, programas de cribado así como la mejoría de los tratamientos. Objetivo: Describir la tendencia de la mortalidad por CCR en España durante el periodo 1985-2004 y realizar una estimación de la misma para los siguientes 15 años (2005-2019).

Métodos: Se ha realizado un análisis de Tendencias Temporales de las tasas de mortalidad por CCR en España mediante un modelo edad-periodo-cohorta Bayesiano. Las proyecciones de la mortalidad hasta el año 2019 se han realizado en base al mismo modelo.

Resultados: En el periodo 1985-1994, la mortalidad por CCR aumentó en ambos sexos (3,9% anual en hombres (H) y 1,5% en mujeres (M)). A partir de 1995, el incremento en H es menor (1,6%) y disminuye en M (-0,6%). Al diferenciar el cáncer de colon (CC) del recto (CR), la mortalidad en H aumentó durante todo el periodo de estudio, siendo menor el incremento en la segunda década (1985-1994:5%; 1995-2004:1,8%). En M, la mortalidad por CC aumentó en la primera década (2,8%) estabilizándose en la segunda (-0,1%). La mortalidad por CR incrementó en H (1,2%) y disminuyó en M (-1,1%). Las proyecciones para el periodo 2005-2019 muestran para ambos sexos, una disminución de la mortalidad por CCR entre la población de menos de 55 años. Entre las personas de más de 60 a, la mortalidad esperada por CCR incrementa en H y permanece estable en M.

Conclusiones: La tendencia favorable en la mortalidad observada a partir de 1995, podría reflejar los avances en el diagnóstico y tratamiento del CCR. Las proyecciones para los próximos años, podrían ser utilizadas como escenario de referencia para conocer el impacto futuro que los nuevos tratamientos y programas de cribado poblacionales a desarrollar, puedan tener sobre la mortalidad por CCR.

IMPACTO TEÓRICO DE LA VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA EN LA ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (EISP) EN MENORES DE 2 AÑOSJ.A. Peñuelas, A. Diestro, C. Alonso, A. Molina, D. Estruch, S. Pastor, A. Leal
CSP Gandía

Antecedentes/objetivos: La EISP es una enfermedad con alta letalidad en niños menores de 2 años con alta variabilidad en su incidencia global y por serotipos según regiones geográficas y con evidencia de sustitución de cepas vacunales por otras no incluidas en la actual vacuna en escenarios con vacunación poblacional. El objetivo de este estudio es evaluar el posible impacto de la vacunación antineumocócica conjugada en niños menores de 2 años de edad en el Área de Salud 11 de la CV.

Métodos: Se diseñó un estudio de cohortes ambispectivo definiendo caso como todo aislamiento de *S. pneumoniae* en una localización estéril como sangre, LCR, líquido pleural etc. en una persona empadronada en el Área 11 de Salud en el periodo 2001 - 5-mayo de 2007. Los casos se obtuvieron de la revisión de las bases de datos del Servicio de Microbiología del Hospital de Área y del CMBD provincial. Las variables registradas: nombre, edad, sexo, empadronamiento y fecha del aislamiento se obtuvieron a partir de las epícrisis hospitalarias, historias clínicas y del Sistema de Información Poblacional. Las cepas fueron serotipadas en el Servicio de Microbiología del Hospital La Fe de Valencia y en el Centro Nacional de Microbiología. Las tasas se calcularon usando las poblaciones del padrón municipal del INE para cada año del estudio y los intervalos de confianza asumiendo una distribución de Poisson. La efectividad vacunal se evaluó estimando la fracción prevenible y el número necesario de pacientes a tratar (NNT).

Resultados: Se identificaron un total de 16 casos, un 62,5% varones. La tasa durante el periodo fue de 86,3 por 10⁵ personas-año [128,6 - 44]. Los diagnósticos más frecuentes fueron el de neumonía (6 casos), meningitis (5) y bacteriemia oculta (2). Los serotipos aislados fueron 1(1), 7F (1), 8 (1), 9 (1), 14 (1), 19 (2), 19A(2), 23 (2), 33 (1), 1 caso no tipable y 3 de resultado desconocido. El impacto teórico de la vacuna en un escenario con eficacia del 95% y tomando los casos de serotipo desconocido y los 9, 19 y 23 incluidos en el espectro vacunal supondría una reducción del 53,4% en el número de casos [19,4-84,7] o se necesitarían vacunar 2168 niños [1311-6253] para evitar 1 caso de EISP. Mientras que si no se incluyen esos casos y serotipos la reducción sería del 11,9% [0 - 39,6] y el NNT de 9754 [4068-∞]. Si tomamos como tasa de letalidad el 8%(l) el NNT para evitar una muerte oscilaría según el escenario entre 27100 [16388-78163] y 121925 [50850-∞].

Conclusiones: La efectividad de la vacuna conjugada es menor que en otros escenarios (US o Canadá) no obstante se necesita una mayor precisión de la información y estudios de coste efectividad para decidir sobre su introducción en el calendario vacunal.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR NEUMOCOCCO (EISP) EN UN ÁREA DE SALUD

JA Peñuelas; A Diestro; C Alonso; A Molina; A Leal; JL Chover; D Estruch
CSP GANDIA.

Antecedentes/objetivos: La EISP es causa de una gran morbilidad en niños de corta edad y en personas mayores, así como en pacientes con patologías previas. Se han publicado estudios sobre su incidencia que objetivan una gran variabilidad tanto en la incidencia global como por serotipos. La disponibilidad de vacunas antineumocócicas en nuestro país con diferente eficacia y poblaciones diana abre posibilidades en su control, pero se necesita un conocimiento preciso de la magnitud del problema y de su evolución para decidir su aplicación. El objetivo de este estudio es cuantificar la incidencia de EISP en el Área 11 de Salud de la Comunidad Valenciana y su evolución en el periodo 2001-2006 e identificar y cuantificar la enfermedad clínica que causa y su letalidad.

Métodos: Se diseñó un estudio de cohortes retrospectivo definiendo caso como todo aislamiento neumocócico en una localización estéril en una persona empadronada en el Área 11 de Salud en el periodo 2001-2006. Los casos se obtuvieron de la revisión de las bases de datos del Servicio de Microbiología del Hospital de Área y del CMDB provincial. Las variables registradas: nombre, edad, sexo, empadronamiento, fecha del aislamiento, diagnóstico clínico y evolución fueron complementadas a partir de las epícrisis hospitalarias, historias clínicas y del Sistema de Información Poblacional. Las tasas se calcularon usando las poblaciones del padrón municipal del INE para cada año del estudio y los intervalos de confianza asumiendo una distribución de Poisson.

Resultados: Se diagnosticaron un total de 77 casos, un 74% varones. El 22% eran menores de 5 años, registrándose un 13, 18 y 14% en los grupos etarios 55-65, 65-75 y más de 75 años respectivamente. La tasa durante el periodo fue de 8,04 por 10⁵ personas-año [9,84-6,24], 11,91 en varones [15-8,82] y 4,17 [6 - 2,34] en mujeres. $RR_{varones/mujer} = 2,85 [1,71 - 4,75]$, y las tasas por grupos de edad de 15 casos por 10⁵ en mayores de 65 años [21,34-9,32], 10 casos en el grupo de 55 a 65 años y 39,7 en menores de 5 años, pero 93,42 [139,19-47,64] en menores de 2 años y de cero en mujeres de 65 a 75 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron el de neumonía (57%) y meningitis (18%). La bacteriemia oculta se registró en el 4% y la sepsis y shock séptico aparecieron como segundos diagnósticos en un 5 y 3% respectivamente. La letalidad global fue del 5%, pero del 8% en menores de 2 años y del 9% en mayores de 75.

Conclusiones: La EISP estimada es menor que en estudios en otros países y que en Cataluña, sin embargo es superior a esta última en menores de 2 años y constituye un problema de importante magnitud en nuestra Área superior a la enfermedad meningocócica (Tasa 3,2 por 10⁵) que justifica su inclusión en la vigilancia epidemiológica.

APLICACIÓN A VACUNAS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA. LA EXPERIENCIA DE MONTAJE DE UN SISTEMA DATA WAREHOUSE EN VACUNAS

D.I. Iniesta, J.A. Astray, M.C. Cameno, R.G. Genova, F.D. Domínguez, A.G. Guirao

Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Los sistemas de información en salud pública utilizan las nuevas tecnologías con el objetivo de disponer la información necesaria, de calidad y en tiempo convirtiendo los datos en información. La incorporación de esta información a sistemas data warehousing facilita el trabajo en vacunas, permitiendo obtener datos de cobertura a tiempo real necesarios para la evaluación y toma de decisiones. El objetivo es describir el proceso de montaje del sistema de información individualizado de vacunas y comparar el método tradicional de obtención de coberturas numéricas (administradas-declaradas), frente al individualizado de vacunas, extrayendo la información de todos los servidores de Atención primaria.

Métodos: Se ha creado un sistema de Data Warehouse basado en procesos OLTP (Online Transacción Process) que recoge los datos necesarios de vacunas de los centros de AP de la Comunidad de Madrid. Se dispone de bases de datos poblacionales nominales (TIS y Padrón). Los datos pasan de un Área de Montaje, en la que se disponen de servicios de integración, al "almacén" de datos, desde donde pueden ser consultadas mediante cubos OLAP (Online Analytical Processing), utilizando a nivel de usuario las herramientas Proclarity, a la vez que se integran en las aplicaciones correspondientes. Se analiza la cobertura de vacunas por el método tradicional de triple Vírica a los 15 meses y a los 4 años y se compara con la obtenida extrayendo la información por método automáticos de todos los servidores de Atención primaria de la Comunidad de Madrid Como denominadores se han utilizado Tarjeta Sanitaria del 2006 y Padrón continuo 2006.

Resultados: El sistema de información proporciona datos de vacunas a tiempo real, integrando los datos desde sistemas heterogéneos y validados. La cobertura de triple vírica individual a los 15 meses de edad es del 92,49% y 91,90% por el método tradicional, a los 4 años la cobertura por el método individual es 71,92% y en el tradicional es el 82,33. Por Áreas sanitarias se observa, de forma general, un patrón similar, aunque se han evidenciado errores en la cumplimentación de los grupos de edad en el recuento manual que se realiza desde los Centros, siendo mucho más específico y válido en método individual.

Conclusiones: La utilización de las nuevas tecnologías en el desarrollo de sistemas de información en salud pública ofrece unas enormes posibilidades. La incorporación de estos sistemas es un elemento de ayuda al profesional y evidencian que hace falta una reflexión colectiva sobre la necesidad de disponer de sistemas de información homogéneos que posibiliten la comparación a nivel estatal e internacional.

ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN MENORES DE 5 AÑOS. GRAN CANARIA 2004-2006

A. García Rojas, P. García Castellano, A. Bordes Benítez, F. Tronco-Mendoza, A. Fenoll Comes

Dirección General de Salud Pública; Servicio de Epidemiología y Prevención; Las Palmas; Hospital de Gran Canaria; Servicio de Microbiología; Las Palmas; Centro Nacional de Microbiología; Majadahonda; Madrid.

Antecedentes/objetivos: Se plantea conocer las características epidemiológicas descriptivas, la distribución temporal y los serotipos más prevalentes de la enfermedad invasiva por neumococo, en menores de 5 años en la isla de Gran Canaria, durante el periodo temporal 2004-2006.

Métodos: Estudio prospectivo de los casos de enfermedad invasiva confirmados y notificados al Sistema de Información Microbiológico de la isla de Gran Canaria, durante los años 2004, 2005 y 2006, que hubieran sido ingresados en un hospital de Gran Canaria con diagnóstico de laboratorio de *S. pneumoniae* en sangre, líquido cefalorraquídeo, o en otros lugares usualmente estériles, y enfermedad aguda con clínica compatible con enfermedad neumocócica.

Resultados: En el periodo estudiado, se notificaron un total de 48 casos, 12 (25%) en el 2004, 17 (35%) en el 2005 y 19 (40%) en 2006. El 54% de los procesos eran varones. Razón Hombre/Mujer:1,17. A su vez, el 40% de los enfermos tenían menos de 1 año, el 46% entre 1 y 2 años y el 14% más de 2 años. La distribución temporal mostraba un marcado carácter estacional con predominio de los meses de octubre a marzo (62,5% de los casos). Solamente quedaron sin tipificar 8 procesos. De los 40 tipificados, 57% no eran prevenibles por la vacuna antineumocócica conjugada pentavalente. El serotipo más identificado fue el 19A (25% de los enfermos) y el 14 (15%).

Conclusiones: La aparición de los serotipos vacunales aislados puede estar condicionado por el uso de la vacuna mencionada, en un amplio porcentaje de la población menor de 5 años. Con respecto a los años 2004 y 2005, en el 2006 se detectó un mayor número de serotipos no prevenibles por la vacuna (69%), sobre los prevenibles (31%). Hay que aumentar el conocimiento sobre esta enfermedad, mediante una vigilancia continua, remarcando la necesidad de confirmar los diagnósticos, y de disponer de aislamientos que permitan identificar los serotipos causantes.

BROTE EPIDÉMICO POR VIRUS DE PAROTIDITIS GENOTIPO G1 EN POBLACIÓN CON ALTAS COBERTURAS VACUNALES

D. Almagro Nieves, A. Capilla Sánchez, M.A. Martín Sances, J. Laguna Sorinas, J.M. María Navarro

Sección Epidemiología Distrito Metropolitano; Servicio Microbiología HU Virge de las Nieves Granada; Centro de Salud de Huetor Tajar; Sección de epidemiología de la Delegación Provincial de Salud Granada.

Antecedentes/objetivos: Desde el 2000 se vienen notificando al sistema EDO casos aislados de parotiditis en un distrito sanitario de Granada aúte con altas coberturas vacunales. El objetivo de este estudio es describir el brote de parotiditis que tuvo lugar en un municipio desde primero de septiembre de 2006 hasta enero de 2007 y evaluar la efectividad vacunal en los territorios epidémicos definidos (familiar y escolar).

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y de eficacia vacunal. Tras una definición de caso probable/sospechoso y confirmado, según los protocolos, se realizó una definición de casos vacunados, no vacunados y desconocidos. Las variables recogidas en encuesta específica fueron de persona (edad, genero, pruebas serológicas, cultivos, estado vacunal, clínica, complicaciones), lugar (domicilio, centro escolar y familia) y tiempo (fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta). Se revisaron las coberturas vacunales y la efectividad vacunal se calculó a partir de la fórmula $EV = (TANV-TAV)/TANV \cdot 100$ con sus intervalos de confianza dentro de tres aulas, para una vacuna estimada de Rubini frente a la cepa de Jeryl-Lynn e intrafamiliar.

Resultados: Se notificaron 22 casos relacionados epidemiológicamente en colegios o familia, por lo tanto confirmados. La mediana de edad fue de 9 años. La curva epidémica detectó tres generaciones de transmisión. De las pruebas serológicas realizadas, no hubo ningún caso con Ig M positiva y todos con Ig G positiva. Se aisló el virus de la parotiditis en siete enfermos (7 en saliva y 2 en orina) de 17 peticiones. Cuatro en bien vacunados, 2 con una dosis y otro en un adulto sin vacunar. El genotipo de 4 cepas que se enviaron a secuenciar fue del G1. La tasa de ataque en vacunados por aulas osciló entre 19% y 41%. Comparando los vacunados con alguna vacuna Rubini con los que no el RR es de 1,58 veces más que para el otro tipo de vacunas, no siendo esta relación estadísticamente significativa. (RR = 1,58; IC95% = 0,49; 5,10). La EV intrafamiliar fue del 68,75% (IC95% = -331,12;97,73).

Conclusiones: Se ha producido un brote de parotiditis por el genotipo G1 que es el que está circulando por otras poblaciones nacionales e internacionales. Sin saber con exactitud cual pudo ser la causa, parece que la baja efectividad de la vacuna con la cepa Rubini pudo contribuir a su difusión fundamentalmente en el ámbito escolar. Proponemos el estudio de implantar una tercera dosis de Tv a todos aquellos casos que se confirmen que tiene una o las dos dosis anteriores de cepa Rubini para el control de brotes.

A PROPÓSITO DE UN BROTE: EFECTIVIDAD DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN PARA EL SARAMPIÓN EN BARCELONA EN 2006-2007

C. Rius, H. Pañella, E. Casas, E. Morales, P. García de Olalla
Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: La aparición de casos de sarampión en Barcelona desde la última epidemia descrita en 1995, ha sido irregular e intermitente. En 2005 no se notificó ningún caso. En Cataluña el calendario vacunal desde 1999 incluye una primera dosis de triple vírica a los 15 meses y la segunda a los 4 años. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad del actual calendario de vacunación del componente de sarampión de la vacuna triple vírica en el grupo de edad de 6 meses a 5 años en el contexto de la epidemia de sarampión de Barcelona 2006-2007.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes prospectivo en el que se incluyeron los contactos del aula de las guarderías de los casos declarados entre el 1 de octubre de 2006 y el 31 de enero de 2007 (período que excluye el impacto de la campaña de vacunación poblacional llevada a cabo para lograr la interrupción de la transmisión del virus). La cohorte se siguió 18 días después de la aparición del exantema del caso índice. Se calculó la tasa de ataque secundario (TAS), el número reproductivo efectivo y la eficacia del calendario vacunal.

Resultados: De los 91 casos declarados en el período, 12 eran niños que acudían a guardería o escuela a partir de los cuales se identificaron 230 contactos en los que se documentó el antecedente de vacunación. De estos, 18 (7,5%) fueron casos secundarios. El 50% de la cohorte fueron niñas y la edad media fue de 27,8 meses (IC95% 13,5-42,0). El 64,8% estaban vacunados con una sola dosis. La cobertura vacunal en mayores de 15 meses fue del 93%. La TAS fue del 7,0% (IC95% 4,3-11,2) siendo el más afectado el grupo entre 6 y 11 meses (TAS = 16,6%). El número reproductivo efectivo fue de 1,05. La eficacia del calendario vacunal fue de 95,5% (IC95% 76,2-99,2%).

Conclusiones: El actual calendario vacunal cubre de forma efectiva a la población mayor de 15 meses.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y TENDENCIA DE HOSPITALIZACIÓN POR NEUMONÍA EN ESPAÑA, 1989-2002

G. Flores Mateo, M. Mari-Dell'Olimo, M. Casals, J.A. Caylà
IDIAP Jordi Gol; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: Describir la evolución temporal de las tasas de hospitalización y mortalidad por neumonía en España según edad y sexo y describir la distribución geográfica de los ingresos por neumonía en las distintas Comunidades Autónomas entre 1989 y 2002.

Métodos: Estudio descriptivo, de series temporales de ingresos por neumonía, elaborado a partir de los datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria entre los años 1989-2002 y a las estadísticas de defunción según la causa de muerte. Se calcularon las tasas de incidencia y de mortalidad por neumonía ajustadas por edad y sexo, utilizando la estandarización por el método directo. Se calculó el cambio porcentual y el cambio porcentual anual de tasas en hombres y mujeres, en cada grupo de edad. Se estimó la tendencia mediante un modelo lineal generalizado, asumiendo que las tasas de hospitalización por neumonía y la mortalidad seguían una distribución de Poisson. Mediante una regresión de Poisson se han calculado los riesgos relativos de la tendencia de hospitalización de un año respecto al anterior.

Resultados: Se produjo un total de 934.390 ingresos por neumonía. La incidencia hospitalización por neumonía en hombres incrementó a un ritmo anual de 5,44 (IC95% 6,39 a 4,60), desde 147,05 ingresos por 100.000 habitantes en 1989 a 290,80 ingresos por 100.000 habitantes en 2002, lo que representa un incremento total del 83% (RR = 1,83 IC95 1,53-2,20). En mujeres, la incidencia de hospitalización por neumonía incrementó a un ritmo anual de 5,55 (IC95% 6,82 a 4,18), desde 81,27 ingresos por 100.000 habitantes en 1989 a 170,6 ingresos por 100.000 habitantes en 2002, lo que representa un incremento total del 83% (RR = 1,84 IC95 1,41-2,41). Se encontraron diferencias geográficas en la tasa de incidencia de ingresos por neumonía siendo más alta en las regiones del norte y este de España y en la Comunidad de Madrid. La tendencia de mortalidad por neumonía disminuyó tanto en hombres -11,31 (IC95% de -27,38 a 11,70) como en mujeres -13,06 (IC95% -23,66 a -1,98).

Conclusiones: La tendencia creciente de ingresos por neumonía observada en ambos sexos, similar a la sucedida en otros países desarrollados, se puede explicar en parte a un envejecimiento de la población y a un cambio de los criterios de hospitalización, constituyendo los ingresos hospitalarios por neumonía una pesada carga sanitaria.

DETECCIÓN DE ACTIVIDAD EPIDÉMICA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA GRIPE EN NIÑOS

M. Ordobás, L. García-Comas, S. Cañellas, I. Rodero, A. Gutiérrez, J. García, C. García-Fernández
Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: La gripe forma parte de los procesos vigilados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid (RMC de la CM), que está basada en la participación voluntaria de médicos de Primaria que atienden a una población representativa de la Región. El objetivo de este estudio es describir las diferencias en la presentación clínica de la gripe en niños según el caso se presente o no en período epidémico.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos declarados de gripe, menores de 15 años a la RMC de la CM en 5 temporadas (01-02 a 05-06). Se considera caso a la persona con 1 de las siguientes características (código 485 CIPSAP): a) epidemia de gripe, más 4 de los criterios de b), b) 6 de los siguientes criterios, aparición súbita (menos de 12 horas), tos, escalofríos, fiebre, debilidad y postración, mialgias y dolores generalizados, mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes y contacto con enfermo de gripe. Se envían al laboratorio muestras respiratorias para identificación viral. Variables analizadas: sexo, edad, manifestaciones clínicas y semana con actividad epidémica o no (aquella en la que la incidencia ha rebasado la media de las 5 últimas temporadas y se ha realizado aislamiento de virus influenza). Se analiza la asociación entre la variable dependiente (semana epidémica o no) y el resto de variables mediante odds ratio (IC95%), crudos y ajustados con un modelo de regresión logística.

Resultados: De 641 casos analizados, 448 lo fueron en una semana epidémica (69,9%), con diferencias según temporada ($p < 0,05$) entre el 85,0% de los casos en la temporada 2001-2002 y el 51,7% en la 2005-2006. El sexo y la edad de los casos fue similar en las semanas epidémicas y en las no epidémicas. El contacto por otro caso estaba asociado a la aparición del caso en una semana epidémica (OR 2,6; 1,7-4,1) y de las manifestaciones clínicas, el factor crudo más fuertemente asociado a la presentación en semana epidémica es la fiebre (OR 3,6; 1,1-11,6) seguido de la tos (OR 2,2; 1,3-3,8); para el resto variables no se ha encontrado asociación. En el modelo de regresión logística se mantiene la relación con el contacto con otro caso (OR 3,0; 2,0-4,5) y la tos (OR 2,1; 1,3-3,6).

Conclusiones: Los casos esporádicos son raros, siendo poco frecuente que en períodos no epidémicos aparezcan casos de gripe. La información proveniente de la Vigilancia de Gripe, fundamental para sentar las bases del control poblacional, es también un apoyo decisivo para el diagnóstico diferencial. Sólo el antecedente de contacto con otro caso y la tos ha resultado relacionadas con la situación epidémica establecida mediante el umbral epidémico.

BROTE CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS POR EXPOSICIÓN AMBIENTAL EN UNA ZONA COSTERA DE LA PROVINCIA DE ALMERÍA

P. Barroso García, P. Rueda de la Puerta, T. Parrón Carreño, P. Marín Martínez, J. Guillén Enríquez
Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería; Delegación Provincial de Salud; Consejería de Salud.

Antecedentes/objetivos: El día 5 de agosto de 2006, el 061 comunicó una alerta notificada por un usuario. Desde el día anterior un grupo de personas presentaba clínica de irritación de vías respiratorias. Todos tenían en común veranear en una barriada de Cuevas del Almanzora. Los objetivos planteados fueron describir la alerta comunicada y las actuaciones realizadas para determinar agente causal.

Métodos: Estudio descriptivo y de casos-contrroles. Se diseñó un cuestionario. Para el estudio se dividió la barriada en tres zonas. Al realizar la encuesta se solicitó a los afectados que valoraran subjetivamente, en una escala de menor a mayor gravedad (1 a 3), el cuadro clínico. Análisis estadístico: Se calcularon frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medias y desviaciones estándar para cuantitativas. Se calcularon odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% para relacionar la gravedad del cuadro por zonas, y como medida de asociación por tipo de exposición. Se utilizó test de Chi-cuadrado y corrección de Yates. Se calcularon tasas de ataque (TA). Los datos se analizaron con SPSS y Programa EpiInfo. Se realizó investigación ambiental y se tomaron muestras de agua del mar. Fuentes de información: Encuestas epidemiológicas, registros de pacientes en centros sanitarios, informes de la investigación ambiental.

Resultados: Se encuestó a 57 casos y 26 controles. Se estimó una tasa de ataque del 69%. El 59,6% de los afectados encuestados fueron mujeres. Sus edades oscilaron entre 4 y 91, con una media de 43 y desviación estándar de 21,3. El síntoma más frecuente fue estornudos en un 87,7%. Los afectados de la Zona 1 presentaron mayor riesgo de padecer cuadro grado 3 que los de la Zona 3 (OR 46,7; 4,5-1171). La duración media del cuadro fue de 3,9 días. El día con mayor número de casos fue el 4 de agosto. Los que indicaron más actividad fuera de la vivienda tuvieron mayor riesgo de enfermar que los que indicaron más dentro (OR 12,25; IC 1,13-310,54). Las TA para los que vivían en primera línea de playa fue de 0,74 y para los que realizaban actividad habitual fuera de la casa 0,75. En agua de mar se detectaron niveles tóxicos de los dinoflagelados *Ostreopsis*.

Conclusiones: Se trata de un brote con clínica irritativa de vías respiratorias, con distinto grado de afectación, según la zona de localización de la vivienda, en habitantes de un municipio de la costa almeriense. Al encontrarse niveles tóxicos de microalgas *Ostreopsis* en agua del mar y teniendo en cuenta los datos de la investigación epidemiológica, parece que lo más probable es que el cuadro haya sido producido por la presencia de estas microalgas, que hayan podido actuar como aerosol.

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 18 de octubre de 2007
9:00 a 11:00

Ancianos y calidad de vida

Modera: M. Joao Forjaz
Escuela Nacional de Sanidad

VARIABILIDAD GEOGRÁFICA DE LA DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA: CARACTERÍSTICAS DE LA CCAA DE RESIDENCIA COMO FACTOR EXPLICATIVO

R. Gispert, G. Clot Razquin, A. Freitas, J. March, M. Ruiz, T. Rivero, C. Ruiz, J.M. Argimón, E. Busquets

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Universitat de Lleida; Consejería de Salud de Andalucía; Institut de l'Envel·liment; Institut d'Estadística de Catalunya; Servei Català de la Salut; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/objetivos: La prevalencia de discapacidad en la población española no institucionalizada tiene una distribución territorial muy variable que oscila en un rango que va de 5,6% a 12,6%. El objetivo es analizar los factores asociados a la discapacidad tanto a nivel individual como de las características del lugar de residencia, por comunidad autónoma (CCAA), que puedan explicar la variabilidad observada.

Métodos: Los datos proceden de la encuesta de discapacidades de 1999 y del INE-BASE para los años disponibles más cercanos al 1999. De la encuesta se han utilizado los datos del cuestionario de salud, que se administró a una persona aleatoria dentro del hogar seleccionado a partir de una muestra general de hogares. De ahí se obtienen las características de las personas de forma individual. Para las características del lugar de residencia se utilizan datos socio-económicos y de oferta de servicios por CCAA. El análisis se realizó mediante un modelo de regresión logística de dos niveles, considerando la presencia de discapacidad como variable dependiente, las variables individuales en el primer nivel y las relativas a las CCAA en el segundo.

Resultados: Las variables de primer nivel más significativas son: la edad, el nivel de estudios, la actividad económica, el estado de salud, el número de enfermedades crónicas, la dificultad en transporte público y la dificultad en coche. La variabilidad entre comunidades autónomas es de $\tau_{a00} = 0,261$. Se han modelizado de forma independiente siete variables de segundo nivel para reducir esta variabilidad: % mayores de 65 años ($\tau_{a00} = 0,261$), % familias monoparentales ($\tau_{a00} = 0,259$), tasa de paro ($\tau_{a00} = 0,259$), % municipios < 10.000 habitantes ($\tau_{a00} = 0,250$), % hogares unipersonales ($\tau_{a00} = 0,242$), plazas de larga estancia/habitantes > 65 años ($\tau_{a00} = 0,260$), coches/100 habitantes ($\tau_{a00} = 0,261$). Ninguna de las siete variables de segundo nivel analizadas reducía significativamente esta variabilidad.

Conclusiones: El lugar de residencia es uno de los factores asociados a la discapacidad en el análisis de un solo nivel, pero no se han identificado que características del territorio pueden ser las responsables. Habrá que analizar con mayor profundidad este factor, puesto que debido a las características de la muestra y al hecho que la encuesta no incluye personas institucionalizadas, podría ser consecuencia de un sesgo o factor de confusión.

Financiación: ISCIII (Expediente PI052650).

DISCAPACIDAD POR DEMENCIA EN ESPAÑA EN LA ENCUESTA NACIONAL DE 1999

J.L. Acosta García, J. Almazán Isla, J. de Pedro Cuesta

Master de Salud Pública, ENS, ISCIII; Área de Epidemiología Aplicada. Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII.

Antecedentes/objetivos: Antecedentes y objetivos: La Encuesta Nacional de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (END99) constituye el mayor banco de datos de discapacidad individual en población española. Sin embargo existen serios problemas en la interpretación de los datos publicados; por ejemplo debido a la naturaleza de los datos de deficiencia, discapacidad, y diagnóstico que refieren los encuestados. La E. de Alzheimer y demencias se caracterizan por generar una discapacidad temprana en comparación con fecha diagnóstica, progresiva y duradera. Las cifras END99 de personas discapacitadas en el grupo de edad 65-79 años con diagnósticos de Demencia/ Alzheimer son bajas, 48.067. El objetivo de este estudio fue identificar la magnitud de la infraestimación de discapacidad por demencia/Alzheimer en la END99.

Métodos: Métodos: Se comparan mediante modelos de regresión logística para datos agrupados para 75 y más años: 1) prevalencias de demencia y/o E. Alzheimer obtenidas por cribado en muestras aleatorias de supervivientes de 9 estudios puerta-a-puerta a 1-6-2005 (522 personas) en dos fases usando el MMSE < 24 puntos y examen posterior por clínicos entrenados (mayoría neurólogos) aplicando criterios establecidos y 2) prevalencias de discapacidad debida a demencia/Alzheimer en una muestra de la END99 en las provincias donde se habían realizado los estudios puerta-a-puerta (Barcelona, Guipúzcoa, Gerona, Coruña, Zaragoza, Toledo, Madrid, Pontevedra y Segovia) de 3.859 personas.

Resultados: Resultados: El estudio multicéntrico puerta-a-puerta encontró 85 casos de demencia, 49 de E. de Alzheimer, de 75 y más años; obteniéndose en la muestra de la ENDD99 127 personas que manifestaban discapacidad y diagnóstico de demencia o E. de Alzheimer a esa edad. La comparación de prevalencia de demencia en puerta a puerta con la de demencia o E. de Alzheimer indistintamente proporcionó un OR de 2,79 IC95% 1,97-3,97, ajustando por edad y sexo. La comparación con prevalencias de diagnóstico END99 E. Alzheimer arrojó un OR de 1,97 IC95% 1,34-2,91 con los mismos ajustes. Ambos modelos mostraban OR significativamente altos para sexo femenino, 1,11 en ambos, y eran crecientes con la edad.

Conclusiones: Conclusiones: La prevalencia de discapacidad debida a demencia/E Alzheimer en la END99 parece estar muy infraestimada. Dos de cada tres personas con discapacidad debido a demencia/E. Alzheimer a edades > 75 años podrán permanecer sin diagnosticar o su dependencia estar atribuida a otras causas.

ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD (EVLD) SEGÚN NIVELES DE GRAVEDAD EN ESPAÑA POR CCAA

R. Gispert, G. Clot Razquin, J. March, M. Ruiz, T. Rivero, C. Ruiz, E. Busquets, J.M. Argimón, A. Puigdefàbregas

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Universitat de Lleida; Consejería de Salud de Andalucía; Institut de l'Envel·liment; Institut d'Estadística de Catalunya; Servei Català de la Salut; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/objetivos: La EVLD es un indicador global del estado de salud que permite evaluar las diferencias entre territorios. El objetivo es analizar la discapacidad según niveles de gravedad para valorar mejor las diferencias entre CCAA.

Métodos: Los datos corresponden a las tablas de mortalidad y a la encuesta de discapacidad de 1999 del INE. Se ha clasificado el nivel de gravedad de las discapacidades según el número de discapacidades asociadas (del máximo de 36) y su correlación con el estado de salud percibido en: leve (1-3), moderado (4-8) y grave (9 y más). Se calcula la EVLD según el método de Sullivan (o de prevalencia) para cada uno de los niveles y el total.

Resultados: Los valores de la EVLD al nacer en España tienen una variabilidad importante situándose en un rango de 4,87 años para los hombres y de 5,7 años para las mujeres (excepto Ceuta y Melilla). Al estratificar por gravedad la variabilidad disminuye considerando el indicador en valores absolutos (3,53 leve, moderada 0,95 y grave 2,02 en hombres y en mujeres 3,04 leve, 2,92 moderada y 2,49 grave. En promedio, la expectativa en España para los hombres es de 68,48 años de vida en buena salud o libres de incapacidad, 3,61 años con discapacidad leve, 1,62 años con discapacidad moderada y 1,58 años con discapacidad grave. En las mujeres: 72,08 años en buena salud, 4,03 años con incapacidad leve, 3,05 años con incapacidad moderada y 3,15 años con incapacidad grave. En términos relativos en los hombres supone: el 91% del tiempo vivido libre de discapacidades, el 95,7% libre de incapacidad moderada y 97,9% libre de incapacidad grave y en las mujeres: el 87,57% libre de discapacidad, el 92,46% libre de discapacidad moderada y el 96,17% libre de discapacidad grave. Las CCAA con mejor situación relativa son Aragón, Canarias, Madrid y País Vasco en los hombres, así como Aragón, Madrid, Navarra y Rioja en las mujeres.

Conclusiones: La esperanza de vida libre de discapacidad es superior en mujeres que en hombres en términos absolutos e inferior en relativos, en todos los niveles de discapacidad. La variabilidad en la expectativa de discapacidad entre CCAA es inferior en la grave y moderada que en la leve y en la libre de discapacidad, lo que sugiere que una parte de las diferencias observadas puede ser debida a problemas de medición y/o agrupación de la discapacidad.

Financiación: ISCIII (Expediente PI052650).

FACTORES ASOCIADOS A PROBLEMAS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN RESIDENTE EN INSTITUCIONES PARA MAYORES EN MADRID

J. Damián, R. Pastor-Barriuso

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/objetivos: La depresión es una condición prioritaria en personas mayores y más aun en institucionalizadas. Los problemas de detección y tratamiento son particularmente frecuentes en esos ámbitos. El objetivo principal de este trabajo es medir los determinantes de infradetección e infratratamiento de depresión en residencias.

Métodos: Los datos proceden de un estudio epidemiológico transversal realizado sobre una muestra probabilística de población que vive en residencias de mayores en Madrid. El muestreo fue estratificado por conglomerados (residencias públicas-concertadas vs privadas). Los síntomas de depresión fueron medidos mediante una versión de 10 preguntas de la Geriatric Depression Scale (rango: 0-10 puntos), considerándose sujetos con síntomas aquellos con 4 o más puntos. El diagnóstico de depresión se determinó mediante entrevista con el médico de la residencia. La infradetección se definió como la proporción de personas sin diagnóstico entre los que tienen síntomas y el infratratamiento como la proporción de casos con síntomas entre los que tienen diagnóstico. Mediante modelos de regresión logística ajustados por edad y sexo, se determinaron por separado los riesgos de infradetección e infratratamiento asociados a estudios, tipo de residencia, dependencia funcional (índice de Barthel), multimorbilidad, salud objetiva y autovalorada, estado cognitivo, visión, audición y apoyo social. Los análisis se realizaron teniendo en cuenta el muestreo complejo. Se presentan odds ratios e intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Entre las 189 personas con síntomas depresivos, el 65% no tenían diagnóstico. El riesgo de infradetección aumentó con la edad (OR = 1,06 [1,01-1,11] por cada año) y la mala salud autovalorada (OR = 1,57 [0,66-3,78]), y disminuyó con el número de trastornos crónicos (OR = 0,82 [0,67-1,00] por unidad), la mala salud valorada por el médico (OR = 0,39 [0,16-0,94]), la sordera (OR = 0,38 [0,16-0,91]) y la demencia Alzheimer (OR = 0,22 [0,05-0,99]). Entre las 146 personas con diagnóstico de depresión, el 51% presentó síntomas. Los factores asociados con un mayor riesgo de infratratamiento fueron la residencia privada (OR = 2,50 [1,04-5,99]), la mala salud autovalorada (OR = 2,90 [1,27-6,64]), el deterioro cognitivo (OR = 2,19 [0,85-5,63]), la sordera (OR = 4,28 [1,01-18,07]), la cardiopatía isquémica (OR = 3,50 [1,32-9,23]) y otras enfermedades cardiovasculares.

Conclusiones: Los factores asociados a la infradetección y al infratratamiento de la depresión están, en general, relacionados con la salud del paciente. Los problemas de audición parecen tener un papel relevante tanto en la detección como en su tratamiento, mientras que las enfermedades cardiovasculares pueden interferir en el tratamiento.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (96/0201).

ETAPAS DEL PROCESO DE AUMENTO DE LA LONGEVIDAD Y COMPRESIÓN DE LA MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DURANTE EL SIGLO XX

R. Génova

Servicio de Informes de Salud y Estudios, Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Se ha constatado en poblaciones con alta esperanza de vida que la disminución de la mortalidad (transición demográfica y epidemiológica) comporta un retraso de la edad media de muerte y una concentración creciente de defunciones en edades elevadas y en un rango etario progresivamente más estrecho (compresión de la mortalidad (CM)). Objetivo: medir e identificar las fases del proceso de longevidad y de CM de la población española durante el s. XX.

Métodos: Datos: tablas de mortalidad por sexo de la población española, años 1908 a 2005 (Human Mortality DataBase, U.Berkeley). Se calculan y analizan (por sexo) los principales indicadores de longevidad y CM recomendados por Wilmoth-Horiuchi (Demography, 1999,36(4):475-95), Robine (Population, 2001,56(1-2):199-222), y Vallin-Meslé (INED, 2002, DocTravail-108): esperanza de vida (e(0), e(65)); edad modal de muerte; mediana (P50) y percentiles P50 (edad mediana) y P25, P75 y P90 de muerte; Rango Intercuartilico (RIQ); desviación estándar de las defunciones sobre la edad modal (SD(M+)); e indicador C de Kannisto (modificación Meslé-Vallin) (10C10, 10C25, 10C50, 10C90) o rango más estrecho (en años de edad) que puede acoger una proporción de defunciones de la tabla de mortalidad (p.e. 50% en 10C50).

Resultados: La e(0) pasa de 1908 a 2005 de 42,8 años a 83,5 (mujeres) y de 40,6 a 76,9 (hombres). Desde 1960, e(65) crece en términos relativos más que e(0). La edad modal de muerte aumenta de manera regular (74,6 años (1908) a 87,8 (2005), mujeres; 71,4 a 83,4, hombres). Por contra, los indicadores de dispersión-concentración de las defunciones evolucionan con distintos ritmos de cambio: RIQ, 10C50, 10C25 y 10C10 descienden rápidamente hasta 1960, para estabilizarse posteriormente (p.e. RIQ: 68,9 en 1908, 16,7 en 1960, 12,1 en 2005; 10C50: 40,3 en 1908, 14,7 en 1960, 11,4 en 2005 en mujeres; tendencia semejante en hombres). SD(M+) sigue una tendencia parecida, aunque con oscilaciones.

Conclusiones: En la población española se verifica a lo largo del s. XX un importante incremento de la longevidad y una fuerte compresión de la mortalidad, atribuible al aumento de la supervivencia de las personas mayores y a la tendencia de concentración de las defunciones en edades cada vez más avanzadas. Esta evolución no es lineal, sino que presenta dos grandes etapas: una primera, hasta 1960, con incrementos significativos de edad modal y CM, y una segunda (1960-2005) sin aumento claro de la CM pero sí de la edad modal de muerte. Este proceso refleja el éxito en la lucha contra la muerte, y de la reducción secular de las desigualdades ante la muerte pero supone un reto para el sector sanitario (carga de enfermedad), social (dependencia) y económico (pensiones).

Financiación: Ministerio de Educación, Proyecto SEJ-10972.

PREDICTORES DEL NIVEL FUNCIONAL Y AYUDA RECIBIDA EN MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS

M.J. Forjaz, M.C. Delgado-Sanz, G. Fernández-Mayoralas, F. Rojo-Pérez, P. Martínez-Martín, B. Frades-Payo

Escuela Nacional de Sanidad-Instituto de Salud Carlos III (ISCIII); Instituto de Economía y Geografía-CSIC; Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII.

Antecedentes/objetivos: En este estudio se analizan los principales predictores de la demanda de ayuda de mayores no institucionalizados de Madrid, teniendo en cuenta su estado de salud, estado funcional y la red social formal e informal.

Métodos: Se estudió una muestra de 499 personas, representativa de la población de 65+ años no institucionalizada de la Comunidad de Madrid. La entrevista estructurada, realizada en el domicilio, incluye a las siguientes variables y medidas: datos socio-demográficos y de apoyo social, calidad de vida relacionada con la salud (EuroQoL tarifa), discapacidad (índice de Barthel y Escala de Independencia Funcional), índice de comorbilidad (adaptado del CIRS-G), depresión (de la Hospital Anxiety and Depression Scale), valoración subjetiva del estado de salud y satisfacción, red social formal e informal.

Resultados: Los mayores participantes en este estudio tienen un buen estado de salud, con buen nivel funcional, buena valoración de la salud y sólo 5,3% casos de depresión. Un 54,8% de los mayores no muestran ninguna limitación en dos escalas de nivel funcional y presentan una salud significativamente mejor en todas las variables ($p < 0,005$, test de Mann-Whitney). Según el modelo de regresión logística, las personas con un riesgo significativamente mayor en cuanto a manifestación de alguna limitación funcional son de mayor edad (OR = 1,07), tienen más depresión (OR = 1,10), mayor índice de comorbilidad (OR = 1,06) y peor salud autovalorada (OR = 0,68). Además, los hombres tienen un menor riesgo de limitaciones funcionales (OR = 0,34). Por otra parte, el 36,3% (n = 181) de los encuestados reciben algún tipo de ayuda formal o informal. Este grupo vive en hogares significativamente más pequeños (M = 1,86 vs 1,98 personas), cuya edad media es más alta (M = 73,52 vs 69,08 años), $p < 0,014$, test de Mann-Whitney. La asociación entre la necesidad (nivel funcional) y la recepción de ayuda es significativa (chi-cuadrado, $p < 0,001$). Los principales factores de riesgo para recibir ayuda son: mayor edad (OR = 1,67), menor satisfacción con la salud (OR = 0,65), menor independencia funcional (OR = 0,93), vivir en hogares con menos personas (OR = 0,59) y menos envejecidos (OR = 0,96).

Conclusiones: Los principales factores relacionados con la necesidad de ayuda, medida por el nivel funcional, son la edad, el género (mujeres con peor salud), depresión e índice de comorbilidad. La recepción de ayuda se relaciona con el género y la edad, el tamaño del hogar, la satisfacción con la salud y el nivel funcional. El estudio resalta la importancia de estos factores en intervenciones socio-sanitarias con mayores no institucionalizados.

Financiación: Proyectos MEC BSO2003-00401, Com. Madrid 06/HSE/0417/2004, IMSERSO 48/06.

HOMOLOGACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA EL CÁLCULO DE ESPERANZAS DE SALUD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

N. Tamayo, P. Pereyra-Zamora, R. Alfonso, J. Sanchis, A. Nolasco, I. Melchor, J.A. Pina, J. Moncho, S. Valero

U I Análisis de la Mortalidad y E. Sanitarias. UA; Oficina del Plan de Salud. C. Sanidad GV; RMCV. C Sanidad- GV.

Antecedentes/objetivos: En los proyectos de armonización internacional de los sistemas estadísticos europeos de recolección de información, se persigue el uso de instrumentos comunes en Europa para las encuestas nacionales de salud y desarrollar métodos que permitan las comparaciones nacionales e internacionales. La red REVES (Réseau Espérance de Vie en Santé) y el EHEMU (The European Health Expectancy Monitoring Union) han realizado una serie de recomendaciones para la monitorización de la salud de las poblaciones mediante indicadores tipo esperanzas de salud. Este trabajo pretende analizar las recomendaciones, identificar y comparar los enunciados en cada instrumento y comparar las preguntas y respuestas en cada uno de los cuestionarios de la Encuesta de la Comunidad Valenciana de 2001 y 2005 relacionadas con el cálculo de indicadores de esperanzas de salud.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica para recopilar la información requerida, procediendo a una traducción de los instrumentos propuestos para la homogenización de las encuestas de salud a nivel europeo. Los instrumentos se valoraron y compararon con los cuestionarios de las encuestas de salud de la Comunidad Valenciana de 2001 y 2005.

Resultados: Se construyeron diversas tablas de referencia con las recomendaciones procedentes de la comparación de los instrumentos analizados. Se valoraron instrumentos para recolección de información sobre 11 cuestiones básicas: enfermedades crónicas, limitaciones funcionales, restricción de actividades de la vida diaria, salud percibida, salud mental entre otras. Se realizaron diversas recomendaciones: incluir una pregunta general sobre morbilidad crónica y sobre limitación de actividades cotidianas, un conjunto de preguntas específicas relacionadas con las limitaciones funcionales cognitivas y modificar la pregunta y respuesta sobre salud percibida.

Conclusiones: Las referencias de comparación permitieron evaluar los diferentes instrumentos que pueden hacer posible la homologación para mejorar la recolección de datos, lo cual permitirá optimizar la recolección de información necesaria para el cálculo de indicadores de esperanzas de salud comparables. Es necesario incorporar diversos instrumentos que permitan recoger la información de la mejor manera, así como modificar otros instrumentos que permitan la comparabilidad con otras encuestas, como también para evaluar y realizar comparaciones internacionales. Los indicadores de esperanzas de salud así construidos permitirán evaluar las acciones y políticas de salud dentro y entre los países europeos.

Financiación: Convenio Oficina del plan de salud- U.I. de análisis de mortalidad UA.

CALIDAD DE VIDA EN HEMODIÁLISIS CONVENCIONAL FRENTE A HEMODIÁLISIS DIARIA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO CON UNA APROXIMACIÓN BAYESIANA

A. Ruano Raviña, E. Sánchez Iriso, J. Puñal Rioboó, L. Varela Lema
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade; Departamento de Economía. Universidad Pública de Navarra.

Antecedentes/objetivos: La hemodiálisis (HD) es el tratamiento empleado con mayor frecuencia en enfermos con insuficiencia renal crónica avanzada, cuya incidencia y prevalencia están aumentando en nuestro país. La HD convencional consiste en 3 sesiones semanales con unas 4 horas de duración. Se ha propuesto que la hemodiálisis corta diaria sería más fisiológica que la convencional (6-7 días por semana con 2 horas por sesión). Se pretende comparar la calidad de vida de los enfermos en ambas modalidades de HD.

Métodos: Se seleccionaron hospitales con pacientes tratados con HD diaria y se solicitó a esos hospitales que enviaran los datos de calidad de vida de dos pacientes en HD convencional por cada paciente en HD diaria. Finalmente participaron un total de 9 hospitales. Para medir la calidad de vida de los pacientes se utilizó el cuestionario validado EQ-5D. Para el análisis se creó un primer modelo lineal con 5 variables, equivalentes a las cinco dimensiones del cuestionario, cada una con 3 niveles, con el fin de obtener valores del índice propios y un segundo modelo para establecer las diferencias entre modalidades. Utilizando los datos del estudio realizado por Wit GA et al, (1998) se hicieron estimaciones bayesianas con supuestos informativos. Los resultados se expresan como media de calidad de vida con intervalos bayesianos del 95%.

Resultados: Se incluyeron 93 pacientes, 66 en HD convencional y 27 en HD diaria. En estos grupos 5 y 3 pacientes respectivamente presentaron resultados incompletos, por lo que se excluyeron, analizándose 85. La edad media fue de 58,9 años (rango 23-83) y el 38% eran mujeres. En todos los modelos realizados se observa que la calidad de vida de los pacientes en HD diaria es superior a la HD convencional. Además, al utilizar priors informativos estas diferencias son mayores. Los modelos utilizando priors informativos indican los siguientes resultados cuando se compara HD diaria vs HD convencional, modelo 2a (variable dependiente escala visual analógica): 0,61 IB95% 0,57-0,64 y 0,67 IB95% 0,60-0,72, modelo 2b (variable dependiente EQindex-propio): 0,65 IB95% 0,62-0,67 y 0,74 IB95% 0,70-0,78, modelo 2c (variable dependiente EQindex-poblacional): 0,62 IB95% 0,57-0,66 y 0,72 IB95% 0,64-0,78 respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes en HD diaria demuestran tener mejor calidad de vida que los pacientes en HD convencional. Esta mejor calidad de vida es independiente de los supuestos utilizados, aunque es mayor con priors informativos.
Financiación: Proyecto FIS. Convocatoria de ETS.

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 18 de octubre de 2007
 9:00 a 11:00

Salud reproductiva

*Modera: Paco Bolumar
 Universidad de Alcalá de Henares*

VALORES DE REFERENCIA DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LAS VIÑETAS COOP/WONCA DE CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN ADULTA MADRILEÑA

P. Serrano-Gallardo, A. Otero, J.M. Díaz-Olalla, M. Esteban-Peña
Escuela de Enfermería Puerta de Hierro/UAM; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UAM; Instituto de Salud Pública. Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Las viñetas COOP/WONCA presentan frente a otros instrumentos de medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) una más fácil incorporación en la práctica clínica (sobre todo en Atención Primaria de Salud) por su sencillez, brevedad y fácil comprensión (representación visual). Dicho instrumento ya ha sido adaptado y validado culturalmente en nuestro entorno, el objetivo del presente trabajo fue la obtención de valores de referencia de las viñetas para población adulta madrileña.

Métodos: El estudio se ha realizado con los datos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005 (ESCM'05). Fueron elegidos 7.500 adultos mediante muestreo aleatorio estratificado (por distritos municipales y por edad y sexo). La variable CVRS se midió a través del Cuestionario COOP/WONCA (9 escalas). Otras variables de estudio fueron: edad, el sexo, estado civil, clase social y nivel de estudios. Tratamiento estadístico: para cada escala (y para el sumatorio) y por grupo de edad y sexo, se ha calculado media, mediana, porcentaje de sujetos que se ubican en puntuaciones máximas (5) y mínimas (1) y percentiles. Se analizaron diferencias entre hombres y mujeres (prueba de Kruskal-Wallis), la consistencia interna del cuestionario (alfa de Crombach), y las correlaciones entre escalas (coeficiente de correlación de Spearman). Se realizó una regresión lineal simple para determinar la asociación entre la edad y las puntuaciones por escala y sumatorio.

Resultados: las puntuaciones más altas se dieron en la escala "Cambios en el estado de salud" (2,91) y las más bajas en "Actividades Sociales". Las mujeres reflejaron valores más altos en todas las escalas ($p = 0,000$). El porcentaje de sujetos con puntuación mínima no superó en ninguna escala el 80%. En 7 de las 9 escalas no se superó el 5% de sujetos con puntuación máxima. El P50 del sumatorio estaba en 20 para mujeres y en 18 para hombres. En todas las escalas aumentan los valores medios a medida que aumenta la edad ($p = 0,000$). El alfa de Crombach para el cuestionario fue de 0,77. Se daban correlaciones significativas ($p < 0,001$) entre todas las escalas.

Conclusiones: se han obtenido valores de referencia para la población adulta madrileña según sexo y grupos de edad. La escala con menor puntuación fue "Actividades sociales", tanto para hombres como para mujeres y la muestra completa; y la de mayor puntuación fue "Forma física" para las mujeres y "Cambios en el estado de Salud" para los hombres y para la muestra completa. Aumentan todas las puntuaciones con la edad, y son más elevadas en las mujeres en cada una de las escalas y para todas las edades.

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN EL RETRASO DE LA IVE HASTA EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN LA CIUDAD DE BARCELONA

L. Font, G. Pérez, A. Espelt, J. Salvador, C. Borrell
Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: El tiempo de gestación en el que se realiza un aborto es un punto clave que determina el método abortivo que se puede utilizar, su coste económico y el riesgo de complicaciones. La mayoría de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) debidas a la salud física o psíquica de la mujer se realizan durante el primer trimestre del embarazo, pero una proporción se pospone hasta el segundo trimestre. En el Estado Español casi todas las IVE debidas a éste motivo se realizan en centros privados. El objetivo del estudio es describir las desigualdades socioeconómicas en el retraso de la IVE hasta el segundo trimestre del embarazo en la ciudad de Barcelona.

Métodos: El estudio es transversal y de base individual. La población de estudio son las IVE legales debidas a la salud de las mujeres residentes en la ciudad de Barcelona durante los años 2004 y 2005. La fuente de información es el Registro de IVE de Barcelona, que incluye las IVE realizadas en mujeres residentes en la ciudad. La variable dependiente es el tiempo de gestación en el aborto (primer o segundo trimestre) y las variables explicativas el nivel de estudios de la mujer y tener ingresos propios. Otras variables consideradas son la edad, el tipo de centro donde se realiza el aborto (concertado o no), y haber realizado alguna IVE anteriormente. Calculamos odds ratios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%) mediante modelos de regresión logística y analizamos posibles interacciones.

Resultados: En estos dos años, 9.175 mujeres de la ciudad interrumpieron voluntariamente su embarazo debido a la salud de la mujer (96,5% del total de IVE). De éstas, el 7,7% se hicieron en el segundo trimestre del embarazo. Retrasar la IVE hasta el segundo trimestre se asocia a un menor nivel educativo, a no tener ingresos propios, a ser menor de edad y a asistir a un centro concertado, pero no se asocia con haber realizado alguna IVE anteriormente. Comparado con las mujeres con estudios universitarios, las que sólo tienen educación primaria tienen una OR de 2,57 (IC95% 2,04-3,24) de retrasar la IVE hasta el segundo trimestre. Comparado con las mujeres adultas, las menores de edad presentan un OR de 1,67 (IC95% 1,23-2,25) de retrasar la IVE. Ninguno de estos 2 estimadores varía al ajustar por las otras variables.

Conclusiones: Este estudio pone de manifiesto por primera vez en nuestro medio las importantes desigualdades socioeconómicas en el retraso de la IVE que existen actualmente en la ciudad de Barcelona. Algunos posibles motivos de estas desigualdades, señalados también en otros estudios, son un retraso por parte de las mujeres más desfavorecidas en sospechar y confirmar el embarazo, así como en acceder a los servicios para realizar la IVE.

EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS DE LOS ABORTOS LEGALES

G. Pérez, M. Rodríguez-Sanz, I. García-Subirats
 Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: En la ciudad de Barcelona los embarazos no planificados, y en consecuencia, las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) siguen aumentando. En un estudio previo se mostró como las mujeres de clases sociales desfavorecidas planificaban menos el embarazo. El objetivo de este estudio es analizar la evolución de las desigualdades por nivel de estudios de las mujeres que realizan una IVE en Barcelona entre 1992 y 2004.

Métodos: Estudio transversal de base individual. La población de estudio son las mujeres de 20 a 44 años residentes en Barcelona entre los años 1992 y 2004. La fuente de información es el Registro de IVE y el padrón de habitantes de la ciudad. La variable dependiente es la realización de la IVE y las explicativas son: El nivel de estudios (estudios primario incompletos, primarios completos, secundarios y universitarios) la edad (20-24, 25-34 y 35-44) y el distrito de residencia: Ciutat Vella (distrito con peor nivel socioeconómico de la ciudad y el resto de distritos). Los años se agrupan en dos periodos: 1992-1996 y 2000-2004. Se calculó la tasa de IVE por 1.000 mujeres según el nivel de estudios y para cada grupo de edad, distritos y periodos. Se estimaron los riesgos relativos (IRR) entre los dos periodos y sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: La tasa de IVE mostró una tendencia creciente en todos los niveles educativos: primarios incompletos de 4,4 a 7,6 (IRR = 1,73 IC95%:1,61-1,86); primarios completos de 7,9 a 13,2 (IRR = 1,69 IC95%:1,61-1,77); universitarios de 7,6 a 8,6 (IRR = 1,14 IC95%:1,08-1,20). Excepto en las mujeres con estudios secundarios donde disminuyó de 8,9 a 7,1 (IRR = 0,79 IC95%:0,76-0,83). En "Ciutat Vella" las tasas resultaron mayores que en el resto de la ciudad en los dos periodos de estudio y para todos los grupos de edad. Por grupos de edad cabe destacar la mayor tasa de IVE que se da entre las mujeres 20 y 24 años con estudios universitarios, tanto en Ciutat Vella como en el resto de la ciudad.

Conclusiones: Este estudio muestra como la IVE aumenta en los últimos años en todos los niveles educativos en contra de lo que podría esperarse, ya que las mujeres universitarias más jóvenes muestran un aumento tanto en el distrito más desfavorecido como en el resto de la ciudad. Son necesarias políticas públicas dirigidas a reducir los abortos y aumentar la planificación del embarazo.

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA SALUD REPRODUCTIVA EN LOS BARRIOS DE BARCELONA

I. García-Subirats, G. Pérez, M. Rodríguez-Sanz
 Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: Las desigualdades sociales en salud son relevantes en las primeras etapas de la vida, las prevalencias de bajo peso y de prematuridad se ven afectadas negativamente por el nivel socioeconómico. El objetivo es estudiar la relación entre los indicadores de privación material y social y los de salud reproductiva (bajo peso, prematuridad y bajo peso por edad gestacional) en los barrios de la ciudad de Barcelona en el periodo 1991-2005.

Métodos: Estudio ecológico, que tiene como unidad de análisis los 38 barrios de Barcelona. La población de estudio fueron los nacimientos (192.221) de las mujeres residentes en Barcelona durante el periodo 1991-2005. La fuente de información fue el registro de nacimientos de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Las variables de interés fueron: el peso al nacer, la edad gestacional, la edad y el país de origen de la madre; a partir de éstas se obtuvieron las prevalencias de bajo peso al nacer (< 2500 g), prematuridad (< 37 semanas de gestación) y bajo peso por edad gestacional (percentiles 3 y 10 de las curvas de crecimiento fetal), según la edad y el país de origen de la madre, para cada uno de los barrios. Los indicadores de privación del barrio fueron: la tasa de paro, instrucción insuficiente y superior, el porcentaje de población que no entiende o no habla el catalán y el porcentaje de abstención en las elecciones. Se realizó un análisis descriptivo para estudiar la distribución geográfica de los indicadores de salud reproductiva y de privación, y se realizó un análisis bivariado para estudiar la asociación mediante gráficos, correlaciones y modelos lineales.

Resultados: La prevalencia de bajo peso fue 4,7% (y varió en los barrios de 3,3 a 6,3), la de prematuridad fue 3,8% y la de bajo peso por edad gestacional (percentil 3) fue 3,1%. Las prevalencias de los indicadores en las madres adolescentes y en las mayores de 35 años fueron ligeramente superiores a las globales y con una mayor variabilidad. La distribución geográfica muestra un patrón similar en los indicadores de salud reproductiva y de privación, de manera que los barrios más desfavorecidos son los que presentan peores indicadores reproductivos. Las correlaciones entre la tasa de paro y los indicadores son de 0,8 con el bajo peso por edad gestacional (percentil 3), 0,8 con el bajo peso y 0,6 con la prematuridad, las tres significativas ($p < 0,01$).

Conclusiones: Este estudio muestra como los barrios con menor nivel socioeconómico tienen peores indicadores de salud reproductiva. La existencia de estas desigualdades y su relación con la privación de recursos sociales y materiales hace necesario que las políticas y ayudas públicas vayan dirigidas a eliminarlas y así conseguir que la salud reproductiva mejore en toda la ciudad.

Financiación: Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI:052618).

ESTUDIO DE LOS PARTOS POR CESÁREA EN LA COMUNIDAD DE MADRID A PARTIR DEL CMBD 2005

E. Polentinos Castro, J. Astray Mochales, R. Génova Maleras, M.D. Esteban Vasallo, M. Rebollo Polo

Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: La OMS postuló que "No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15% de cesáreas". Desde hace décadas no se observan cambios en la morbi-mortalidad materna y neonatal en países de nuestro entorno, sin embargo, se produce un aumento continuo de las tasas de cesáreas. El objetivo del estudio es describir y analizar los partos y cesáreas que se realizan en la Comunidad de Madrid (CM) en el 2005 y medir su relación con variables propias del proceso y variables socioeconómicas.

Métodos: Estudio transversal a partir del CMBD de la CM del 2005. Se han seleccionado 68.806 partos procedentes de todos los Hospitales públicos y privados de la Comunidad de Madrid. La variable dependiente es la tasa de cesáreas. Variables independientes: FR médicos y la adecuación de indicación para cesárea, edad, hospital, financiación del hospital, estancia media, nacionalidad y domicilio. Se hizo la georreferenciación de los domicilios para el análisis de variables socioeconómicas por ZBS. Se realizó un análisis bivariado y de regresión logística (SPSS 14.0) y el análisis geográfico con ArcVIEW 9.1.

Resultados: La tasa de cesáreas fue de 25,9%, sobre los 68.806 partos estudiados. La edad media de las cesáreas es de 32,2 años. El 64,9% de los partos fue en hospitales públicos y el 35,1% en privados. En éstos, la tasa de cesáreas fue del 34,9%, y en los públicos del 21,1%. El porcentaje de cesáreas en mujeres sin ningún FR es en los privados (20,1%) y en los públicos (5,2%). El riesgo ajustado para cesárea es 6,56 veces mayor si el parto es en un hospital privado. La diferencia en la tasa de cesáreas entre las mujeres españolas y no españolas, fue no significativa. El FR más frecuente fue la "Cesárea previa". La mayoría de los OR para los FR médicos son elevados, y significativos. Destaca el alto riesgo de una indicación relativa como la presentación de nalgas (OR 63,6 IC95%: 49,9-81,0). Se georreferenciaron el 79,74% de los domicilios. Las ZBS con mejores indicadores socioeconómicos, se asocian con las mayores tasas de cesáreas.

Conclusiones: Ha continuado el aumento en el número de cesáreas en la CM (25,9% en el 2005, 23,0% en el 2000). Este aumento es mucho más importante en los hospitales privados, donde más de un tercio de los niños nacen por cesárea. La gran variabilidad entre hospitales del sistema público y del privado no se explica porque acuden mujeres con más FR privadas que a la pública, ya que ocurre lo contrario. Las mujeres de zonas de mayor nivel socioeconómico, tienen más riesgo de cesárea, lo que se mantiene al controlar por las que no tienen indicación de cesárea.

DESIGUALDADES EN EL CONTROL PRENATAL Y LA SALUD PERINATAL ENTRE MUJERES MIGRADAS DE LA COMUNITAT VALENCIANA (CV)

C. Barona, R. Mas, A. Sullana, V. Escrivá

Conselleria de Sanitat. Valencia.

Antecedentes/objetivos: Entre 2000 y 2005, los nacimientos de madre extranjera en la CV pasaron del 4% al 17,5%. Nuestro objetivo es describir las características sociodemográficas, estilos de vida y perfil asistencial del embarazo y parto de estas mujeres, e identificar posibles patrones diferenciales según área geográfica de procedencia.

Métodos: Los datos corresponden a 2005 y proceden de dos fuentes distintas. Para el estudio de las variables relacionadas con el control prenatal se ha analizado una muestra de 9.261 Hojas Resumen del Embarazo, registro específico cumplimentado por las matronas de atención primaria. La información del parto y recién nacido procede del Registro de Metabolopatías de la Comunitat Valenciana (51.047 registros). Las variables estudiadas son: a) características sociodemográficas (país de origen, edad, nivel de estudios, estado civil, ocupación, paridad); b) control prenatal (edad gestacional en primera consulta, nº visitas prenatales, problemas de salud en el embarazo, consumo de tabaco) y c) variables del parto y recién nacido (edad gestacional, forma de inicio y finalización, peso del recién nacido, tipo de lactancia). Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: De los 8.811 nacimientos de madre extranjera, el 37% eran latinoamericanas, el 23% europeas orientales y el 21% del Norte de África. Las madres de Europa del Este son las más jóvenes (82% < 30 años), mientras que las mujeres del Norte de África tienen el menor nivel de estudios (29% analfabetas o sin estudios) y en un 84% no ejercen trabajo productivo. Las madres de América del Sur presentan la mayor inserción laboral (44%), no viven en pareja en un 19,4% y suelen tener hijos previos (67,4%). En general, el control prenatal es inadecuado en todas ellas con un inicio tardío e insuficiente número de visitas y ecografías. Las mujeres de Europa del Este fuman más (20%) y alcanzan más sobrepeso (28%), mientras que más de la mitad de las procedentes del Norte de África (52%) tienen un incremento ponderal inferior a 10 kg en la gestación y problemas de salud asociados (51,3%). Respecto al parto y recién nacido, a las madres latinoamericanas se les practica más inducciones del parto (24,4%) y cesáreas (23,5%) y presentan la mayor prevalencia de inicio de la lactancia materna (95,2%). Las mujeres de Europa del Este presentan los peores resultados en salud perinatal (9,8% de partos pretérmino y 11,4% de bajos pesos).

Conclusiones: Existen desigualdades en el control prenatal y la salud perinatal de los diferentes grupos de mujeres migradas, observando particularidades y diferencias vinculadas a las características socioculturales de cada grupo. Su conocimiento posibilitará el desarrollo de políticas e intervenciones sanitarias específicas hacia estos colectivos.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS NACIMIENTOS REGISTRADOS EN EL INE Y EN LOS REGISTROS DE METABOLOPATÍAS

F. Bolúmar, I. Río, A. Castelló, C. Barona, V. Escrivá, M. Jané, R. Prats, A. Llácer

Universidad de Alcalá; Instituto Carlos III; Conselleria de Sanitat. Valencia; Departament de Salut. Cataluña.

Antecedentes/objetivos: Los Registros de Metabolopatías (RRMM) o el Registro Civil, cuyos datos se recogen en los ficheros de microdatos de nacimientos del Instituto Nacional de Estadística (INE), constituyen fuentes de información valiosas sobre indicadores clave de salud perinatal, por lo que resulta de interés explorar sus características y estado actual. **Objetivo General:** Comparar información sobre nacimientos ocurridos en 2005 recogida en el registro del INE y en los RRMM. **Objetivos Específicos:** 1. Comparar el grado de cumplimentación de las variables "peso al nacer", "edad gestacional". 2. Comparar la distribución de la edad gestacional y el peso al nacer en ambos registros.

Métodos: Ambito: Cataluña y Comunidad Valenciana Período: 2005 **Diseño:** Estudio descriptivo **Variables:** a) Total de nacimientos b) Peso al nacer (Muy bajo peso, Bajo peso, Normopeso, Macrosomía); c) Semanas de gestación (Muy prematuro, Prematuro, Término, Post-término); d) Área de origen de la madre (España, Latinoamérica (sin Argentina, Chile y Uruguay), Países del Este, Magreb, Subsáhara y Argentina, Chile y Uruguay) **Métodos:** Comparación de la cumplimentación del peso al nacer y de la edad gestacional así como su distribución para el total de nacimientos simples de madres residentes en ambas CCAA y por área de origen de la madre, contrastando la significación de las diferencias mediante test Chi-cuadrado.

Resultados: El total de nacimientos es bastante similar en ambos registros. El grado de cumplimentación de las variables "edad gestacional" y "peso al nacer" es muy similar en los RRMM de ambas CCAA. Sin embargo, la cumplimentación de la variable "edad gestacional" es menor en el registro del INE que en los RRMM. Dentro del propio registro INE la cumplimentación en Cataluña es menor que en CV (72,9% vs 94,1%), existiendo en la primera diferencias notables en el grado de cumplimentación de la variable según el área de origen de la madre. Todo ello es aplicable, aunque en menor medida, a la cumplimentación del peso al nacer, cuya recogida es más sistemática en cualquiera de los registros. Existen discrepancias en la estimación de la prematuridad entre los registros para ambas CCAA. Los datos del INE infraestiman la proporción de prematuros (5,2%) comparado con los datos de los RRMM (7,2%). Con respecto al bajo peso también existen diferencias si bien estas son menores.

Conclusiones: El déficit de cumplimentación en el Registro del INE dificulta su utilización para estudios de salud perinatal en algunas comunidades autónomas.

DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y DESPUÉS DEL PARTO: ESTUDIO DE COHORTES

M.C. González-Galarzo, C. Barona-Vilar, L. Artazcoz

Servei de Salut Infantil i de la Dona. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; EVES; Agencia de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/objetivos: Identificar el efecto de los factores psicosociales y personales sobre la depresión en madres a los 3 y 12 meses del parto.

Métodos: Se ha incluido una muestra aleatoria de 687 mujeres, captadas en 10 centros de atención primaria (provincia de Valencia), durante la 28 a 31 semanas de gestación, posteriormente se han realizado seguimientos a los 3 y 12 meses del parto. Se ha recogido la información por medio de un cuestionario autoadministrado. La variable respuesta es la depresión a los 3 y 12 meses postparto, valorada por la escala de depresión postparto de Edimburgo, tomando como punto de corte el 10/11. Las variables explicativas son: a) factores psicosociales: apoyo social confidencial y afectivo (escala de Duke), satisfacción marital; b) factores personales: antecedentes de depresión y depresión de la pareja. Se ha considerado como factores de confusión: la edad, los acontecimientos vitales desfavorables, el número de horas dedicadas a las tareas domésticas, la clase social y el país de origen. Se han calculado las OR ajustadas y sus intervalos de confianza al 95% por medio de una regresión logística. En el tercer mes postparto se ajusta por las variables explicativas medidas durante el embarazo y al año por su valor en el tercer mes postparto.

Resultados: La prevalencia de la depresión en el embarazo, al tercer mes y al año después del parto fue del: 18,8%, 16%, 14,7%, respectivamente. Entre las mujeres que no presentaban depresión en el embarazo su incidencia al tercer mes y al año postparto fue de 11,2% y 9,5%, respectivamente. Al tercer mes del parto la probabilidad de presentar depresión fue mayor en las mujeres con insatisfacción marital (OR: 1,79; IC95% = 1,02-3,12), cuando tenía antecedentes de depresión en el embarazo (OR: 2,82; IC95% = 1,56-5,12) o antes del embarazo (OR: 1,91; IC95% = 1,05-3,47) y cuando su pareja tenía depresión (OR: 3,75; IC95% = 1,87-7,52). Al año del parto los factores que influyen negativamente en la depresión son el bajo apoyo confidencial (OR: 2,91; IC95% = 1,43-5,91), los antecedentes de depresión a los 3 meses del parto (OR: 7,93; IC95% = 4,03-15,62) o durante el embarazo (OR: 2,17; IC95% = 1,08-4,34). Cuando se hace el análisis eliminando a las mujeres que estaban deprimidas en el embarazo se aprecia las mismas tendencias.

Conclusiones: Los principales determinantes de la depresión a los 3 y 12 meses postparto son la presencia de antecedentes de depresión. Se aprecia un efecto diferencial de los factores psicosociales sobre la depresión al tercer y 12 mes del parto.

Financiación: Trabajo parcialmente financiado por una ayuda de investigación de la Conselleria de Sanitat (PI-031/2004) y por el CIBER de Epidemiología y Salud Pública (C03/09).

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD Y DE LAS USUARIAS (DONANTES Y RECEPTORAS) DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. CATALUÑA, 2004

R. Bossert Giralt, M.M. Torné Farré, R. Gispert Magarolas, M. Femenias Bosch

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

Antecedentes/objetivos: La monitorización individual de cada ciclo de tratamiento con técnicas de fecundación "in vitro", con gametos propios o de donante, permite hacer un seguimiento lineal de esta actividad y evaluar la efectividad de sus resultados. Los objetivos de este trabajo son describir las características de la actividad realizada y de las usuarias, así como presentar las tasas de éxito según la técnica utilizada.

Métodos: Los datos proceden del registro de Reproducción Humana Asistida de Cataluña (FIVCAT.NET). Se incluyen todos los ciclos de tratamiento iniciados en el 2004 con diversas técnicas: FIV (fecundación in vitro), ICSI (inyección intracitoplasmática de esperma), EC (embriones criopreservados) y DO (donación ovocitaria). Se analizan los diferentes estadios del proceso clínico (obtención ovocitaria, transferencia embrionaria, embarazo clínico y nacidos) y las tasas de éxito (embarazo clínico por transferencia).

Resultados: Durante el 2004 se recogieron datos de 29 centros, reportando 6.627 ciclos de obtención, 7.903 transferencias, 2.890 embarazos clínicos y 2.594 nacidos. El 77,4% de las transferencias se realizaron con embriones frescos y el 22,6% con criopreservados. Las transferencias de dos embriones fueron las más frecuentes (49,9%) y no hubo ninguna de más de tres. La ICSI se utilizó en el 67,5% de los casos, la FIV en el 17,7% y en un 15,4% una combinación de ambas. Los ovocitos procedían de donante en el 25,5% de las transferencias y la donación de esperma representó el 6,3%. Las gestaciones múltiples constituyeron el 22,6% de todos los nacidos, los prematuros el 28,3% y los nacidos con bajo peso el 28,4%. La tasa de embarazo clínico por transferencia fue superior con ICSI (37,2%) que con FIV (34,0%); también fue más elevada en ciclos con embriones frescos (39,3%) que en ciclos con criopreservados (26,4%). Se presentarán las tasas de éxito de los ciclos de donación ovocitaria, más altas que con ovocitos propios y las características socio-demográficas diferenciales entre receptoras y donantes de ovocitos. Estas últimas son más jóvenes, con más frecuencia extranjeras, solteras y con estudios universitarios.

Conclusiones: Los resultados ponen en evidencia la mayor utilización de la ICSI que de la FIV, con un nivel de efectividad similar. Los ciclos con embriones frescos son más utilizados y tienen tasas de efectividad más elevadas que los criopreservados. Los ciclos de donación ovocitaria, son más efectivos que los de ovocitos propios, aún siendo menos frecuentes. Las importantes discrepancias entre las características de donantes y receptoras, implican que se estudien cómo grupos diferenciados en los análisis de efectividad de la RHA.

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 18 de octubre de 2007
9:00 a 11:00

Mortalidad

Modera: *Andreu Nolasco*
Universidad de Alicante

PATRÓN DIFERENCIAL DE MORTALIDAD OCURRIDA FUERA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RESIDENCIA. CATALUNYA, 1986-2003

A. Puigdefàbregas Serra, F. García García, R. Gispert Magarolas, G. Ribas Serra, J. Domènech Domènech, P. Molina Puyo

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/objetivos: Como consecuencia de los distintos lapsos temporales en la disponibilidad de los datos, el análisis anual de la mortalidad de Catalunya no incluye las defunciones de residentes ocurridas en otras CCAA. Se ha recuperado la información de estas defunciones del 1986 al 2003 y se describe y se analiza el impacto de su incorporación en la mortalidad general y sus características.

Métodos: Los datos provienen de los Boletines Estadísticos de Defunción de personas residentes en Catalunya fallecidos e inscritos en otras CCAA durante el período 1986-2003. La información ha sido facilitada por el Instituto Nacional de Estadística. Se analiza la distribución porcentual de la mortalidad por grupos de causas detallados de las muertes ocurridas fuera de Catalunya (MFC) y el impacto que supone esta información sobre la mortalidad de los residentes en Catalunya.

Resultados: En el período 1986-2003 se han producido 10.063 MFC que representan un 1,05% adicional de las defunciones de residentes ocurridas en Catalunya (MC). La edad media de las MFC es 62 años (74 años en las MC), el 62% son hombres (54% de MC) y el 83% residen en la provincia de Barcelona (74% de MC). El 43% de las MFC se produjeron en las CCAA limítrofes (Valencia, Aragón y Baleares). En la mortalidad proporcional por causas destacan las causas externas que producen el 27,4% de todas las MFC (5,0% de las MC) y entre éstas los accidentes de tránsito el 19,4% (1,6% de las MC). La cardiopatía isquémica causa el 14,4% de las MFC (10,1% MC), mientras que los tumores son la causa del 13,7% de MFC (26,7% MC). La información recuperada supone algunos cambios en las tasas específicas de mortalidad por 1.000 habitantes: la tasa en hombres aumenta de 9,3 en la MC a 9,4, en mujeres se mantiene en 8,1 y en el grupo de menores de 65 años se incrementa de 2,1 a 2,2. Respecto a las tasas específicas por causas por 100.000 habitantes, esta información representa un incremento en las causas externas de 43,5 a 46,0 (accidentes de tránsito de 13,9 a 15,6); para la cardiopatía isquémica de 87,8 a 89,1 y los tumores de 231,1 a 232,4.

Conclusiones: La incorporación de las defunciones ocurridas en otras CCAA supone un pequeño incremento del número de muertes con poca repercusión en las tasas globales aunque tiene un efecto más perceptible en el análisis por algunas causas y edades.

VALIDACIÓN DE UN ÍNDICE DE COMORBILIDAD PARA PREDECIR MORTALIDAD EN POBLACIÓN GENERAL

C. Rius, G. Pérez, M. Rodríguez-Sanz, E. Fernández
Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: La presencia de múltiples trastornos crónicos en un mismo individuo puede ser medida como un índice de comorbilidad que combina tanto el número como la gravedad de los trastornos crónicos. En una investigación previa se desarrolló un índice de comorbilidad (ICMA) para predecir la mortalidad a los 5 años en una cohorte representativa de la población no institucionalizada de Cataluña. El objetivo del presente trabajo fue validar la precisión pronóstica del ICMA utilizando información de una cohorte diferente de base poblacional.

Métodos: La cohorte de desarrollo del ICMA incluyó aquellos individuos que en el momento de realización de la Encuesta de Salud de Cataluña del año 94 tenían entre 40 y 84 años (3105 hombres y 3536 mujeres). El modelo estimado a partir de la cohorte de desarrollo incluyó el ICMA y se ajustó por variables sociodemográficas, de estilos de vida y salud autopercebida. La cohorte de validación del ICMA incluyó 5032 individuos (2223 hombres y 2820 mujeres) entre 40 y 84 años que realizaron la Encuesta de Salud de Barcelona del año 2000 y con un seguimiento de 5 años. La precisión pronóstica del índice de comorbilidad se evaluó a través de la bondad de ajuste del modelo final valorando la calibración (detección de diferencias estadísticamente no significativas entre la mortalidad esperada y la observada mediante el estadístico de Hosmer-Lemeshow) y la discriminación (análisis del área bajo la curva ROC) en ambas cohortes.

Resultados: En la cohorte de desarrollo no se detectaron diferencias entre la mortalidad esperada y la observada ni en hombres (HL = 7,7, p = 0,46) ni en mujeres (HL = 11,7, p = 0,16) mientras que la discriminación alcanzó valores del 81% en hombres y del 79% en mujeres. En la cohorte de validación, se obtuvo una buena calibración en hombres (HL = 10,1, p = 0,43) pero no en mujeres (HL = 21,4, p = 0,01) mientras que la discriminación fue similar a la observada en la cohorte de desarrollo (80% en hombres, 78% en mujeres).

Conclusiones: El ICMA ha mostrado una buena calibración y discriminación y ha sido validado con éxito en los hombres pero no en las mujeres en una cohorte externa de base poblacional. En estudios epidemiológicos, el uso de un índice de comorbilidad puede ser útil para estimar el riesgo de morir mediante un sistema simple de puntuación, para ajustar por el riesgo de morir facilitando las comparaciones entre poblaciones y para estratificar según las diferencias basales de morbilidad.

LA MORTALIDAD SANITARIAMENTE EVITABLE. SU COMPORTAMIENTO EN BASE A DOS LISTADOS UTILIZADOS

A. Alberquilla Menéndez-Asenjo, P. Magán Tapia, M.J. Gil de Pareja Palmero

Gerencia de Atención Primaria Área 11 Servicio Madrileño de Salud; Unidad de Investigación Hospital Universitario 12 de Octubre.

Antecedentes/objetivos: La mortalidad evitable (ME) por causas MIPSE se ha propuesto como indicador para monitorizar la calidad de los servicios de salud. Recientemente (2006) se ha consensuado una lista para su uso en España. Objetivo: Comparar el comportamiento de los indicadores de Mortalidad Evitable obtenidos utilizando dos listados diferentes: el de Holland (H) y el consensuado para España (E).

Métodos: Estudio longitudinal observacional descriptivo entre los años 1999 y 2005 en el ámbito de una comunidad autónoma. Se consideraron todas las defunciones acaecidas en el período. De entre ellas se seleccionaron aquellas consideradas evitables utilizando cada uno de los listados (H y E). Estas se subdividen a su vez en Indicadores de Servicios Sanitarios (ISS) e Indicadores de Políticas Sanitarias Intersectoriales (IPSI). Fuentes: Registro de Mortalidad de la comunidad y Padrón Continuo Municipal de Habitantes. Mediciones: Se calcularon las tasas de ME con los listados de H y E ajustándose por edad y sexo, para cada año y acumuladas del período, expresadas por 10.000 habitantes. Se compararon mediante razones de mortalidad estandarizada (RME). Se realizó regresión de Poisson para el análisis de tendencias.

Resultados: Se registraron 276.257 defunciones. Utilizando los criterios de Holland la mortalidad proporcional resultó de 5,04% y la tasa acumulada de 3,59 (ISS: 0,61 e IPSI: 2,98). Pasó de 3,78 en 1999 a 3,13 en 2005. Con el listado propuesto para España la mortalidad proporcional resultó de 14,62% y la tasa acumulada de 10,43 (ISS: 5,82 e IPSI: 4,60). Pasó de 10,94 en 1999 a 9,56 en 2005. Las RME en función de la lista utilizada (H/E) fue 2,90 (ISS: 9,59 e IPSI: 1,54). Estas RME se mantienen similares al analizar por sexos. La ME disminuye 2% anual con el listado E (p < 0,05) y el 3% anual con el de H (p < 0,05). En las mujeres, la mortalidad por IPSI con el listado E aumenta 5% anual (p < 0,05) mientras con el listado H disminuye 4% anual (p < 0,05).

Conclusiones: Existen diferencias significativas entre los indicadores obtenidos con ambos listados. El descenso observado de las tasas utilizando el listado E es principalmente a expensas de las causas ISS. Resulta llamativo el aumento de las tasas de ME en las mujeres según el listado español para las causas IPSI, frente a la disminución en las mismas según el listado de Holland.

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR SUICIDIO SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN LA RIOJA. PERIODO 1980-2005

N. Izco Goñi, E. Ramalle-Gómarra

Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria del Gobierno de La Rioja.

Antecedentes/objetivos: El suicidio es un importante problema de salud pública y una causa de muerte evitable si se actúa sobre los problemas de salud mental con los que está relacionado, como la depresión y el abuso de sustancias psicoactivas. El objetivo del estudio es conocer la evolución de la mortalidad por suicidio en relación con la edad y el sexo en La Rioja entre 1980 y 2005.

Métodos: Los datos proceden del Instituto Nacional de Estadística para los años 1980-1990; a partir de 1991 y hasta 2005, del Registro de Mortalidad de La Rioja. La codificación de las defunciones hasta 1998 se hizo con la CIE 9 y los códigos incluidos son: E950-E959. Desde 1999 las muertes se codifican con la CIE 10 y los códigos son: X60-X84, Y870. Para el cálculo de las tasas se utilizaron como denominadores los censos de 1981 y 1991, los padrones de 1886 y 1996 y a partir de este año el padrón anual. Las tasas estandarizadas se han obtenido por el método directo y se ha empleado como población estándar la europea de 1970. Para analizar las tendencias de las tasas ajustadas de mortalidad en el periodo estudiado se han realizado modelos de regresión joinpoint, para el total de la población y por grupos de edad: 15-24, 25-34, 35-54, 55-74 y mayores de 75 años.

Resultados: Durante el periodo estudiado, 1980-2005, se produjeron en La Rioja 660 defunciones por suicidio, el 76.5% (505) en hombres y el 23.5% (155) en mujeres. La razón hombre/mujer es de 3,29, similar a la observada en Cataluña (2,87) y en España (3,41) en el periodo 1986-2002. La tasa ajustada media de los hombres es de 16,91 por 100.000 y de 4,93 en las mujeres. Por grupos de edad, la tasa promedio para el periodo estudiado más alta en los hombres es la de los mayores de 75 años (64,77 por 100.000) y en las mujeres de 55 a 74 años con una tasa específica de 9,82 por 100.000. No se han producido cambios en la tendencia de las tasas de mortalidad por suicidio en el grupo de los hombres; sin embargo por grupos de edad, la tendencia es creciente en los hombres de 15-24 años y en los mayores de 75 y decreciente en los de 55 a 74 años, aunque en ningún caso el cambio es significativo. En las mujeres, se observa una tendencia creciente durante el periodo estudiado, que tampoco es estadísticamente significativo. No se ha podido analizar la tendencia en todos los grupos de edad por tener muy pocos casos en mujeres menores de 35 años.

Conclusiones: En el periodo estudiado no ha habido cambios importantes en la mortalidad por suicidio en La Rioja. Por grupos de edad se observa que los hombres ancianos presentan las tasas más altas y su tendencia es creciente. Otro grupo de más riesgo es el de los hombres jóvenes con una evolución de las tasas también creciente.

EL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD DIARIA EN ESPAÑA

V.M. Flores, E. Sánchez-Padilla, F.J. Luquero, F. Simón-Soria

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III; Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos; Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario de Valladolid.

Antecedentes/objetivos: Tras la ola de calor experimentada en el verano de 2003, el Ministerio de Sanidad y Consumo, juntamente con las CCAA, decidió establecer un Plan de Acciones Preventivas Contra el Calor. Este incluía el desarrollo e implementación de un Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Diaria, que permitiera detectar de manera temprana excesos de mortalidad. En este estudio se describe el Sistema Español de Vigilancia de la Mortalidad Diaria mediante la presentación e interpretación de los resultados obtenidos en el año 2006, y se evalúa su utilidad como sistema de alerta temprana para detectar excesos de mortalidad asociados al calor.

Métodos: Las fuentes de información fueron el Registro de Mortalidad informatizado del Ministerio de Justicia y los datos históricos de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (1997-2004). Las variables de estudio fueron: lugar y fecha de nacimiento, sexo, municipio, provincia y fecha de defunción, municipio y provincia de residencia y estado civil. En el año 2006 el registro informatizado incluyó 195 municipios, de los que 33 eran capitales de provincia. Se realizó un estudio descriptivo de la mortalidad observada en el año 2006. A partir de los datos históricos se realizó un modelo de estimación de la mortalidad diaria y se calculó un umbral para los cambios de tendencia a corto plazo (modelo CUSUM). Este análisis se estratificó por edad, sexo, capital de provincia, CCAA y zona climática.

Resultados: Durante el año 2006 se registraron 157.111 defunciones en los 195 municipios bajo vigilancia. La media diaria fue de 431 fallecidos (DE 41,2). El número de mujeres fue menor (46,4%) y fallecieron a una edad más tardía. Se detectaron 23 situaciones puntuales en las que la mortalidad observada superó a la esperada; el modelo CUSUM permitió detectar cinco incrementos de la tendencia a corto plazo por encima del nivel de confianza. El mayor incremento de mortalidad agregada se observó en el mes de julio, principalmente entre los mayores de 74 años y coincidiendo con incrementos de la temperatura sobre el umbral proporcionado por el Instituto Nacional de Meteorología.

Conclusiones: El uso de datos fácilmente accesibles y en principio poco específicos, como es la mortalidad general, resultan útiles para establecer un sistema de alerta temprana. El Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Diaria ha permitido detectar a tiempo real situaciones específicas en las que la mortalidad diaria ha superado a la esperada, con una buena oportunidad de intervención.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN BILBAO A NIVEL DE SECCIÓN CENSAL ENTRE LOS AÑOS 2001 Y 2004: TENDENCIAS OBSERVADAS

C. Rodríguez Andrés, J. Delgado Naranjo

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

Antecedentes/objetivos: La estimación de indicadores básicos en salud como las tasas de mortalidad de una población constituye uno de los pilares fundamentales en el ámbito de la Salud Pública. En el caso de Bilbao, son numerosos los estudios que recurren a dichos estimadores de un modo global sin tener en cuenta entidades poblacionales de menor rango como el distrito o la sección censal. Como parte de un estudio más amplio de vigilancia epidemiológica, se presenta el análisis descriptivo de la mortalidad en Bilbao, llegando hasta el nivel de sección censal.

Métodos: Según el EUSTAT (Instituto Vasco de Estadística), el municipio de Bilbao aparece subdividido en 288 secciones censales, en las que se analizaron los sujetos fallecidos durante el periodo 2001-2004. Los datos de mortalidad y del censo de población (2001) fueron facilitados por el EUSTAT, así como del padrón municipal (2002, 2003, 2004) facilitados por el ayuntamiento de Bilbao. El análisis de mortalidad se llevó a cabo mediante las tasas específicas de mortalidad por año y sección censal, según la fórmula: Tasa de mortalidad (s,a) = fallecidos (s,a)/residentes (s,a) Donde "s" es la sección censal y "a" es el año. Las estimaciones se suavizaron posteriormente mediante modelos adecuados, utilizando un sistema de representación gráfica geográfica de indicadores de salud (SIG-EPI) cedido por la Organización Panamericana de la Salud).

Resultados: Las mayores tasas de mortalidad (30-40 fallecidos/1000 habitantes/año) se registran en el centro de Bilbao, constituido mayoritariamente por las secciones censales pertenecientes a los distritos de Abando, parte oriental del distrito de Zorroza-Basurto y parte occidental de Rekalde e Ibaiondo. En el área correspondiente a la zona oriental del distrito de Deusto y la práctica totalidad de secciones censales que integran el distrito de Urizarri, las tasas de mortalidad están entre 20 y 30 fallecidos/1000 habitantes/año. Las secciones censales con menor tasa de mortalidad, aparecen ubicadas en su mayoría en la zona meridional de Bilbao, fundamentalmente en los distritos de Rekalde e Ibaiondo, con valores en torno a los 10 fallecidos/1000 habitantes. Un menor número de secciones censales, también con tasas de mortalidad similares, se hallan en el extremo septentrional (distrito de Deusto), así como en el extremo oriental, dentro del distrito de Otxarkoaga-Txurdinaga.

Conclusiones: El atlas de mortalidad de Bilbao aparece configurado en tres zonas claramente diferenciadas. La zona de mayor mortalidad corresponde al centro de Bilbao, mientras que en áreas periféricas ésta es menor. Ello sugiere patrones diferenciales entre los modelos de riesgo de muerte a nivel de sección censal.

CONTRIBUCIÓN POR EDAD Y CAUSA A LAS DIFERENCIAS DE ESPERANZA DE VIDA AL NACER ENTRE ÁREAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

R. Genova, J. Astral, F. Domínguez

Servicio de Informes de Salud y Estudios, Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Madrid (CM) es una de las Comunidades Autónomas con mayor esperanza de vida al nacer (e(0)) (84,98 años en mujeres (M), 78,43 en hombres (H) en 2005). Las tablas de mortalidad muestran diferencias de e(0) entre las 11 Áreas de Salud (A1 a A11). Objetivo: estudiar las variaciones de mortalidad entre las Áreas y el total de la CM mediante la estimación de la contribución de cada causa y grupos de edad a las diferencias de e(0) promedio del quinquenio 2001-05.

Métodos: Datos: defunciones de los años 2001 a 2005 por sexo, edad, causa y Área de Salud de residencia (registro de mortalidad CM) y población por sexo, edad y Área de Salud (padrón continuo CM). Se calculan 1) tablas de mortalidad promedio del quinquenio 2001-05; 2) contribución de cada causa y edad a la diferencia de e(0) entre las Áreas y la CM por el método de Arriaga (Demography, 1984; 21(1): 83-96) con el programa Epidat 3.1.

Resultados: La e(0) promedio del periodo 2001-05 en la CM es de 77,88 (hombres) y 84,77 (mujeres). e(0) máximas en A6 (79,0 H) y A9 (85,31 M) y mínimas en A1 (77,0 H) y A10 (84,2 M). Se distinguen varios patrones por edad y causa en la descomposición de la diferencia de e(0) entre las Áreas y la CM: A) Peor e(0) que en CM: 1) La contribución negativa se reparte en todas las edades: A1, A11, A4-H 2) La contribución negativa se concentra en edades 70+: A6-M, A3-M, A10-M 3) La contribución negativa se concentra en edades < 70: A7-H B) Mejor e(0) que CM: 4) La contribución positiva se concentra en edades < 70: A3-H, A8-M, A10-H 5) La contribución positiva se concentra en edades 70+: A2, A4-M, A9-H, A3-H, A7-M 6) La contribución positiva se reparte en todas las edades: A6-H, A8-H, A9-M, A5-H C) Igual e(0) que CM: la contribución negativa en unas edades se compensa con la positiva en otras, sin patrón: A5-M, A10-H. Las principales causas que explican las diferencias de esperanza de vida son: Tumores: A1, A3, A6-M, A7-H, A10-M, A11 (restando e(0)); A2, A5-H, A6-H, A8-H (sumando) Circulatorias: A1, A10-M, A11 (restando e(0)); A2, A4, A5, A6-H, A7-M, A8, A9 (sumando) Respiratorias (crónicas e infecciosas): A1, A2, A3, A4, A5-M, A6-M, A7, A8-M, A9-M, A10, A11 (restando e(0)) Externas: A1, A4-H, A7, A11 (restando e(0)); A3-H, A5-H, A6, A9, A10-H (sumando).

Conclusiones: La mayor contribución a las diferencias de e(0) entre Áreas y CM es atribuible a las personas mayores (70+). Las principales causas que explican estas diferencias (en ambos sentidos) son: tumores, circulatorias, respiratorias, transmisibles (infecciones respiratorias) y externas. Las diferencias debidas a causas neuropsiquiátricas (demencias) no son tan importantes.

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 18 de octubre de 2007
15:30 a 17:30

Cáncer de cuello y VPH

Moderador: Jaime Muñiz Saitúa
Universidad de Santiago de Compostela

PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE GENOTIPOS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN LAS LESIONES PRENEOPLÁSICAS Y NEOPLÁSICAS EN ESPAÑA. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y DE DATOS DE ESTUDIOS RECIENTES

S. de Sanjosé, X. Castellsagué, F.X. Bosch

S. Epidemiología y Registro del Cáncer, IDIBELL, Instituto Catalán de Oncología.

Antecedentes/objetivos: El VPH es la causa necesaria para el desarrollo de cáncer de cuello uterino. Diversas agencias reguladoras de medicamentos a nivel mundial han aprobado la comercialización de dos vacunas altamente eficaces para la prevención de la infección cervical y lesiones asociadas (Gardasil®, vacuna anti VPHs 6, 11, 16 y 18 y Cervarix® vacuna anti VPH 16 y 18). Los tipos del VPH 6 y 11 son los agentes etiológicos de la práctica totalidad de las verrugas genitales y de una pequeña fracción de lesiones cervicales transitorias (Neoplasias Cervicales Intraepiteliales de grado 1-CIN 1). Los tipos virales 16 y 18 son responsables del 70-75% de los cánceres cervicales (CaCx) y de cerca del 50% de las lesiones preneoplásicas (CIN 2/3). Evaluar el potencial preventivo de las vacunas disponibles en función de los tipos virales identificados en las lesiones cervicales asociadas al VPH en España.

Métodos: Análisis de la contribución del VPH en lesiones cervicales procedentes de los datos referentes a España incluidos en el WHO/ICO HPV Information Center on HPV and Cervical Cancer. Determinación de ADN del VPH en casuística española como parte del estudio internacional RIS HPV TT que evalúa la contribución de 28 genotipos de VPH en 805 muestras de cáncer de cuello uterino diagnosticados en distintos centros españoles.

Resultados: Se estima que la prevalencia de los tipos 16 y 18 en las mujeres con citología normal es de 2-3% y del 46,9% en mujeres con lesiones precancerosas de alto grado. Con la tecnología MY09/11, la prevalencia global del VPH en CaCx es del 80%. Los resultados preliminares con la técnica de SPF-10 en 805 casos españoles de CaCx indican una prevalencia de VPH del 85,4% y de VPH 16/18 del 70,3%. La edad de presentación de los casos de CaCx VPH 16/18 es significativamente menor en relación a la observada en casos atribuibles a otros tipos virales.

Conclusiones: Estos datos sugieren que la prevención de casos asociados a los VPHs 16 y 18 resolvería un mínimo del 70,3% de los casos de cáncer y del 46,9% de los casos de precáncer de alto grado. La presentación más precoz de casos atribuibles a VPH 16/18 sugiere que estos tipos virales 16/18 tienden a progresar más rápidamente que otros tipos oncogénicos.

TENDENCIAS TEMPORALES DE GENOTIPOS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN CÁNCER CERVICAL INVASOR

L. Alemany, S. de Sanjosé, J. Klaustermeier, B. Lloveras, J.P. Brunsfeld, O. Clavero, M. Vergara, N. Muñoz, F.X. Bosch

Servicio de Epidemiología y Registro del Cáncer, IDIBELL, Instituto Catalán de Oncología; Delft Diagnostic Laboratory B.V.

Antecedentes/objetivos: La estabilidad temporal en las prevalencias de los genotipos VPH16 y VPH18 incluidos en las vacunas anti-VPH es un aspecto a considerar en la predicción de su eficacia. Objetivo: Evaluar las tendencias temporales en la prevalencia de los genotipos VPH16 y VPH18 en muestras de cáncer cervical invasor (CaCx) procedentes de cuatro continentes, en el periodo de tiempo 1940-2005.

Métodos: Estudio de prevalencia histórica. Se ha completado una colección de bloques de parafina de CaCx procedentes de los archivos históricos anatomopatológicos de países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Méjico, Paraguay, Perú), África (Argelia, Uganda), Asia (Corea) y Europa (Bosnia-Herzegovina, España, Holanda, Portugal, República Checa), pertenecientes a mujeres diagnosticadas entre 1940 y 2005. Tras confirmación histológica se ha realizado detección del VPH mediante técnica de PCR-SPF10 y DEIA, y genotipado mediante LiPA (versión 1). Se han calculado las prevalencias e intervalos de confianza del 95% para los tipos VPH 16 y 18, y se ha realizado análisis de la tendencia temporal por décadas mediante test de tendencia de Mantel-Haenszel.

Resultados: En el análisis preliminar de los datos se han incluido un total de 4462 muestras de CaCx, detectándose VPH en un 93,6% de las mismas. Los tipos VPH más frecuentes han sido VPH16 (63,4%) y VPH18 (9,9%). La prevalencia conjunta de éstos según década ha oscilado entre un 76,4% (IC95%: 67,6%-85,2%)-década 1940-1949 y un 70,7% (IC95%: 66,5%-74,9%)-periodo 2000-2005 (p de tendencia entre décadas < 0,05). En el estudio de bloques procedentes de España se ha detectado VPH en el 94,7% de 806 muestras. Los tipos VPH16 y VPH18 se han aislado en un 68% y 6,4%, respectivamente. No se ha observado tendencia temporal en la prevalencia conjunta de estos tipos según década, oscilando entre un 75,7% (IC95%: 61,9%-89,5%)-década 1940-1949 y un 81,3% (IC95%: 71,7%-90,8%)-periodo 2000-2005 (p de tendencia > 0,05).

Conclusiones: Los resultados preliminares globales muestran un comportamiento estable con discreta tendencia al descenso de la contribución de los genotipos VPH16 y 18. Esta tendencia no se observa en el subanálisis de los datos de España. Estos resultados serán debidamente completados con análisis de prevalencias ajustadas, así como, análisis Joinpoint para identificar cambios en las tendencias.

GENOTIPACIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN CÁNCER CERVICAL INVASOR EN 32 PAÍSES

R. Font, S. de Sanjosé, W. Quint, J. Klaustermeier, B. Lloveras, S. Tous, L. Alemany, N. Muñoz, F.X. Bosch

Servicio de Epidemiología y Registro del Cáncer, IDIBELL, Instituto Catalán de Oncología; Delft Diagnostic Laboratory B.V.

Antecedentes/objetivos: Describir la distribución de los genotipos de Virus del Papiloma Humano (VPH) en cáncer cervical invasor en cinco continentes.

Métodos: Se han recogido bloques de parafina de tejidos diagnosticados como cáncer de cuello uterino (CaCx) a partir de archivos históricos de los laboratorios de anatomía patológica. Tras confirmación histológica, se realiza la detección del VPH mediante PCR con cebadores de amplio espectro SPF-10 seguida de DEIA y genotipación con LiPA (Versión 1). Las muestras son analizadas en el laboratorio VPH del ICO (Barcelona) y/o el laboratorio de DDL (Holanda). De forma periódica se realizan controles de calidad entre los dos laboratorios para verificar reproducibilidad. También se realiza en cada laboratorio el control de calidad para cuantificar el porcentaje de contaminación. Los resultados presentados se han obtenido a partir de muestras recogidas en Argelia, Argentina, Australia, Bangla Desh, Bosnia-Herzegovina, Brasil, Chile, China, Colombia, Corea, Croacia, España, Estados Unidos, Filipinas, Francia, Guatemala, Holanda, Honduras, India, Italia, Japón, México, Mozambique, Nigeria, Paraguay, Perú, Portugal, República Checa, Taiwán, Tailandia, Turquía y Uganda y pertenecen a mujeres diagnosticadas entre 1920 y 2006. La calidad del ADN de la muestra es evaluada a partir de la amplificación de betaglobina en los casos de VPH negativos.

Resultados: Hasta el momento se han recibido muestras de 13.104 pacientes. De éstas 10.831 (92,2% casos) han sido evaluadas histológicamente, y 9.461 (93,5% casos) han sido consideradas apropiadas para la detección del VPH. En 5.680 casos analizados mediante DEIA el 98,5% han sido VPH positivos tras corregir por la calidad de la muestra (betaglobina negativa entre los casos HPV negativos). Entre los casos identificados como positivos para VPH, los cinco tipos de VPH más frecuentes detectados han sido VPH 16 (60,8%), VPH 18 (10,4%), VPH 45 (5,7%), VPH 31 (4,0%) y VPH 33 (3,8%). Por continente el VPH16 y 18 se mantienen en primer y segundo lugar respectivamente y la distribución del resto de tipos es cambiante. Los tipos VPH 16 y 18 representan el 71,1% (rango según continente: 67,1%-75,2%). Se han detectado infecciones múltiples en el 6,9% de los casos.

Conclusiones: Los resultados preliminares muestran que los tipos 16 y 18 explicarían el 71,1% de todos los casos de CaCx siendo estos potencialmente prevenibles con las vacunas actuales. Las futuras vacunas que incluyeran más genotipos oncogénicos deberían considerar la variación geográfica del VPH.

RIESGO DE SEGUNDAS NEOPLASIAS PRIMARIAS EN PACIENTES CON HISTORIA DE CÁNCER RELACIONADO CON VPH: DATOS DE 9 REGISTROS DE CÁNCER POBLACIONALES DE ESTADOS UNIDOS (SEER 1973-2002)

L. Bruni, S. de Sanjosé, A. Hildesheim, R. Kleinerman
Servei d'Epidemiologia i Registre de Càncer, Institut Català d'Oncologia; Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute (NCI).

Antecedentes/objetivos: Las segundas neoplasias primarias son cada vez más frecuentes, representando el 16% de los casos incidentes en Estados Unidos en 2003. Estas pueden ser debidas a secuelas tardías del tratamiento, a la agrupación de neoplasias en síndromes o por compartir un mismo factor de riesgo. El objetivo es identificar las localizaciones más frecuentes de segundas neoplasias primarias en pacientes con una primera neoplasia anogenital agrupadas por posibles factores etiológicos.

Métodos: Se incluyeron 4476 casos de cáncer anogenital (cervix, vulva, vagina, pene, ano) diagnosticados entre 1973 y 2002 a partir del SEER (Surveillance Epidemiology and End Results) en los que se detectó posteriormente una segunda neoplasia primaria. Los datos se obtuvieron tabulados por localización anatómica y periodo de tiempo entre diagnósticos, sexo, edad, radiación recibida e histología. La medida de asociación utilizada fue la SIR (razón de incidencia estandarizada) y sus correspondientes intervalos de confianza del 95%. Las 18450 SIRs resultantes se evaluaron en orden de significación estadística y magnitud de la asociación mediante métodos gráficos para simplificar su interpretación.

Resultados: De los 4476 casos observados, 2776 tenían un primer diagnóstico de cáncer de cervix. En éstos, el riesgo global de presentar un segundo cáncer fue de 1,3 (intervalo de confianza del 95%: 1,2-1,3), mostrándose un aumento general del riesgo en localizaciones mayoritariamente vinculadas al tabaco: cavidad oral y faringe 1,8 (1,4-2,3), sistema respiratorio 2,5 (2,3-2,7) y sistema urinario 2,0 (1,8-2,4). Asimismo, se observó un aumento del riesgo de aquellos cánceres relacionados con el VPH: vulva 5,0 (3,8-6,5), vagina 16,3 (12,7-20,6), ano 3,2 (2,0-4,8) y cavidad oral y faringe 1,8 (1,4-2,3), destacando el amigdalario 3,8 (2,1-6,3). Esta asociación positiva con cáncer anogenital y pulmonar se mantuvo realizando el mismo análisis a partir de cánceres de ano (590 casos), vulva (660), vagina (128) y pene (322). El cáncer de mama presentó una menor incidencia de la esperada 0,7 (0,7-0,8), así como el melanoma 0,7 (0,5-0,9).

Conclusiones: Se confirma un aumento del riesgo de localizaciones ya previamente relacionadas con el VPH y se identifican asociaciones potencialmente atribuibles al hábito tabáquico. Estas asociaciones persisten en el grupo que no ha recibido radioterapia. Es necesario clarificar las posibles causas del aumento de riesgo en el área de cavidad oral y faringe (lengua, amígdala), pulmón y sistema urinario, y la disminución de riesgo para cáncer de mama y melanoma.

MODELIZACIÓN DE LA HISTORIA NATURAL DEL VPH Y EL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN ESPAÑA Y EL IMPACTO DE LAS VACUNAS ANTI-VPH

E. Ferrer, S. de Sanjosé, A. Gauthier, N. Ferko, I. Pérez

Servei d'Epidemiologia i Registre de Càncer, Institut Català d'Oncologia; i3 Innovus, Uxbridge, Middlesex, UK; Health Economics and Outcomes Research, i3 Innovus, Burlington, Ontario, Canada; GSK España.

Antecedentes/objetivos: La inminente comercialización de las vacunas anti-VPH nos proporciona una nueva arma preventiva muy eficaz contra el cáncer de cervix. La falta de información a largo plazo el efecto de la vacuna justifica el uso de técnicas de modelización para predecir el impacto de las diferentes estrategias de prevención primaria (vacunación) y secundaria (cribado) sobre la carga sanitaria y económica del cáncer de cervix en el entorno español.

Métodos: Se ha modelizado la historia natural del VPH en España mediante un modelo estático de estados de transición (o de Markov) con ciclos temporales de seis meses integrando datos sobre incidencia, mortalidad y supervivencia relativa de cáncer de cuello de útero, prevalencia de VPH, incidencia de lesiones preneoplásicas cervicales (CIN) y datos de cobertura de cribado. Los diferentes estados de salud considerados han sido la normalidad citológica, la infección por VPH, las lesiones CIN 1 a 3, los estadios de cáncer cervical y la muerte. Las probabilidades de transición entre estos estados fueron obtenidas de literatura publicada o estimadas a partir de estadísticas de cáncer. Se ha modelizado el impacto a largo plazo de la vacunación en una hipotética cohorte de mujeres de 12 años hasta su muerte. En el curso de su vida van pasando de un estado de salud a otro y durante este proceso se van acumulando años de vida ajustados por calidad y costes. Se asume que la protección es del 95% contra la infección por los genotipos de VPH 16 y 18, del 90% para VPH 45 y del 50% para VPH 31 y que esta inmunidad es permanente.

Resultados: Con una cobertura de vacunación del 100%, el modelo predice una reducción del 79% de los casos incidentes y muertes por cáncer de cuello uterino, además de una disminución del 75% en la prevalencia de CIN 2 y 3 y del 45% en la prevalencia de infección por VPH. A nivel asistencial se traduciría en una disminución de pruebas asociadas al cribado y al tratamiento del cáncer. Se prevé una reducción del 48 al 54% en biopsias, colposcopias y pruebas diagnósticas. Los tratamientos de CIN y cáncer de cervix disminuirían en un 46 - 61% y casi un 80% respectivamente.

Conclusiones: El modelo está muy bien calibrado para España y es consistente con otras publicaciones científicas. Se confirma el gran impacto de las vacunas anti-VPH en la reducción del cáncer de cuello uterino en España. Queda pendiente integrar los datos de costes en el modelo para evaluar el coste-efectividad de las vacunas.

Financiación: GlaxoSmithKline.

INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL EPSTEIN-BARR: ANÁLISIS DE INMUNOTRANSFERENCIA DE LA RESPUESTA DE ANTICUERPOS CONTRA LAS PROTEÍNAS RELACIONADAS CON EL VEB EN UNA SERIE DE LINFOMAS Y CONTROLES APAREADOS

S. de Sanjosé, R. Bosch, T. Schouten, S. Verkuijlen, A. Nieters, P. Boffetta, Y. Benavente, C.J. Meijer, J.M. Middeldorp

Servicio de Epidemiología y Registro del Cáncer, IDIBELL, Instituto Catalán de Oncología; Servicio de patología, Hospital Verge de la Cinta, Tortosa; Department of Pathology, University Hospital Vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands; German Cancer Research Center, Heidelberg, Germany; International Agency for Research on Cancer, Lyon, France.

Antecedentes/objetivos: El virus del Epstein-Barr (VEB) ha sido relacionado de forma consistente con diferentes malignidades proliferativas y algunos patrones de anticuerpos anormales se encuentran en la mayoría de pacientes con cáncer. Evaluamos la detección de un patrón reactivo serológico anormal a la infección por VEB (ab-VEB) y el riesgo de linfoma en un estudio caso-control multicéntrico.

Métodos: Las muestras de suero fueron recogidas al inicio del estudio de 1.085 casos de linfomas incidentes de España, Francia, Alemania, la República Checa e Italia y 1.153 controles apareados por edad, sexo y país de reclutamiento. El serostatus VEB de la inmunoglobulina G (IgG) fue evaluado mediante un péptido basado en la prueba ELISA que combina epítopes inmunodominantes de EBNA1 (BKRF1) y VCA-p18 (BFRF3). Además, se llevaron a cabo análisis de inmunotransferencia para evaluar la diversidad de patrones de anticuerpos al VEB, EA, además de EBNA1, VCA-p18, VCA-p40 (BdRF1) y Zebra (BZLF1).

Resultados: Los pacientes con una infección activa, crónica por VEB y una actividad del VEB anormal se caracterizaron por un patrón reactivo anormal (ab-VEB). Ab-VEB fue observado en un 20,9% de los 2.238 sujetos incluidos con una proporción incrementada de casos que presentaban ab-VEB comparada con la de controles (23,9% vs 18,0%, $p = 0,001$). La positividad del AB-VEB fue un factor de riesgo para todos los linfomas combinados (OR = 1,42, IC95% = 1,15-1,74), y específicamente en el subtipo de leucemia linfática crónica (OR = 2,96, IC95% = 2,22-3,95). Niveles bajos de Ab-VEB se observaron para el subtipo folicular (OR = 0,38, IC95% = 0,15-0,98). El VEB podría estar relacionado en un subconjunto más amplio de linfomas entre sujetos clínicamente inmunocompetentes de lo que se había pensado previamente, este hecho podría estar probablemente explicado por una pérdida subyacente de control de la inmunidad de la infección del VEB latente.

Conclusiones: Ab-VEB es una herramienta útil para explorar los desequilibrios que preceden o que son paralelos a los posibles eventos oncogénicos asociados al VEB.

EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA FEMENINA Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO. ESTUDIO AFRODITA

E. Roura, S. de Sanjosé, X. Cortés, C. Méndez, L.M. Puig Tintoré, A. Torné, F.X. Bosch, X. Castellsagué

Institut Català de Oncologia (ICO), Hospitalet de Llobregat; Policlínica Miramar, Palma de Mallorca; GlaxoSmithKline, Madrid; Servicio de Ginecología, H. Clínic, Barcelona.

Antecedentes/objetivos: El Virus del Papiloma Humano (VPH) es la causa necesaria para el desarrollo del cáncer de cuello uterino. La infección por VPH se transmite a partir del contacto sexual, y la probabilidad de infección y de cáncer de cuello uterino aumenta con el número de compañeros sexuales y el inicio precoz de las relaciones sexuales. Los objetivos son identificar posibles factores de riesgo asociados a un mayor número de compañeros sexuales y a un inicio precoz de las relaciones sexuales, y analizar la correlación entre el comportamiento sexual de las mujeres españolas y la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en España.

Métodos: Estudio transversal a través de una encuesta postal en una muestra de 6.852 mujeres españolas de entre 18 y 70 años representativa por comunidad autónoma (CC.AA.), edad, clase social y tamaño del municipio. Se realizan análisis univariantes y multivariantes para relacionar los indicadores de comportamiento sexual con las variables del cuestionario. Además se analizan las correlaciones entre estos indicadores y la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino.

Resultados: Un 92,2% de las mujeres españolas refiere haber tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida. La media de edad a la primera relación sexual en España es de 20,9 años, media que disminuye con la edad de la mujer. Un 70,6% refiere ser monógama, y un 6,4% haber tenido más de 4 parejas sexuales a lo largo de la vida. El número de parejas sexuales aumenta de forma inversa con la edad de la mujer. Los modelos de regresión logística muestran que los factores asociados a un inicio en las relaciones sexuales antes de los 17 años y/o a tener más de un compañero sexual son: menor edad, zonas urbanas, uso de anticonceptivos orales, uso de preservativo, edad temprana a la primera relación sexual, mayor número de compañeros sexuales, haber tenido alguna vez una enfermedad de transmisión sexual y paridad. La mortalidad de cáncer de cuello uterino en las CC.AA. se correlaciona con un inicio precoz de las relaciones sexuales ($r = -0,81$, $p < 0,001$) y un mayor número de compañeros sexuales ($r = 0,61$, $p = 0,009$).

Conclusiones: Comparado con cohortes de mujeres mayores, existe una disminución de la edad a la primera relación sexual y un aumento del número de compañeros sexuales en cohortes jóvenes, así como importantes correlaciones entre estos indicadores y la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Estos cambios generacionales en el comportamiento sexual pueden modificar la carga de enfermedad relacionada con el VPH.

Financiación: Este proyecto está financiado por GSK España.

META-ANÁLISIS DE VPH EN EL PENE Y CIRCUNCISIÓN

G. Albero, X. Castellsagué, R. Clèries, F.X. Bosch
Institut Català d'Oncologia.

Antecedentes/objetivos: La evidencia científica sobre el efecto protector de la circuncisión masculina en la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y lesiones relacionadas en el pene es aún controvertida. Recientemente, Van Howe ha publicado un meta-análisis sobre el tema en el cual concluyó que no existía ninguna asociación entre circuncisión y riesgo de VPH en el hombre. Este meta-análisis fue posteriormente criticado por nuestro grupo al identificar importantes limitaciones metodológicas. El objetivo de este análisis es reanalizar los datos del meta-análisis utilizando los métodos estándares y superando las limitaciones del análisis previo.

Métodos: Se realizó un nuevo meta-análisis de los datos de los mismos 8 estudios incluidos en el estudio de Van Howe. Se exploró la asociación entre la circuncisión y la presencia del VPH en el pene y lesiones relacionadas (verrugas genitales y neoplasias intraepiteliales en el pene). Se utilizaron los odds ratios (OR) ajustadas de cada estudio cuando eran disponibles. Se estimó un OR global mediante los modelos de efectos fijos y aleatorios. Se calculó el estadístico Q para estimar la existencia de heterogeneidad entre los estudios, y se realizaron meta-análisis estratificados para las variables de interés.

Resultados: Nuestro re-análisis muestra una clara y fuerte asociación inversa, entre la circuncisión masculina y la infección por VPH y lesiones relacionadas en el pene (OR = 0,56, IC95%: 0,39-0,82). Los análisis estratificados muestran de forma coherente asociaciones inversas para cada uno de los estratos analizados: estudios que utilizaron la exploración clínica del pene (OR = 0,60) o no (OR = 0,47) para determinar si el hombre estaba o no circuncidado; estudios que incluyeron también muestras de piel del tronco del pene y escroto (OR = 0,66) o no (OR = 0,35) para la determinación del VPH; estudios que utilizaron métodos de detección de ADN de VPH (OR = 0,52) o no (OR = 0,72) para identificar enfermedad relacionada con el VPH; y estudios que utilizaron en el análisis de sus datos ORs ajustadas (OR = 0,41) o las OR crudas (OR = 0,79). Todas estas ORs estrato-específicas fueron estadísticamente significativas excepto dos que fueron de significación marginal. En el congreso presentaremos nuevos resultados ampliando el número de estudios incluidos en el meta-análisis.

Conclusiones: Estos datos sugieren que la circuncisión masculina reduce el riesgo de infección por VPH en el pene y lesiones relacionadas. Nuestros resultados son consistentes con la evidencia científica actual acumulada a partir de estudios observacionales y de ensayos clínicos aleatorizados, que la circuncisión disminuye el riesgo de adquisición de varias infecciones de transmisión sexual como el VIH, la C. trachomatis y el herpes genital, entre otras.

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 18 de octubre de 2007
 15:30 a 17:30

Brotos epidémicos

Moderadora: Cristina Rius
Agència de Salut Pública de Barcelona

ESTUDIO DE UN BROTE DE SALMONELLA KOTTBUS EN LA ISLA DE GRAN CANARIA. AGOSTO-NOVIEMBRE DE 2006

R. Palmera Suárez, A. García Rojas, P. García Castellano, A. Barraza Blanco, D. Herrera Guibert

Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología-PEAC; Instituto de Salud Pública de Gran Canaria.

Antecedentes/objetivos: En octubre de 2006, se notificó un aumento de casos de gastroenteritis aguda (GEA) por *Salmonella kottbus* en la isla de Gran Canaria, confirmados por el Centro Nacional de Microbiología. 74 casos fueron diagnosticados del 26 de agosto al 7 de noviembre de 2006, con mayor incidencia en menores de 1 año (61%); procedían en su mayoría de distintos municipios de la isla, 3 de islas vecinas y 1 fue un turista finlandés, de estos últimos se pudo comprobar su estancia en la isla una semana antes del inicio de los síntomas. Ante la situación se procedió a realizar una investigación epidemiológica para verificar la existencia del brote, identificar la fuente de infección y establecer medidas de intervención.

Métodos: Después del estudio descriptivo, se realizó un estudio de casos y controles apareado en población menor de 1 año; se aplicó una encuesta previamente validada. Como caso se definió toda persona menor de 1 año con signos y síntomas de GEA, durante el período del brote, procedente de las islas Canarias y confirmada por laboratorio. Como control, toda persona menor de 1 año, que acudió a la consulta del niño sano en los centros de salud de referencia de los casos y sin diagnóstico compatible o sospecho de GEA durante el período del brote. Se establecieron 2 controles por cada caso y fueron apareados por edad, sexo y domicilio; se calculó la OR y se empleó regresión logística condicional.

Resultados: 45 casos primarios fueron detectados, sólo 41 incluidos en el estudio; 19 casos (45%) estaban inmunocomprometidos o tenían alguna enfermedad antes del inicio de los síntomas. Se distribuyeron a lo largo de la isla siguiendo una vía de comunicación muy importante y ocurrieron entre la semana 34 y 45; la curva epidémica sugiere una fuente común de carácter continuo en el tiempo. Se encontró una asociación estadísticamente significativa con el consumo de una agua embotellada de producción y distribución local OR = 36,3 IC95% (3,18-414,4). Estudios microbiológicos y ambientales detectaron *Salmonella kottbus* en botellas seleccionadas de diversos supermercados de la isla y dentro de la fábrica en los diversos puntos de la cadena de producción.

Conclusiones: Es el primer brote de *Salmonella kottbus* asociado al consumo de agua embotellada reportado en España y en Europa. Un número importante de casos tuvieron alguna enfermedad concomitante lo cual pudo explicar la afectación en este grupo. Como consecuencia de los resultados de investigación la fábrica fue cerrada. Se sugiere incluir el agua como fuente de infección para *Salmonella* e incluir *Salmonella* dentro de los controles periódicos de agua.

BROTE EPIDÉMICO DE GASTROENTERITIS POR NOROVIRUS EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES POR TRANSMISIÓN DE PERSONA O PERSONA

D. Almagro Nievas, R. Acuña Castillo, T. López Lorca, J. Benítez García, F. Rodríguez Martín

Distrito Metropolitano de Granada; Centro de Salud de Loja.

Antecedentes/objetivos: Los norovirus, antiguamente llamados Norwalk-Like (VNL), son responsables de al menos un 40% de brotes de gastroenteritis aguda (GEA) dados en diferentes instituciones; así de 348 brotes de GEA por VLN que notificaron los CDC entre enero 1996 y noviembre de 2000, el 29% fueron en residencias de ancianos y hospitales. El objetivo del estudio fue analizar las causas y factores predisponentes del origen y transmisión de un brote de gastroenteritis aguda dado en una residencia de la tercera edad.

Métodos: Diseño: Estudio de cohorte retrospectivo Emplazamiento: Residencia de ancianos de la localidad de Loja de Granada. Población: De 88 residentes han enfermado 39, de 39 trabajadores 7. Intervenciones: Mediante encuesta epidemiológica específica se investigó la relación entre la enfermedad y distintas variables independientes: características personales (edad, género, estado civil) tiempo (día de inicio de síntomas) y lugar (ala, tipo de habitación, planta). Se calculan tasas de ataque globales y específicas y cálculo de RR (IC95%).

Resultados: La tasa de ataque entre los residentes fue de 44,3% y de las trabajadoras 13,2%. Los síntomas más importantes fueron vómitos y diarrea. El riesgo de enfermar entre los residentes casados fue 2,77 veces más que entre los solteros (RR = 2,77; IC95% 1,44-5,33). La tasa de ataque en habitaciones simples fue del 31% y triple del 75%, siendo factor protector estar en habitación simple (RR = 0,42; IC95% 0,24-0,75). La curva epidémica reflejó un comienzo y final de transmisión de persona a persona, siendo el primer enfermo conocido un trabajador auxiliar. La duración de la enfermedad fue entre 24-48 horas. Los coprocultivos fueron negativos a bacterias enteropatógenas y 4 positivos a norovirus de 11 procesados.

Conclusiones: Desde el punto de vista clínico, evolución de los enfermos, curva epidémica y el aislamiento en heces de virus, hacen confirmar una gastroenteritis con posible mecanismo de transmisión de persona a persona comenzando por un auxiliar de geriatría y de etiología confirmada por norovirus encontrando factores riesgo de enfermar ente los casados respecto a los solteros y entre los que comparten habitación triple frente a los que están en habitación simple.

BROTOS DE MENINGITIS VIRAL EN ESPAÑA, 1988-2006

I. Viqueira, A. Torres, P. Ordóñez, P. Soler

Servicio de Preventiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.

Antecedentes/objetivos: La meningitis viral por enterovirus la causa principal de la meningitis aséptica que cursa con pleocitosis linfocitaria. La distribución es mundial, con picos en verano y otoño en regiones templadas. La transmisión principal es por contacto directo El periodo de incubación es de 3-7 días y se transmite desde el tercer día de la infección a 10 días después del inicio de síntomas. La mayoría de los infecciones son asintomáticas y la recuperación suele ser completa. No hay tratamiento específico salvo reposo, hidratación y tratamiento sintomático. Las medidas preventivas más efectivas son el lavado de manos y la limpieza de superficies con solución diluida de cloro. El objetivo del estudio fue describir los brotes de meningitis viral que ocurren en España.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de los brotes de meningitis viral (CIE-9: 047) notificados al Sistema de Brotes de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica desde 1988 a 2006. Se excluyeron los brotes por herpes, parotiditis, coriomeningitis linfocitaria, VIH, arbovirus, adenovirus, parainfluenza, influenza, y sarampión. Las variables estudiadas fueron número de casos, hospitalizaciones y defunciones, ámbito, distribución anual, estacionalidad, duración y medidas de control adoptadas. El análisis de los datos se llevó a cabo con Excel y EpiInfo 2002.

Resultados: Entre 1988 a 2006 se notificaron 135 brotes, con un total de 1914 casos, 918 hospitalizados y dos defunciones. La mediana de casos por brote fue 4 (2-304). Se notificó una mediana de 5 brotes (0-17) por año observándose picos cada 4-5 años. Hay un aumento en primavera y otoño. Un 54,9% de los 123 brotes de los que disponemos esta información ocurrieron en colegios, un 31,9% fueron comunitarios, y un 12,2% familiares. La mediana de duración del brote fue 11 días (1-303). Los comunitarios presentaron mayor número de casos y mayor duración que los de colegios ($p < 0,05$). En todos los brotes en los que se conoce la etiología (44/135) aparece enterovirus como agente causal. En 10 de estos 44 brotes se identificó Echovirus y en 8 Coxsackie. Se notificaron medidas de control en 70 brotes, siendo las más frecuentes la educación sanitaria (60%), investigación de contactos (45,7%), tratamiento específico (28,6%), inspección del local (11,4%) y aislamiento (4%). Destaca la notificación de inmuno-quimioprofilaxis (21,4%) como medida de control.

Conclusiones: Enterovirus es la causa más frecuente de brotes de meningitis viral en España. Se presentan con más frecuencia en primavera y otoño. Durante el periodo de estudio se observaron picos cada 3-4 años. Ocurren principalmente en colegios y en la comunidad. Las principales medidas de control utilizadas fueron la educación sanitaria e investigación de contactos.

BROTE COMUNITARIO DE NEUMONÍA POR LEGIONELLA RELACIONADO CON UN SISTEMA DE NEBULIZACIÓN

I. Barrabeig, A. Rovira, M. García, H. Prellas, A. Escofet, A. Amat, M.D. Ferrer, J.M. Oliva, M. Arboix

Unidad Vigilancia Epidemiológica Costa Ponent; Serveis Territorials de Barcelona; Departament de Salut; Generalitat de Catalunya; GELeg; Laboratorio de Salud Pública.

Antecedentes/objetivos: Investigar la fuente de infección del brote comunitario de neumonía por Legionella que se presentó en el período agosto-noviembre de 2006 en la localidad de Vilafranca del Penedès (Barcelona).

Métodos: Se consideró caso a la persona con neumonía y presencia de antígeno de *L. pneumophila* en una muestra de orina o con un aislamiento del agente causal en muestras respiratorias, que hubiera presentado inicio de síntomas a partir del mes de agosto de 2006 y que residiera o hubiera estado en la población de Vilafranca durante el periodo de exposición de la enfermedad. Se realizó una encuesta epidemiológica a los casos sobre posibles fuentes de exposición. Se realizó una búsqueda de torres de refrigeración en un radio de 2 Km del domicilio de los enfermos. Los aislamientos clínicos y ambientales de *L. pneumophila* serogrupo 1 se estudiaron mediante electroforesis en campo pulsante (PFGE).

Resultados: Inicialmente se incluyeron en el brote 14 casos, de los que 6 residían en Vilafranca y 8 habían visitado el municipio. El 57% (8) de los casos eran hombres y 6 (43%) eran mujeres, con una media de edad de 67,3 años (DE: 8,6). Trece casos requirieron ingreso hospitalario y la tasa de letalidad fue del 0%. En el esputo de dos casos se aisló *L. pneumophila* sg 1. Se investigaron las instalaciones de alto riesgo y se adoptaron las medidas oportunas en las torres colonizadas, pero siguieron apareciendo casos. La investigación epidemiológica estableció la exposición común de los casos a un mismo supermercado, por lo que se muestreó un nebulizador detectado en la sección de pescadería del mismo. Se aislaron $6,4 \times 10^8$ colonias de *L. pneumophila* serogrupo 1 en la toma realizada del aspersor del nebulizador. En el muestreo de la red de agua del establecimiento no se aisló Legionella. El estudio molecular confirmó que las dos cepas clínicas presentaban el mismo patrón que las muestras del nebulizador. Se reinterró a los 14 casos y 12 confirmaron su visita a la sección de pescadería durante el periodo de exposición. Dos casos negaron esta exposición, por lo que fueron excluidos de este brote. No hubo casos entre los trabajadores del establecimiento.

Conclusiones: Brote de legionelosis comunitario que afectó a doce personas durante los meses de agosto-noviembre de 2006, que tenían en común haber ido a un supermercado de Vilafranca durante el periodo de exposición de la enfermedad. El estudio molecular confirmó que la fuente de infección de los casos fueron los aerosoles del nebulizador alimentario ubicado en la sección de pescadería del supermercado.

BROTE DE GASTROENTERITIS POR SHIGELLA SONNEI CAUSADO POR EL CONSUMO DE AGUA DE SUMINISTRO PÚBLICO

P. Godoy, R. Bartolomé, J. Torres, L. Espinet, A. Escobar, C. Nuin

Servicios Territoriales de Salud de Lleida; Facultad de Medicina. Universidad de Lleida; Laboratori de Microbiologia de los Hospitales de la Vall d'Hebron de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: El consumo de agua de suministro público puede causar importantes brotes de gastroenteritis si se contamina y fallan los sistemas de desinfección. El objetivo del estudio fue investigar un brote de gastroenteritis que afectó a la población de Valencia d'Àneu (Lleida) causado por el de agua de suministro público debido a su contaminación por aguas residuales y al fallo de funcionamiento de los sistemas de desinfección.

Métodos: El día 28/12/2006, se detectó un brote de gastroenteritis que afectaba a personas pertenecientes a diferentes familias del municipio de Valencia d'Àneu (Lleida). Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo sobre consumo de agua de la red, agua embotellada y agua de manantiales. La muestra del estudio se estuvo mediante contacto telefónico con todos los números privados del municipio existentes en la guía. Se logró contacto efectivo con el 68,1% (32/47) de teléfonos lo cual permitió encuestar al 58,3% de la población censada (105/180). Mediante entrevista telefónica se recogió información sobre diferentes consumos de agua, número de vasos consumidos diariamente, la presencia de sintomatología clínica y la fecha de inicio de síntomas. Se estudió el sistema de suministro y distribución del agua de la red municipal, se tomaron muestras y se revisó el libro de registro de cloro residual. La investigación microbiológica consistió en el coprocultivo y la determinación por técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de la presencia del ADN de Norovirus en heces de diez enfermos. La implicación de cada agua consumida se estudió con el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. La existencia de diferencias estadísticamente significativas se estudió con la prueba de χ^2 aceptándose un grado de significación (p) inferior a 0,05.

Resultados: Se entrevistó al 58,3% de la población del municipio (105/180). La tasa de ataque global fue del 64,8% (68/105). La curva epidémica fue consistente con una exposición continua durante un mínimo de 6 días. La proporción de síntomas fue: diarrea 100,0% (68/68), dolor abdominal 92,6% (63/68), fiebre 64,5% (40/62), náusea 62,7% (42/67) y vómitos 47,8% (32/67). Una persona mayor de 90 años falleció a causa de la descompensación de su patología cardiaca. De los tres tipos de agua estudiados la que resultó implicada fue el consumo de agua de suministro público (RR = 4,2; IC95% 1,5-11,9). Además, para este tipo de agua se determinó la existencia de relación dosis respuesta ($\chi^2 = 34,1$; $p < 0,001$). Presentaron un riesgo superior de enfermar los consumidores de 2-3 vasos diarios (RR = 4,3; IC95% 1,9-9,9) y más de tres vasos (RR = 4,9; IC95% 2,2-10,9) respecto al consumo de 0-1 vaso. Se constató el registro de cloro residual en el agua de la red hasta el 21/12/2006. A partir de esta fecha el clorador del agua de la red se congeló y dejó de funcionar. Se recomendó investigar el vertido ilegal de aguas residuales humanas en algún punto cercano a la captación. Seis coprocultivos resultaron positivos a *Shigella sonnei*. Todas las muestras resultaron negativas a norovirus.

Conclusiones: La etiología de brote hídrico causado por *Shigella sonnei* se confirmó mediante la implicación epidemiológica del agua de consumo y el resultado positivo *Shigella sonnei* en heces de enfermos. Los municipios deben asegurar el funcionamiento adecuado de los sistemas de desinfección y evitar vertidos cerca de las captaciones.

¿CASO-COHORTE O CASO-CONTROL? COMPARACIÓN DE MEDIDAS DE ASOCIACIÓN DE TRES ESTUDIOS ANALÍTICOS USANDO DIFERENTES GRUPOS DE CONTROL EN EL CONTEXTO DE UN BROTE ALIMENTICIO, AGOSTO 2006

N. el Omeiri, N. Gerónimo, M. Valenciano, A. Barrasa, J. Donado, D. Herrera

Programa de Epidemiología Aplicada de Campo. Centro Nacional de Epidemiología; European Programme for Intervention Epidemiology Training.

Antecedentes/objetivos: Uno de los retos en los estudios analíticos de brotes es la selección de un grupo de control apropiado. El 21 de Agosto 2006, el departamento de Epidemiología de Galicia, notificó al Centro Nacional de Epidemiología un brote gastrointestinal entre los invitados de una boda. Como parte de la investigación se planteó el desarrollo y la comparación de los diseños de caso-control (CC) y de caso-cohorta (CH) con otro de cohorte retrospectiva (CR) a fin de determinar qué metodología permitía hacer una mejor estimación del riesgo.

Métodos: Se definió como caso a todo invitado al banquete que presentó, dentro de los tres días siguientes, diarrea o al menos dos de los síntomas siguientes: náusea, fiebre, dolor abdominal y vómitos. La CR incluyó a todos los invitados. En el CC se incluyeron todos los casos y se seleccionaron los controles entre los invitados que no fueron caso. En el CH se seleccionaron los controles aleatoriamente entre todos los invitados. Se calcularon tasas de ataque (TA) para cada alimento, los riesgos relativos (RR) para la CR, y las odds ratios (OR) para el CC y el CH, con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: De los 206 invitados, se obtuvo información de 125 (61%). Se identificaron 56 casos (TA = 45%). Las TA más altas se dieron entre los que habían comido fruta en trozos (RR = 1,8 IC95% 1,2-2,7). La proporción de expuestos a la fruta en trozos fue más alta en los casos que en los controles: OR = 4,0 para el diseño de CC (IC95% 1,7-9,0) y OR = 2,1 (IC95% 1,2-2,7) en el CH. No se encontró asociación entre la enfermedad y ningún otro alimento.

Conclusiones: El estudio de cohorte es el único diseño que permite identificar la asociación entre una exposición y el desarrollo de una enfermedad. Nuestros resultados sugieren que, en el caso de un brote con alta tasa de ataque, la OR de un estudio CC sobreestima la asociación entre la exposición y la enfermedad. El OR de CH es un mejor estimador al ser los controles representativos de la población de la que provienen los casos en términos de exposición.

BROTE EPIDÉMICO DE GASTROENTERITIS POR NOROVIRUS EN UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD UBICADA EN UNA POBLACIÓN RURAL

D. Almagro Nuevas, M.C. Ubago Linares, M.T. López Lorca, R. Acuña Castillo, S. Garrido Almagro, J. Linares Torres

Sección de Epidemiología Distrito Metropolitano de Granada; Medicina Preventiva HU Virgen de las Nieves de Granada.

Antecedentes/objetivos: El día 28 de junio de 2006 a las 20 horas el médico de guardia de un centro de salud notifica un brote de gastroenteritis aguda (GEA) en una residencia de la tercera edad con fecha de inicio del primer caso desde hacía 3 días y con 8 enfermos, 7 residentes y una trabajadora. La clínica predominante era de náuseas, vómitos, diarrea y algún caso de febrícula. La hipótesis inicial que se planteó fue la de un brote de gastroenteritis de origen vírico y con mecanismo de transmisión de persona a persona. El objetivo fue describir y analizar la investigación clínica, epidemiológica y microbiológica de un brote de GEA dado en una residencia de la tercera edad.

Métodos: Se diseñó un estudio de cohorte retrospectivo. El emplazamiento fue una residencia de ancianos de un municipio rural. La población expuesta fue 26 residentes y 13 trabajadoras. Mediante encuesta epidemiológica presencial se investigó la relación entre la enfermedad y distintas variables independientes: características personales (edad, género) tiempo (día de inicio de síntomas) y lugar (planta y tipo de habitación). Se realiza tasas de ataque y el cálculo de RR (IC95%). Se indicaron medidas preventivas pertinentes.

Resultados: La tasa de ataque entre los residentes fue de 42,3% (11/26) y de las trabajadoras 7,6% (1/13). Los síntomas más importantes fueron vómitos y diarrea. La tasa de ataque en habitaciones simples fue 60% y compartidas 31%, sin ser esta relación estadísticamente significativa (RR = 1,62; IC95% 0,85-2,02). La curva epidémica reflejó un comienzo y final de transmisión de persona a persona. La duración de la enfermedad fue entre 24-48 horas. Los 3 coprocultivos que se recogieron fueron negativos a bacterias enteropatógenas y 2 positivos a norovirus.

Conclusiones: Desde el punto de vista clínico, evolución de los enfermos, curva epidémica y el aislamiento en heces de norovirus, hacen confirmar la hipótesis de ser una gastroenteritis con posible mecanismo de transmisión de persona a persona y de etiología confirmada por norovirus. Las medidas preventivas contuvieron el brote.

DOS BROTES CONSECUTIVOS POR NOROVIRUS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS. RIESGO Y SUSCEPTIBILIDAD

J.B. Bellido, J. Buesa, M. Fos, A. Arnedo, M. Montava, E. Kindberg, C. Rubert, L. Svenson

Sec. Epidemiología, Centro de Salud Pública de Castellón; Dept. Microbiología, Facultad de Medicina y Hospital Clínico Universitario de Valencia; Universidad de Linköping (Suecia).

Antecedentes/objetivos: En una residencia de ancianos en Castellón (130 internos, 28 en centro de día, 90 trabajadores) se produjeron dos brotes por norovirus (NoV) en 5 meses. Presentamos los resultados del estudio epidemiológico y microbiológico.

Métodos: (a) Estudio de cohortes retrospectivo para determinar mecanismos de transmisión mediante cuestionario; en el 2º brote se tuvo en cuenta haber estado afectado en el 1º. (b) Determinación de virus de heces: RT-PCR y genotipado. (c) En el primer brote, estudio de casos (n = 29) y controles (n = 29) para determinar susceptibilidad individual mediante análisis de saliva (polimorfismos del gen FUT2 y fijación de NoV a saliva). Se presentan los resultados en el grupo de internos. Se han calculado los riesgos relativos (RR), y para el cálculo de medidas de riesgo ajustadas (aj) se ha usado regresión logística múltiple.

Resultados: (a) Cohortes retrospectivo: El 71% eran mujeres, la edad promedio fue de 80 años. La tasas de ataque fueron del 58% y 40%; en primer brote hubo 5 hospitalizaciones, ninguna en el segundo. Se descartaron el agua y los alimentos como factores de riesgo en ambos brotes. El mecanismo de transmisión fue persona-persona [RR de 2,4 (IC95% 1,4-4,1) para la exposición previa a un caso en habitaciones dobles]; en el segundo brote el antecedente de haber sido caso en el primer brote supuso mayor riesgo de enfermar [RR de 2,03 (1,2-3,4)]. El análisis multivariable no modificó sustancialmente los resultados (b) Etiológico: En el primer brote, 19 de 23 muestras fueron positivas a NoV genogrupo II (GGII.4); en el segundo, 5 de 11 positivas a NoV, no se pudo identificar el genotipo. (c) Casos y controles, susceptibilidad: El 10% de los casos (3/29) presentaron el genotipo no-secretor frente al 52% (15/29) de los controles [OR de 0,11 (0,02-0,50)]; dos de los tres casos no-secretores presentaron fijación del virus a saliva.

Conclusiones: En ambos brotes el mecanismo de transmisión fundamental fue persona-persona. El haber sido caso antes estuvo relacionado con volver a caer enfermo en el segundo brote, quizá fuera un reflejo epidemiológico de elementos de susceptibilidad individual y de corta duración de la inmunidad; aunque no se pudo confirmar que en ambos brotes se tratara del mismo NoV. Las técnicas de análisis moleculares aplicadas en el estudio de casos y controles sugieren que hay individuos más resistentes a la enfermedad (genotipo FUT2 no-secretor), lo que hay que tener en cuenta en el estudio de estos brotes, que, por otro lado, ofrecen una buena oportunidad de investigación y colaboración a microbiólogos y epidemiólogos.

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 18 de octubre de 2007
15:30 a 17:30

Epidemiología genética

Modera: *Alberto Ruano*
Universidad de Santiago de Compostela

DE LA GENÓMICA A LA PRÁCTICA SANITARIA: SOBREENTERPRETACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA BASADA EN EL GENOMA

B. Lumbreras, L.A. Parker, M. Porta, I. Hernández-Aguado

Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández; Instituto Municipal de Investigación Médica, Universidad Autónoma de Barcelona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/objetivos: La introducción de una prueba diagnóstica exige su validación mediante la aplicación de metodología a través de fases definidas por la población estudiada. Comenzando por casos de enfermedad y controles (fase I) se amplía la gama de enfermedad (distintos estadios) y de no enfermedad (fases II y III) hasta estudiar aquella población donde se va a aplicar la prueba (fase IV). Las expectativas creadas por la genómica parecen haber provocado atajos en la validación, con una rápida aplicación de pruebas evaluadas sin el rigor metodológico imprescindible. Para constatarlo, se analizó si las investigaciones sobre pruebas genómicas interpretaban sus resultados de acuerdo a la fase de validación realizada.

Métodos: Evaluación de todos los artículos originales que valoran pruebas de diagnóstico en genómica publicados durante el año 2006. La búsqueda se realizó en MEDLINE a través de los términos MeSH "Molecular diagnostic techniques" and "Sensitivity and Specificity". Para aumentar la sensibilidad, incluimos los términos, "diagnos", "genomics", "proteomics", "molecular" y "genetic". Los artículos que evaluaban fases preliminares (validez analítica) fueron excluidos. Dos investigadores clasificaron de manera independiente cada estudio en una de las cuatro fases de validación y estudiaron la consistencia con las conclusiones de los autores. Las discrepancias fueron resueltas por consenso con un tercer investigador. El acuerdo observado fue del 86%.

Resultados: De los 228 artículos identificados, 61 fueron incluidos. Las técnicas genómicas evaluadas fueron PCR (31,51%), proteómica (25,40%), microarrays (4,7%) y lipídica (1,2%), y las principales patologías estudiadas: cáncer (31,51%), enfermedades infecciosas (14, 22%), congénitas (8, 13%), autoinmunes (4, 7%) y neurológicas (4, 7%). Observamos concordancia entre la fase a la que pertenece el estudio y las conclusiones expuestas en menos de la mitad de los artículos evaluados (29, 48%); sólo en 10 de los 38 artículos pertenecientes a fase I (26%) los autores reconocían la necesidad de proseguir la validación. Este reconocimiento no aparecía en ninguno de los 3 estudios en fase II o III. En 1 de los 20 artículos pertenecientes a fase IV (5%), se proponía la prueba para cribado sin haberla validado en la población adecuada.

Conclusiones: La mayoría de los estudios de genómica evaluados proponen la aplicación sanitaria de pruebas sin validez clínica. La traslación de los resultados de la investigación genómica a la clínica y a la salud pública sólo será posible con la incorporación de los principios y métodos de la epidemiología clínica.

Financiación: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Exp PI06/90311 y CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

GUÍA DE APOYO A LA TOMA DE DECISIONES SOBRE INCORPORACIÓN DE NUEVAS PRUEBAS GENÉTICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA (GUÍA GEN)

S. Márquez-Calderón, J.A. Castilla, E. Briones, A. Carriazo

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Consejería de Salud.

Antecedentes/objetivos: En muchas ocasiones, las pruebas genéticas se están incorporando a la práctica asistencial sin una adecuada evaluación previa. El objetivo de este trabajo ha sido elaborar una herramienta de ayuda a la toma de decisiones sobre la incorporación de nuevas pruebas genéticas en la práctica clínica.

Métodos: Se realizó una revisión no sistemática de la literatura y de experiencias en otros países. A partir de ella se elaboró un primer borrador de la guía. Esta primera versión se envió a 10 expertos de diferentes áreas de conocimiento y práctica (genética clínica, epidemiología molecular, evaluación de tecnologías sanitarias y gestión sanitaria). Después de revisar individualmente la guía cada uno de los expertos, se realizó una reunión para discutir cómo podía mejorarse, siguiendo la Técnica de Grupo Nominal. Entre todos los cambios propuestos, se realizó una priorización (individual) y posteriormente se seleccionaron los cambios más votados; es decir, aquellos donde había mayor consenso entre los expertos.

Resultados: La versión definitiva de la Guía GEN tiene 4 partes: 1) Guía de Usuarios. 2) Cuestionario para proponer la incorporación de una nueva prueba genética (para cumplimentar por el facultativo solicitante). 3) Criterios para evaluar la propuesta (para los comités de asesores a los gestores que deben tomar la decisión final). 4) Glosario. El cuestionario tiene a su vez las siguientes partes: 1) Recomendaciones para cumplimentarlo. 2) Datos del Servicio clínico que propone la incorporación de la prueba genética. 3) Descripción de la prueba genética y criterios de indicación. 4) Resultados esperados del uso de la prueba y evidencia científica sobre su validez, utilidad y eficiencia. 4) Implicaciones organizativas y económicas. 5) Aspectos éticos y sociales. 6) Bibliografía que se adjunta.

Conclusiones: Se ha desarrollado una herramienta de ayuda a la toma de decisiones sobre la incorporación de nuevas pruebas genéticas a la práctica clínica. Esta herramienta incluye los principales criterios de evaluación propuestos en la literatura y los principales cambios propuestos por un grupo de expertos nacionales.

Financiación: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

PRONÓSTICO DEL CÁNCER DE VEJIGA EN RELACIÓN A 108 GENES CODIFICANTES PARA PROTEÍNAS RELACIONADAS CON LA INFLAMACIÓN

C. Murta-Nascimento, N. Malats, F.X. Real, G. Vellalta, M. García-Closas, N. Rothman, M. Calle, J. Lloreta, A. Tardón

CREAL-IMIM; CREAL-IMIM; UPF-IMIM; CREAL-IMIM; NCI; NCI; UVic; IMIM-IMAS; Universidad Oviedo.

Antecedentes/objetivos: La hipótesis de Virchow que asociaba inflamación y cáncer ha ganado apoyo en la última década con el aumento de la comprensión del microambiente inflamatorio tumoral. Hay resultados que indican que las células inflamatorias (como por ejemplo macrófagos asociados a tumores y células dendríticas), citocinas proinflamatorias y las quimiocinas contribuyen al crecimiento y progresión tumoral. En este estudio se exploró el valor de 279 polimorfismos de nucleótido único (SNPs) en 108 genes relacionados con la inflamación en el pronóstico del cáncer de vejiga.

Métodos: Fueron incluidos en este estudio 1.105 pacientes con carcinoma urotelial de vejiga urinaria (859 tumores superficiales y 246 tumores músculo-invasivos) reclutados en el estudio EPICURO entre 1998 y 2001 y con un seguimiento hasta diciembre de 2005. Los eventos estudiados fueron supervivencia libre de enfermedad, supervivencia libre de progresión y muerte por cáncer de vejiga. El genotipado fue realizado utilizando las técnicas TaqMan e Illumina. Fueron estimados hazard ratios (HR) e intervalos de confianza del 95% (IC95%) aplicando el modelo de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: Entre los pacientes con tumores superficiales, los SNPs rs2297518-NOS2A y rs3733001-MASP1 predijeron una disminución y un aumento de riesgo de recidiva del tumor (HR = 0,60; p = 0,0004 y HR = 2,41; p = 0,00003, respectivamente). Para los pacientes que recibieron sólo inmunoterapia con BCG, las asociaciones más fuertes fueron observadas para dos SNPs del gen TNF (rs1800630 y rs1799964) cuyos HR fueron 2,44 (p = 0,0005) y 5,49 (p = 0,00004). Los SNPs rs3733001-MASP1 y rs3176879-VCAM1 fueron los predictores más fuertes para progresión (HR = 3,26; p = 0,002 y HR = 2,99; p = 0,002, respectivamente). Entre los pacientes con tumores músculo-invasivos, el SNP rs422628-GATA3 fue predictor de progresión. Referente a la muerte por cáncer de vejiga, los riesgos más altos fueron observados para los SNPs rs1130233-AKT1, rs2230808-ABCA1 y rs9282801-NOS2A.

Conclusiones: Este es el primer estudio que explora el efecto de un gran número de SNPs/genes que participan en respuesta inflamatoria en el pronóstico del cáncer de vejiga. De ser confirmados en estudios independientes, estos resultados, podrían ser de utilidad en la práctica clínica en la identificación de pacientes que necesitan diferentes estrategias de seguimiento y de tratamiento.

Financiación: FIS (96/1998-01, 00/0745, G03/174, PI051436), La Marató TV3, Intramural Research Program-USNCI.

ESTUDIO DE SUSCEPTIBILIDAD GENÉTICA AL CÁNCER DE VEJIGA ASOCIADA A 309 SNPS LOCALIZADOS EN 109 GENES QUE PARTICIPAN EN VÍAS DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA

G. Vellalta, N. Rothman, C. Murta-Nascimento, M. Calle, J.A. Sánchez, M. García-Closas, A. Tardón, C. Serra, N. Malats et al
CREAL-IMIM; NCI; Universitat de Vic; UPC; Universidad de Oviedo; Consorci hospitalari Parc Taulí; UPF.

Antecedentes/objetivos: Existen evidencias de la participación de la inflamación crónica, tanto local como sistémica, en el desarrollo del cáncer de vejiga. Los factores genéticos pueden modificar la eficacia de la respuesta inflamatoria. Hemos evaluado la asociación con el cáncer de vejiga que confieren 309 polimorfismos de un único nucleótido (SNP) localizados en 109 genes que participan en procesos inflamatorios.

Métodos: Han sido incluidos en el análisis 1.157 casos incidentes de cáncer de vejiga urinaria i 1.157 controles hospitalarios apareados por edad, sexo y área de residencia. Los sujetos procedían de 18 hospitales españoles de Asturias, Área Metropolitana de Barcelona, Elche, Tenerife y Vallés/Bages. A los sujetos se les efectuó una entrevista personal con la que se obtuvo información sobre factores de riesgo ambiental y episodios de procesos inflamatorios a lo largo de la vida. Se aplicó un enfoque gen-SNP candidato para identificar los genes/SNPs de más interés que fueron posteriormente genotipados por las plataformas Taqman y Illumina en el Core Genotyping Facility, NCI (EEUU). Se estimaron las OR ajustadas y los IC95% mediante regresión logística. Se usó la metodología basada en árboles de clasificación i regresión (CART) y "Multifactor Dimensional Reduction" (MDR) para identificar interacciones significativas en vías genéticas asociadas a cáncer de vejiga. Se aplicó la estrategia de Bootstrapping para controlar los resultados falsos positivos.

Resultados: Cinco SNPs mostraron asociaciones significativas con p valores inferiores a 0,015. Entre ellos, arhgd1b-rs912 se asoció, bajo un modelo de herencia recesivo, a un aumento del riesgo de cáncer de vejiga (OR = 2,85, p = 0,005). El riesgo fue más alto cuando el análisis se restringió a aquellos sujetos que presentaban procesos inflamatorios en el tracto urinario (OR = 6,24, p = 0,006) y en aquellos que eran consumidores habituales de fármacos antiinflamatorios (OR = 7,93, p = 0,010). La primera partición que mostró el CART fue mediante la variable hábito tabáquico y posteriormente fueron identificadas vías genéticas específicas para no fumadores, exfumadores i fumadores con resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones: Estos resultados aportan nueva información en relación con la complejidad etiológica del cáncer de vejiga que deberían ser confirmados en estudios independientes. Este es el estudio más grande que ha llevado a cabo una exploración más extensa de factores genéticos inflamatorios involucrados en cáncer de vejiga.

Financiación: FIS (96/1998-01, 00/0745, G03/174, PI051436), Fundació Marató TV3, Intramural Research Program U.S. NCI.

DIFERENCIAS GENÉTICAS ENTRE POBLACIÓN AFECTADA DE CÁNCER COLO-RECTAL Y POBLACIÓN GENERAL EN MUJERES RESIDENTES EN EL PAÍS VASCO: ESTUDIO BASADO EN ANÁLISIS GENÉTICO POBLACIONAL MEDIANTE ISONIMIA

J. Delgado Naranjo, C. Rodríguez Andrés

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad del País Vasco (UVP/EHU).

Antecedentes/objetivos: El cáncer colo-rectal es el segundo más frecuente entre las mujeres del País Vasco. Numerosos genes de susceptibilidad al cáncer colo-rectal han sido descritos, desconociéndose hasta la fecha sus frecuencias génicas en la población del País Vasco y por tanto la influencia real de los mismos sobre la incidencia del cáncer colo-rectal en dicha población. El objetivo fundamental del presente estudio es conocer y valorar la existencia de diferencias genéticas entre la población de mujeres diagnosticadas de cáncer colo-rectal y la población general.

Métodos: Mediante Isonimia –análisis genético poblacional mediante apellidos– se analizaron un total de 12.046 mujeres diagnosticadas de cáncer localizado en colon, recto y en otras 19 localizaciones anatómicas incluidas en el Registro de cáncer de Euskadi entre 1986 y 1992. Dichos resultados fueron comparados con una muestra de 151.721 mujeres pertenecientes a población general del País Vasco. El método aplicado fue el de análisis de parentesco genético a través del estadístico FST de Morton (Relethford, 1988). Se empleó análisis estadístico multivariante mediante MDS (Multidimensional Scaling) y cluster.

Resultados: Los niveles de parentesco genético en población afectada de cáncer de recto son un 46,02% superiores (FST = 0,00119757) respecto a la población general. En población afectada de cáncer de colon el parentesco genético es un 8,64% superior (FST = 0,000089098) respecto al de la población general. El análisis MDS muestra la existencia de dos clusters claramente diferenciados separando el conjunto de mujeres diagnosticadas de cáncer colo-rectal del resto de la población (Stress = 0,05209; RSQ = 0,99). Ello evidencia diferencias genéticas entre población diagnosticada de cáncer colo-rectal y población general. La magnitud de estas diferencias se mantiene tanto a nivel provincial como comarcal.

Conclusiones: El mayor parentesco genético en mujeres diagnosticadas de cáncer colo-rectal implica una mayor probabilidad de hallar formas alélicas asociadas al cáncer así como una mayor influencia de la herencia frente a otros factores en esta modalidad de cáncer. Ello sugiere un modelo de riesgo compatible con la existencia de alelos que contribuyen a incrementar el riesgo de padecer cáncer de colon y recto frente a otras localizaciones anatómicas.

Financiación: Estudio financiado por Universidad del País Vasco proyectos :004327-EA044/99 y UPV05/46.

META Y POOLED ANÁLISIS DE LOS POLIMORFISMOS EN LOS GENES GSTM1 Y CYP1A1 Y CÁNCER ORAL Y DE FARINGE. UNA REVISIÓN HUGE-GSEC

A. Ruano Raviña, L. Varela Lema, C. Ragin, E. Taioli, M.A. Juiz Crespo, J.M. Barros-Dios

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. CIBERESP; University of Pittsburgh Cancer Institute, Pittsburgh, PA, EEUU; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.

Antecedentes/objetivos: Antecedentes y objetivos. Determinados polimorfismos pueden contribuir a la aparición de cáncer oral y de faringe actuando como modificadores de efecto de exposiciones como el alcohol y el tabaco. El objetivo es analizar la asociación entre los polimorfismos en los genes CYP1A1 y GSTM1 con el cáncer oral y de faringe a través de un meta y un pooled análisis de los estudios de casos y controles publicados y/o incluidos en la base de datos GSEC (Genetic Susceptibility to Environmental Carcinogens, <http://www.upci.upmc.edu/research/ccps/ccontrol/index.html>).

Métodos: Revisión sistemática en Medline y EMBASE hasta el 31 de mayo de 2006. Los artículos potencialmente incluíbles fueron evaluados por dos revisores de modo independiente. Los criterios de inclusión fueron: a) estudios publicados en inglés, castellano, italiano o francés, b) estudios que analizaran el efecto de los genes GSTM1 y de los polimorfismos en el gen CYP1A1 MspI e Ile/Val (exon 7) en esos cánceres. Se excluyeron estudios con sólo casos, sobre tumores secundarios o recurrencias y estudios con pacientes superpuestos. El meta y pooled análisis se realizaron del modo habitual.

Resultados: Se incluyeron en el metaanálisis 24 estudios con un total de 6.505 individuos (2.543 casos y 3.962 controles) y 13 bases de datos con 6.243 sujetos (2.047 casos y 4.196 controles) en el pooled análisis. Los resultados correspondientes al metaanálisis para la asociación de los genes GSTM1 y CYP1A1 con el cáncer oral y de faringe no se pudieron calcular debido a la heterogeneidad. La delección homocigota del gen GSTM1 se asoció de modo significativo con el riesgo de cáncer oral y de faringe en asiáticos y afroamericanos en el meta (OR 1,7 IC95% 1,4-2,1) y pooled análisis (OR ajustada 2,4 IC95% 1,1-5,5), pero no en caucásicos. El metaanálisis mostró una asociación significativa para el genotipo homocigoto del gen CYP1A1 MspI (OR m2/m2 2,1, IC95% 1,3-3,3). El pooled análisis no mostró este resultado para los polimorfismos CYP1A1 MspI (OR m1/m2 o m2/m2: 1,0, CI 95% 0,8-1,2) o CYP1A1 (exon 7) (OR Ile/Val o Val/Val: 0,9, 95% CI: 0,7-1,1). Se observó una interacción para la delección homocigota del gen GSTM1 y la variante CYP1A1 m1/m2.

Conclusiones: La asociación del gen GSTM1 con el cáncer oral y de faringe puede depender de la etnia. Los polimorfismos del gen CYP1A1 en el exon 7 y MspI no han mostrado asociación con estos cánceres en el pooled análisis aunque sí la variante MspI en el metaanálisis. No existen razones para analizar estos genes de modo poblacional para conocer el riesgo de cáncer oral y de faringe.

RELACIÓN ENTRE LA EXPRESIÓN DEL GEN P53 Y FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE PULMÓN, CON ESPECIAL ÉNFASIS EN LA EXPOSICIÓN A RADÓN RESIDENCIAL

A. Ruano Raviña, R. Pérez-Becerra, M.A. Fraga, K.T. Kelsey, J.M. Barros-Dios

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Santiago de Compostela. CIBERESP; Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Santiago; Department of Genetics and Complex Diseases. Harvard School of Public Health.

Antecedentes/objetivos: la exposición a radón domiciliario se ha postulado como el segundo factor de riesgo del cáncer de pulmón después del tabaco. Aunque se ha indicado que existe una relación dosis-respuesta entre la concentración de radón y el riesgo de cáncer de pulmón, existe poca información acerca de cómo el radón produce cáncer pulmonar. El objetivo de este trabajo es analizar si existe alguna diferencia en la expresión del gen p53 en función de la exposición a radón y de otros factores de riesgo del cáncer de pulmón.

Métodos: el estudio se realizó en el área sanitaria de Santiago de Compostela. En el marco de un estudio de casos y controles de base hospitalaria, se analizaron las muestras tumorales de una serie de 163 casos consecutivos de cáncer de pulmón diagnosticados entre 1992 y 1995 para conocer la expresión del gen p53. La tinción se clasificó en 4 categorías, desde ausencia de tinción a tinción intensa (más de un 60%) y esta tinción se relacionó con la exposición a radón, consumo de tabaco, haber trabajado en ocupaciones de riesgo para el cáncer de pulmón y consumo de alcohol. Sólo 72 muestras se pudieron analizar por inmunohistoquímica y algunas pudieron ser secuenciadas de los exones 4 al 8. Se calcularon las odds ratios para las diversas categorías de exposición a radón y el grado de expresión del gen p53.

Resultados: No se observó ninguna relación entre la intensidad de la tinción y la exposición a radón o el hábito tabáquico. Se observó una ligera asociación entre la tinción y el consumo elevado de alcohol. En las 4 muestras con una tinción mayor del 60% que pudieron ser secuenciadas de los exones 4 al 8 no se observó ninguna mutación en el gen p53.

Conclusiones: No hay asociación entre la exposición a radón domiciliario y la expresión inmunohistoquímica del gen p53, sugiriendo que quizá su efecto carcinogénico para el cáncer de pulmón podría no estar mediado a través de este gen, al contrario de lo apuntado por algunos estudios.

Financiación: Dirección Xeral I+D Xunta de Galicia.

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 18 de octubre de 2007
15:30 a 17:30

Salud y género

Modera: *Vicenta Escribà*
Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana

LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA: ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS?

R. Mas Pons, V. Escribà Aguir, M. Royo Marqués, C. Barona Vilar
Servei de Salut Infantil i de la Dona. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Antecedentes/objetivos: Explorar las percepciones y opiniones del personal de los servicios sanitarios sobre la implantación de un protocolo sociosanitario para la detección precoz y atención de los casos de violencia conyugal o familiar (VC/VF), así como identificar los factores favorecedores y las barreras que dificultarían su implantación.

Métodos: Estudio cualitativo en el que se han realizado 6 grupos de discusión compuestos por diferentes profesionales sociosanitarios (médicos, matronas, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos/sexólogos) de centros de atención primaria y hospitales públicos de la provincia de Alicante y Valencia. Las variables estructurales que se tuvieron en cuenta en la elección de los participantes fueron: el sexo, la profesión, la antigüedad profesional y las características de la población que atienden. Los grupos de discusión fueron conducidos por un moderador con formación específica en el tema, en base a un guión. Las conversaciones fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas. Se realizó un análisis de contenido del discurso.

Resultados: Los profesionales indican que la disponibilidad de un protocolo sociosanitario frente a la VC/VF será de gran utilidad para guiar su atención. Consideran que no debe plantearse como un cribado universal, sino de forma selectiva ante un perfil de riesgo. El instrumento de detección debe ser corto y validado. Destacan como factores favorecedores la implicación de todo el equipo sociosanitario en la detección, la existencia de un referente experto en VC/VF en el ámbito sanitario y la mejora de la comunicación entre los distintos niveles asistenciales que asegure un seguimiento adecuado de los casos, así como la formación específica del personal sanitario en habilidades para el abordaje de la VC/VF. Las principales barreras identificadas han sido la escasez de tiempo en la práctica diaria, la falta de sensibilización de algunos profesionales, la carencia de recursos específicos para la atención de la VC/VF y las dificultades en la coordinación intersectorial. En los municipios pequeños la limitación de recursos y la garantía de la confidencialidad pueden dificultar la atención. Las diferencias culturales y las barreras en el idioma son problemas añadidos en la atención a mujeres extranjeras.

Conclusiones: La disponibilidad de un protocolo sociosanitario frente a la VC/VF que incorpore las opiniones del personal implicado en la detección y atención de los casos, contribuirá a superar las barreras identificadas y favorecerá el éxito de su implantación.

Financiación: Trabajo parcialmente financiado por una ayuda de investigación del Instituto de Salud Carlos III (PI061565).

VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LA MUJER Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO

B. Zorrilla, L. Lasheras, M. Pires, N. Mata, L. Díez, A. Gandarillas, I. Galán, M. Martínez, E. Gil

Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública. D.G. de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.; Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. D.G. de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Una de las estrategias de la violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) tiene por objeto aislar a la mujer de su entorno social y familiar. La falta de apoyo social se incluye entre los factores descritos que frenan el abandono de relaciones violentas. Además, las víctimas de malos tratos que buscan ayuda lo hacen principalmente en miembros de la familia y amigos. Objetivo: Estimar la asociación del apoyo social autopercebido con la VPM y su gravedad.

Métodos: La población objeto de estudio está formada por las mujeres de 18 a 70 años con una relación de pareja actual o con una expareja con la que se ha tenido contacto el último año. Se llevó a cabo una entrevista telefónica a través de un sistema CATI. La VPM en el último año se establece en función de las respuestas al cuestionario ENVEFF (abuso/violencia psicológica) y la CTS-1 (escala física). La gravedad de la violencia se establece en función de 4 criterios y establece como muy graves las situaciones de acumulación de actos de violencia. Para la valoración del apoyo afectivo y confidencial percibido, se ha utilizado el cuestionario Duke. Se considera apoyo social funcional bajo cuando la puntuación global obtenida es inferior al p15 de la distribución en todas las mujeres encuestadas, que corresponde a una puntuación menor de 27. Para valorar la asociación se han estimado las odds ratio (OR) para los casos de VPM y según la gravedad de la violencia, ajustadas por edad, estado civil y morbilidad percibida.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 73%. Cumplían los criterios de inclusión 2136 mujeres. Habían sufrido algún tipo de violencia el 10,1% (IC95%: 8,9-11,5); Las mujeres que sufren VPM presentan una OR de apoyo social percibido bajo de 4,1 (2,9-5,7) frente a las que no la sufren. La OR de apoyo social bajo se duplica según aumenta la gravedad de la violencia, pasando de 2,8 (1,8-4,5) a 4,7 (2,7-8,2) y 9,9 (4,9-20,0) según presenten respectivamente uno, dos o tres criterios de gravedad de la violencia sufrida, respecto a los no casos. La OR según gravedad presenta una tendencia lineal estadísticamente significativa.

Conclusiones: La percepción de apoyo social bajo se asocia fuertemente a la violencia de pareja hacia la mujer y de forma creciente según aumenta la gravedad de la misma. Esta asociación refleja el enorme impacto de la violencia en las relaciones sociales de las mujeres. Se deben reforzar estrategias de apoyo para las víctimas que tengan en cuenta su situación de bajo nivel de apoyo social.

DESIGUALDADES DE GÉNERO Y LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE IGUALDAD

G. Pérez, M. Rodríguez-Sanz, E. Santamaría, C. Borrell
Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: El concepto de género incluye todos aquellos factores asociados a las diferentes formas de socialización de hombres y de mujeres que determinan las expectativas sociales y laborales. El objetivo es describir las desigualdades de género en el ámbito laboral y social, y de la salud pública, que pueden afectar la formulación de políticas de igualdad.

Métodos: Estudio de revisión no sistemático de fuentes de información oficiales: la Encuesta de Población Activa, de Estructura Salarial, de Profesionales Sanitarios y de Salud, y la estadística de la Enseñanza Universitaria (INE); la Encuesta de Usos del Tiempo (Instituto de la mujer) y Datos del Fichero de altos cargos (FICESA). Además, se realizó una revisión no sistemática de artículos publicados en los últimos cinco años por autores/as españolas que relacionaran género y producción científica.

Resultados: La tasa de actividad femenina es del 43% frente al 65% de los hombres. Las mujeres tienen empleos más precarios (el 78% de los contratos de tiempo parcial), puestos menos cualificados (segregación vertical) y ocupaciones centradas en pocos sectores de actividad económica (segregación horizontal). A igualdad de responsabilidad y competencia, los sueldos de las mujeres son más bajos (brecha salarial del salario bruto entre hombres y mujeres del 29%). El número de licenciadas iguala al de los hombres, aunque a medida que se asciende en la estructura jerárquica la proporción de mujeres desciende. Las catedráticas son el 13,6%, las profesoras titulares el 36%, las doctoradas el 33% y el 36% del personal investigador son mujeres, aunque aparecen menos como primeras firmantes de artículos científicos y están menos representadas en los comités editoriales (en menos del 50% de las revistas el comité editorial es paritario). Las mujeres dedican más horas a los trabajos domésticos y son las que se encargan del cuidado de las personas dependientes (hijos, personas mayores, enfermos y personas discapacitadas), siendo el 99% de las jornadas parciales por obligaciones familiares de mujeres. Todo ello coexiste con un alto número de mujeres que trabajan como amas de casa y que son dependientes económicamente de sus parejas.

Conclusiones: La aparición de la Ley orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, es una oportunidad para identificar las desigualdades de género y para reducirlas. La publicación de la Ley tiene por objeto hacer efectivo el derecho a la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres. Es de especial interés para los profesionales de la salud pública dos de sus artículos: el 20 que formula la adecuación de las estadísticas y estudios, y el 27 donde se indican cuales serán los criterios para la integración del principio de igualdad en la política de salud.

LA SALUD DE LAS MUJERES: ¿EXISTEN DIFERENCIAS SEGÚN LA SITUACIÓN LABORAL?

V. Escrivà Agüir, L. Artzocoz, I. Cortès

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

Antecedentes/objetivos: Los objetivos de este estudio son a) comparar el estado de salud de las mujeres de 25 a 64 de la Comunidad Valenciana y b) valorar si existe un efecto diferencial según la situación laboral del apoyo social y carga de trabajo doméstico sobre su salud.

Métodos: Los datos proceden de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana de 2005-06. 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 = 635 y n = 590, respectivamente). Las variables respuestas fueron: a) la autopercepción del estado de salud y b) el bienestar psicológico. La autopercepción del estado de salud fue categorizada como bueno (muy bueno o bueno) y malo (regular, malo o muy malo). El bienestar psicológico fue valorado por el GHQ-12. Las variables explicativas fueron: a) apoyo social confidencial y afectivo y carga de trabajo doméstico (personas mayores de 74 años a cargo y cuidado de hijos de menos de 15 años). Se ajustaron modelos de regresión logística multivariados segmentados por la situación laboral (ocupadas y amas de casa) ajustando por la edad, el país de origen y el nivel de estudios.

Resultados: La probabilidad de presentar mala autopercepción del estado de salud es mayor en las mujeres amas de casa (OR: 1,41 IC95% = 1,01-1,98). No se evidencian diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de presentar distrés psicológico entre las mujeres ocupadas y amas de casa. Tanto en las mujeres ocupadas como en las amas de casa, el bajo apoyo afectivo aumenta la probabilidad de percibir el estado de salud como malo (OR: 2,85; IC95% = 1,27-6,42 en ocupadas y OR: 2,07; IC95% = 1,01-4,26, en amas de casa) y distrés psicológico (OR: 4,37; IC95% = 2,17-8,79 en ocupadas y OR: 1,86; IC95% = 0,87-3,98 en amas de casa). El bajo apoyo confidencial aumenta la probabilidad de distrés psicológico en mujeres ocupadas (OR: 2,77; IC95% = 1,36-5,64); en las mujeres amas de casa se aprecia la misma tendencia. El cuidado de personas mayores de 74 años empeora la autopercepción del estado de salud en mujeres ocupadas (OR: 2,94; IC95% = 1,19-7,21) y el distrés psicológico en amas de casa (OR: 2,56; IC95% = 1,12-5,85). No se evidencia una asociación entre el cuidado de hijos menores de 15 años y los dos indicadores de salud considerados.

Conclusiones: La falta de apoyo afectivo se asocia con peor salud autopercebida y distrés psicológico en las mujeres ocupadas y las amas de casa. Se aprecia un efecto diferencial, según la situación laboral, del impacto del cuidado de personas mayores sobre la autopercepción del estado de salud y el distrés psicológico.

Financiación: Trabajo financiado parcialmente por el CIBER de Epidemiología y Salud Pública (C03/09).

PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS A LA VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES

L. Lasheras Lozano, E. Pérez Alonso, M. Pires Alcaide, B. Zorrilla Torras, L. Seoane Pascual, C. Morant Ginestar, L.M. Sánchez Gómez, R. Aguirre Martín-Gil

Instituto de Salud Pública (DGSPA). Agencia Lain Entralgo. Oficina Regional de Salud Mental. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: La violencia proveniente de una pareja o ex pareja (VPM) es la forma más frecuente de violencia hacia las mujeres en nuestro medio y tiene un gran impacto sobre la salud y el sistema Sanitario. La Organización Mundial de la Salud declaró esta violencia como problema de Salud Pública y su afrontamiento una prioridad. Profundizar en su conocimiento e identificar los efectos asociados con la salud, permitirá adecuar la intervención desde los servicios sanitarios para atender tales problemas y mejorar la salud y la calidad de vida de estas mujeres. El objetivo de esta investigación fue estimar la asociación entre la VPM y los problemas de salud y utilización de servicios sanitarios por las mujeres sometidas a un proceso de violencia por su pareja.

Métodos: La población de estudio está formada por las mujeres de 18 a 70 años con una relación de pareja actual o en el último año o una expareja con la que ha existido contacto en ese mismo periodo. Se realizó una entrevista telefónica mediante un sistema CATI. El cuestionario para la detección de casos, previamente validado, consta de varios módulos, que incluyen la encuesta ENVEFF y la CTS-1. Para valorar la asociación se han obtenido las OR y su IC, según exista o no VPM, ajustadas por edad, nivel de estudios, ocupación y tener a cargo personas mayores.

Resultados: La tasa de respuesta fue de 73%. Tamaño muestral 2136 mujeres. El 10,1% de las mujeres encuestadas sufrió violencia en el último año. Existe una asociación significativa entre el hecho de sufrir violencia y presentar peor autopercepción de salud: OR 2,07 (IC 1,50-2,86), sufrir accidentes: OR 2,22, (IC 1,34-3,67), tener menor apoyo social: OR 4,23 (IC 2,92-6,26), acusar falta de descanso: OR 1,94 (IC 1,43-2,64), padecer 2 o más enfermedades crónicas: OR 1,84, (IC 1,21-2,79), sufrir depresión: OR 3,28 (2,21-4,88), padecer fibromialgia: OR 3,24 (IC 1,37-7,66), realizar alta frecuentación a consultas de medicina general: OR 2,45 (IC 1,67-3,59), así como mayor uso de medicamentos: OR 2,17 (1,38-3,39).

Conclusiones: Las mujeres que sufren VPM tienen alta prevalencia de problemas de salud y utilizan con más frecuencia los servicios sanitarios. La intervención requiere un enfoque interdisciplinario. Dada la comorbilidad que refieren estas mujeres, el sistema sanitario es un lugar idóneo para la detección precoz y la intervención, y puede contribuir a evitar la cronificación del proceso y por tanto la severidad de las secuelas.

Financiación: Instituto de Salud Pública (DGSPA) y Agencia Lain Entralgo. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA RELACIÓN ENTRE LA SITUACIÓN LABORAL Y LA SALUD EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO: LA IMPORTANCIA DEL REPARTO DEL TRABAJO DOMÉSTICO

U. Martín, A. Bacigalupe

Universidad del País Vasco.

Antecedentes/objetivos: A pesar de que el trabajo remunerado ha mostrado ser un elemento protector de la salud, el beneficio de éste puede desaparecer cuando, además, se debe asumir la realización de la práctica totalidad de las tareas domésticas. El objetivo de esta comunicación es analizar el impacto desigual que en hombres y mujeres de la CAPV tiene el trabajo remunerado, determinando la importancia que el reparto del trabajo doméstico juega en esa relación.

Métodos: Estudio observacional y transversal a partir de los datos de la Encuesta de Salud de la CAPV 2002. En primer lugar, se estudió la asociación entre el trabajo remunerado y la salud en hombres y mujeres de 25 a 64 años de la CAPV. En segundo lugar, se seleccionó a las mujeres que convivían en pareja (n = 1.781) en las que se evaluó el efecto del reparto del trabajo doméstico (igualitario, muy desigual y desigual) en dicha relación. Como variables resultado se utilizaron la autovaloración de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36). Se calcularon razones de prevalencia (RP) mediante análisis de regresión log-binomiales, ajustados por edad, clase social, falta de apoyo social y presencia en el hogar de un mayor de 65 años no dependiente. En el caso de las dimensiones del SF-36, se calcularon las puntuaciones medias ajustadas por edad mediante análisis de la covarianza. Los análisis se realizaron también segmentados por clase social (manual y no manual).

Resultados: El efecto protector del trabajo remunerado fue claro en hombres pero no en mujeres. En éstas el efecto protector del trabajo remunerado se observó únicamente entre las que convivían en un hogar con un reparto igualitario del trabajo doméstico. Así, la mala salud percibida fue más probable en trabajadoras con distribución muy desigual (RP 1,54; IC95% 1,18-2,02) y en amas de casa (RP 1,31; IC95% 1,08-1,58) respecto a las trabajadoras con reparto de tareas igualitario. Las medias de las dimensiones del SF-36 también fueron inferiores para las trabajadoras con una distribución de tareas muy desigual, a excepción del rol emocional. Los resultados se mantuvieron ajustando por el resto de variables y en ambas clases sociales.

Conclusiones: Diversos estudios han mostrado el efecto beneficioso sobre la salud del trabajo remunerado. En las mujeres, sin embargo, tal beneficio viene determinado por la distribución del trabajo doméstico entre los miembros de la pareja. Tener un trabajo remunerado es menos beneficioso para la salud que ser ama de casa cuando la distribución de tareas del hogar con la pareja es muy desigual. Esta relación no se ve afectada por la clase social si bien las de clase manual sufren en mayor medida una distribución desigual del trabajo doméstico.

Financiación: Ararteko.

LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS POR VIOLENCIA DE PAREJA. ¿TODAS LAS VÍCTIMAS DEMANDAN LO MISMO?

C. Natal Ramos, E. Muslera Canclini

Unidad de Análisis y Programas. SESPA.

Antecedentes/objetivos: La violencia de pareja es un importante problema de salud pública que afecta a mujeres de cualquier edad, grupo social, económico, religioso o cultural. Sin embargo, aunque no están descritos factores de riesgo para sufrir este tipo de violencia, consideramos que tiene interés el estudio de las características sociodemográficas de las mujeres que demandan asistencia sanitaria por violencia de pareja, con el fin de orientar adecuadamente los servicios sanitarios. Aunque existen numerosas aproximaciones, la frecuencia con la que las mujeres que sufren violencia de pareja utilizan los servicios sanitarios por este problema no es bien conocida, ya que la demanda no siempre es explícita. Objetivo: analizar la demanda de atención sanitaria por violencia de pareja según la edad de la víctima.

Métodos: La fuente de información es el registro de atención sanitaria en violencia contra las mujeres (VIMPA), que recoge los datos del informe médico al Juzgado por violencia contra las mujeres. El periodo de análisis incluye los años 2005 y 2006 y las variables analizadas son edad de la víctima, nivel de atención, tipo de maltrato, episodios anteriores de maltrato, personas que acompañan a la víctima y derivaciones realizadas.

Resultados: Durante el periodo de estudio se registraron 1238 informes médicos al juzgado por violencia contra las mujeres, de ellos 999 (80,7%) fueron debidos a violencia de pareja. El grupo de edad con más declaraciones fue el de 20 a 29 años (4,00 por mil mujeres), prácticamente las mismas para el de 30 a 39 años (3,93 por mil), los siguientes grupos por orden de frecuencia son 40 a 49 años (2,38 por mil), menores de 20 años (2,13 por mil), 50 a 59 años (1,17 por mil), 60 a 69 años (0,45 por mil) y 70 y más años (0,16 por mil). La frecuencia de utilización de los servicios de atención especializada es mayor a medida que disminuye la edad de la víctima, y es más frecuente que lo hagan acompañadas por agentes del orden. No se encuentran diferencias en relación con la edad en las derivaciones realizadas a Trabajo social y Centros Asesores de la Mujer.

Conclusiones: Aunque la edad de la víctima de violencia de pareja influye en la utilización de los servicios sanitarios por este problema no ocurre lo mismo con la respuesta de estos, que no se modifica ni con la edad de la mujer ni con el resto de las características de la demanda estudiadas.

PROPUESTA DE INCLUSIÓN DE NUEVAS VARIABLES EN LAS ENCUESTAS DE SALUD COMO DETERMINANTES DE SALUD DE LAS MUJERES

I. Peña-Rey, N. Pérez-Farinós, B. Alonso

Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, MSC; Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia.

Antecedentes/objetivos: La Enquisa de Saúde Social e Sanitaria ás mulleres, Galicia, 2000, incorpora preguntas sobre la presencia de problemas graves en el contexto familiar y a qué profesionales tanto en el ámbito sanitario como social se dirige la solicitud de ayuda. Es una novedad en las encuestas de salud por su componente social. El objetivo es dar el perfil de la mujer encuestada y analizar cuales de estos problemas se asocian con una peor salud auto percibida, describir el perfil de las afectadas y conocer los destinatarios de la búsqueda de ayuda, para identificar nuevas variables que puedan dar información complementaria de la salud de las mujeres.

Métodos: Estudio transversal 3333 mujeres gallegas mayores de 15 años. Cuestionario con 65 preguntas sobre perfil sociodemográfico, estilos de vida y uso de servicios. 11 preguntas sobre problemas graves en 5 años anteriores: falta de trabajo propio o de un familiar, problemas familiares, económicos, malos tratos, minusvalías, vivienda y soledad. Se estudia la relación de la salud auto percibida, categorizada en buena/muy buena salud o regular/mala/muy mala, con el resto de variables a través de la prueba de la ji-cuadrado.

Resultados: El 56% de las mujeres gallegas dicen tener buen estado de salud. Perfil de las encuestadas: 50% entre 15 y 44 años de edad, 63,5% casadas, 28% sin estudios y 28% con estudios primarios; 45,4% vivían en el medio rural, el 92,8% vivían acompañadas. 719 mujeres tuvieron alguno de los problemas graves y tres de ellos están significativamente asociados ($p < 0,05$) con mala salud percibida. Las que tienen "minusvalía propia" (3,9%) y "minusvalía de un familiar" (4,9%) son mayores de 65 años, sin estudios y casadas; solicitan ayuda en servicios sanitarios de Atención Primaria (AP) (69 y 52% respectivamente). Los problemas de "soledad" (3,7%) afectan a mujeres de edad media y mayores, sin estudios, no casadas, 50% viven en medio rural; el 30% buscaron ayuda, el 69,5% de ellas en servicios sanitarios de AP.

Conclusiones: Se caracterizan nuevos problemas asociados a la salud: la presencia de problemas graves en el contexto familiar determina parte de la mala salud auto percibida por las mujeres gallegas. Y se pone de manifiesto el uso de servicios sanitarios para cuestiones no sanitarias, esto podría ayudar a explicar la mayor frecuentación femenina a los servicios sanitarios de AP. Se plantea el interés de incorporar este tipo de variables en las encuestas como determinantes de salud, al menos de las mujeres; para poder conocer posteriormente si existen diferencias de género en la respuesta ante las mismas, tanto en la percepción de la salud como en la búsqueda de ayuda.

COMUNICACIONES ORALESJueves, 18 de octubre de 2007
15:30 a 17:30**Estilos de vida***Moderador: Juan Laguna Sorinas
Consejería de Salud. Junta de Andalucía***DETERMINANTES DE LA SALUD AUTO-PERCIBIDA EN MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN EN ESPAÑA**

M.A. Rodríguez Arenas, P. Estébanez Estébanez, J. del Amo Valero

Centro de Salud Pública de Denia, Comunidad Valenciana; Médicos del Mundo; Centro Nacional de Epidemiología, IS Carlos III.

Antecedentes/objetivos: Las mujeres que ejercen la prostitución presentan una especial vulnerabilidad social y sanitaria, basada en los riesgos sanitarios de su actividad y también a causa de la exclusión social y otras razones socio-económicas, raciales, antropológicas e individuales, que provocan inequidad en salud y cuya implicación sobre la salud auto-percibida no había sido estudiada. En este trabajo se estima la salud auto-percibida y sus determinantes, según la región de origen de estas mujeres.

Métodos: Se estudiaron 994 mujeres de 18 y más años que acudieron o fueron captadas por los centros, servicios y consultas participantes en toda España, entre enero de 2000 y julio de 2001, utilizando un 994 cuestionario semiestructurado. Para cada variable independiente se calculó el odds ratio (OR) y su correspondiente intervalo de confianza al 95% y, después, se construyeron modelos de regresión logística, siguiendo una estructura lógica y jerárquica. Los modelos de regresión fueron comparados probando las mejoras en el valor del estimador $-2 \log$ likelihood con un test χ^2 .

Resultados: Las mujeres prostituidas españolas no inyectoras, apenas presentan diferencias en su auto-percepción de salud con las mujeres de la población general de su misma edad, mientras que las inyectoras declaran percibir peor su salud. La violencia perpetrada por la pareja ha aparecido como riesgo en todos los grupos. También el consumo de drogas aparece como condicionante de mala salud subjetiva en tres de los cuatro grupos (ya que las mujeres de África subsahariana no tienen antecedentes de consumo de drogas). El consumo de alcohol actúa como protector en mujeres españolas y como riesgo en latinoamericanas y subsaharianas. También actúan como riesgo en españolas no UDI y latinoamericanas haber tenido una pareja UDI o VIH positiva. Un mayor nivel de estudios actúa como riesgo en latinoamericanas y como protector en subsaharianas. En estas últimas, una edad más temprana de inicio en la prostitución supone un mayor riesgo de mala auto-percepción de salud.

Conclusiones: Los servicios sanitarios que suelen atender a mujeres prostituidas deberían adoptar una perspectiva más integral de la salud, que abarcara la prevención del uso de drogas, la salud mental y el abordaje de las situaciones de violencia, desde su identificación y manejo, al tratamiento de sus consecuencias. Estos servicios deberían contar siempre con apoyo de unidades de asesoría legal. A nivel social y político debería trabajarse en una mayor sensibilización del sistema judicial, que implicara una actuación rotunda y eficaz contra quienes vulneran los derechos de estas mujeres.

*Financiación: FIPSE 2065/99.***HEPATITIS A EN JÓVENES USUARIOS DE HEROÍNA ESPAÑOLES. PREVALENCIA, FACTORES ASOCIADOS Y NECESIDADES DE INTERVENCIÓN**

F. Vallejo, F.J. Luquero, C. Toro, V. Jiménez, L. de la Fuente, E. Sánchez, Y. Castellano, M.J. Bravo

CN Epidemiología (ISCIII); H. Carlos III; Agencia de Salud Pública Barcelona.

Antecedentes/objetivos: La prevalencia de infección por VIH y por virus hepatotrópicos (VHB y VHC fundamentalmente) en los consumidores de heroína, así como los factores modificadores del riesgo de infección han sido ampliamente estudiados. Sin embargo, son escasísimos los estudios sobre el virus de la hepatitis A (VHA), desconociéndose si en los jóvenes consumidores españoles de esta sustancia se ha producido el notabilísimo descenso de la prevalencia detectado en la población general de su misma edad. Este estudio pretende determinar la prevalencia de infección de VHA en usuarios de heroína en España y los factores de riesgo asociados a un mayor riesgo de infección.

Métodos: Estudio transversal de entrada a una cohorte con 953 jóvenes consumidores regulares y actuales de heroína, de las ciudades de Barcelona (358), Madrid (415) y Sevilla (180), reclutados exclusivamente fuera de los servicios de tratamiento por métodos de referencia en cadena. Entrevista cara a cara asistida por ordenador con un cuestionario mayoritariamente estructurado y toma de muestra en papel secante. Como marcador de infección se utilizó el anti-VHA detectado por Elisa. Para el análisis estadístico se emplearon métodos bivariados y de regresión logística.

Resultados: La prevalencia de infección por el VHA fue de 35,5%, sin diferencias significativas entre hombres (36,4%) y mujeres (33,1%) o inyectadores (36,3%) y no inyectadores (34%); significativamente más baja en Barcelona (26,5%) que en Madrid (41,0%) o Sevilla (40%) ($\chi^2 < 0,000$), y se incrementó con la edad, pasando de 17,7% en los de 18-20 años a 44,8% en el grupo de 27-30 ($\chi^2 < 0,000$). En el análisis de regresión logística la mayor prevalencia de VHA se encontró significativamente asociada con: no tener siquiera estudios primarios (OR = 7,4; IC95% = 3,4-15,9), no tener nacionalidad de la UE (OR = 3,2; IC95% = 1,5-6,6), no haber trabajado en los últimos 12 meses (OR = 1,53; IC95% = 1,1-2,11), vivir en Madrid (OR = 1,66; IC95% = 1,19-2,31) y tener de 27-30 años (OR = 2,92; IC95% = 1,54-5,51).

Conclusiones: La prevalencia de infección por VHA en los jóvenes consumidores de heroína es muy superior a la de la población general de su misma edad y sexo y se asocia fundamentalmente con variables de clase social baja y coinfección con otros virus. Esta situación obliga a: extremar la vigilancia epidemiológica (por el riesgo de aparición de brotes y por la mayor gravedad clínica en los coinfectados), utilizar vacunas combinadas frente VHA y VHB, y reformular y reforzar las estrategias de vacunación actualmente en marcha.

Financiación: Financiado por (Fipse 36253/01); Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CB06/02/051).

PREVALENCIA DE SEDENTARISMO Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN DE GIRONA EN EL PERIODO 1995-2005

A. Redondo, R. Elosúa

Unidad de lípidos y Epidemiología Cardiovascular. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Barcelona; Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB.

Antecedentes/objetivos: La actividad física (AF) es un elemento importante en la prevención de enfermedades crónicas prevalentes en la población. En España existen pocos estudios sobre la práctica de AF a nivel poblacional. Objetivos: Estimar la prevalencia de sedentarismo, la distribución de la práctica de AF, la tendencia de la prevalencia de sedentarismo en el periodo 1995-2005 y conocer las variables asociadas a la práctica de AF en la población de 25 a 74 años de Girona.

Métodos: Análisis combinado de datos de tres estudios transversales (1995, 2000, 2005) independientes con muestras aleatorizadas de la población de 25-74 años de Girona. La AF se recogió mediante el cuestionario de Minnesota. Las otras variables de interés mediante cuestionarios estandarizados. Se utilizaron dos definiciones de sedentarismo: gasto energético en AF < 1000 kilocalorías/semana; y, realización de menos de 30 minutos/día de AF de intensidad moderada. Se estimó la prevalencia de sedentarismo y su intervalo de confianza del 95%, la distribución de la práctica de AF mediante el cálculo de percentiles, y se utilizó la regresión logística para determinar las variables asociadas al sedentarismo, incorporando el efecto periodo, periodo-edad y periodo-edad-sexo para analizar la tendencia en el periodo 1995-2005.

Resultados: Se incluyeron un total de 10.264 participantes. La prevalencia de sedentarismo en la población fue 33,6% (IC95%: 32,7-34,65) y 54,2% (IC95%: 53,2-55,1) cuando se utilizó la primera o segunda definición, respectivamente. La prevalencia de sedentarismo fue mayor en las mujeres y en el grupo de edad de 45 a 54 años. En los hombres se observa que a partir de los 50-55 años aumenta la práctica de AF a expensas de una mayor práctica de AF de intensidad ligera y moderada. En las mujeres, se observa un aumento en la práctica de AF ligera a partir de los 50 años. Las variables que se asocian con el sedentarismo son el sexo femenino, la edad, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la residencia rural, el nivel bajo de estudios y el antecedente de hipertensión y diabetes (inversamente). En el análisis de tendencias se observa una disminución de la prevalencia de sedentarismo en el año 2005, explicado por un aumento de la práctica de AF de las mujeres de 45-74 años.

Conclusiones: La prevalencia de sedentarismo en la población de Girona aunque está disminuyendo, especialmente en mujeres mayores de 45 años, continúa siendo elevada. Las campañas de promoción de la práctica de AF deben dirigirse especialmente a mujeres, fumadores, poblaciones con menos de 10.000 habitantes, personas con bajo nivel de estudios y a personas entre 35-54 años.

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOSA. Moncada, A. Schiaffino, E. Basart, M. López, J. Martín
IMSABS. Ajuntament de Terrassa.

Antecedentes/objetivos: Analizar la evolución del consumo de drogas ilegales (cannabis, cocaína, estimulantes, éxtasis y ácidos) de los adolescentes escolarizados de la ciudad de Terrassa.

Métodos: Desde el año 1993 hasta el 2006 y de manera bial se ha realizado un estudio transversal para conocer los hábitos de salud de los adolescentes de Terrassa (municipio de 204.000 habitantes cercano a Barcelona). En todos los años se seleccionó una muestra representativa de los alumnos entre 14 y 18 años ($n = 1340$), a los cuales se les administró el mismo cuestionario diseñado ad hoc. Para cada año se ha calculado la prevalencia de consumo alguna vez en la vida y su correspondiente intervalo al 95% de confianza (IC95%) de cada una de las drogas ilegales (cannabis (CA), cocaína (CO), estimulantes (ES), éxtasis (EX) y ácidos (AC)). Para detectar cambios en las tendencias de las prevalencias a largo del tiempo, se ha utilizado la regresión Joinpoint. Para cada tramo de cambio detectado, se ha calculado el porcentaje de cambio anual (PCA) así como su significación estadística. Todos los análisis se han realizado para el conjunto de la muestra, y también según sexo y edad (14, 15-16, 17-18).

Resultados: El consumo de CA ha pasado del 23% (IC95%: 20,3-25,6) en 1993 al 49,2% (46,3-52,1) en 2006. El de CO ha pasado del 2,0% (IC95%: 1,1-2,9) en 1993 al 4,8% (3,6-6,0) en 2006. El de ES ha pasado del 4,1% (IC95%: 2,9-5,3) en 1993 al 2,9% (1,9-3,9) en 2006. El de EX ha pasado del 5,4% (IC95%: 4,2-6,6) en 1997 al 4,4% (3,2-5,6) en 2006. El consumo de AC ha pasado del 4,4% (IC95%: 3,1-5,6) en 1993 al 1,6% (0,9-2,3) en 2006. En el consumo de CA y de CO se detecta un cambio de tendencia en el año 1999 (CA: PCA hasta 1999 14,9% $p < 0,05$ y PCA después de 1,3% $p = 0,215$; CO: PCA hasta 1999 40,5% $p < 0,02$ y PCA después de -9,32% $p = 0,08$). En las otras drogas, se observa una disminución progresiva de la prevalencia. Los chicos declaran consumir más que las chicas en todas las drogas, aunque a medida que avanzan los años las prevalencias se van equiparando. A más edad se observa más consumo de drogas y diferentes patrones de tendencias: los alumnos de 14 años presentan un consumo estable, los de 15-16 tienden a aumentar moderadamente a lo largo de los años, mientras que en los más mayores se observa un cambio de patrón en 1999 (sobretudo en CA y CO).

Conclusiones: El consumo de cannabis y cocaína ha aumentado de forma importante entre 1993 y 1999 especialmente en las chicas y en los mayores de 16 años. Posteriormente el cannabis continúa presentando una tendencia al alza, mientras que la cocaína tiende a disminuir. En el resto de drogas estudiadas no se han observado cambios de tendencia significativos. Las intervenciones preventivas deberían incorporar de forma específica el consumo de cannabis, y de forma más selectiva el de cocaína.

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y DE CANNABIS EN UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO EN ESCOLARES.

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

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: Estudios recientes han puesto en cuestión la teoría de la escalada, según la cual el consumo de tabaco precedería el consumo de otras sustancias adictivas como el cannabis. El objetivo de este estudio es analizar la influencia del consumo de tabaco sobre el inicio del consumo de cannabis y viceversa en el seguimiento al año de una muestra de escolares.

Métodos: En el primer trimestre de 2005 se administró un cuestionario a una cohorte de 1815 escolares de 3º ESO de 47 escuelas de Barcelona, en el que se incluyeron variables para el estudio específico del consumo de tabaco y cannabis. El cuestionario se administró nuevamente a los mismos alumnos durante el segundo trimestre de 2006, cuando cursaban 4º ESO. La creación de un código confidencial para cada alumno permitió aparear los cuestionarios realizados con un año de diferencia. Se calcularon las prevalencias de consumo por tipo de droga y sexo. Se determinó la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95% mediante un modelo de regresión logística para estimar el riesgo que supone ser fumador en el inicio del consumo de cannabis.

Resultados: De los 1327 adolescentes emparejados el 51% eran chicas y el 49% chicos. Las chicas presentaron un mayor consumo de tabaco que los chicos (58,8% vs 44,4%, $p < 0,05$). Respecto al consumo de cannabis no se encontraron diferencias significativas entre chicas y chicos (31,6% vs 28,3%). Del total de la muestra, el 47,5% (630) no había consumido ninguna de las drogas en el momento de la primera encuesta, el 22,5% (299) sólo tabaco, el 0,8% (11) sólo cannabis y el 29,2% (387) ambas. De los 630 no consumidores, el 30,0% pasó a consumir tabaco al año siguiente y el 12,4% a consumir cannabis. Un 88,5% de los que empezaron a consumir cannabis iniciaron también el consumo de tabaco. De los 299 jóvenes que sólo habían consumido tabaco previamente, el 46,2% había consumido cannabis un año después, de los cuales el 70,0% eran fumadores regulares de tabaco (al menos 1 vez a la semana) y el 44,6% ocasionales (menos de 1 vez a la semana). De los 11 adolescentes que sólo habían experimentado con cannabis, el 72,7% pasó a consumir también tabaco al año. El consumo previo de tabaco se asoció a una mayor probabilidad de consumir cannabis al año (OR = 16,3; IC95% = 12,3-21,6).

Conclusiones: La iniciación en el consumo de cannabis sin haber consumido previamente tabaco es todavía muy poco frecuente en nuestro contexto. A pesar de ello, de los adolescentes que consumen inicialmente cannabis la mayor parte pasa también a consumir tabaco en el plazo de un año. Actualmente, el consumo de tabaco sigue siendo un factor predictivo del consumo de cannabis al año en los jóvenes de nuestro medio, de acuerdo con la teoría de la escalada.

Financiación: Plan Nacional de Drogas (2005) y Fundació Viure i Conviure de Caixa Catalunya.

BROTE DE DERMATITIS DE CONTACTO POR TATUAJE CON HENNA

J. Laguna, M.A. Rubín, I. Marín, M.M. Mochón

Delegación Salud; Distrito Nordeste.

Antecedentes/objetivos: Los tatuajes temporales realizados con henna son cada día más populares. La henna, producto natural ampliamente utilizado en el norte de África y en Asia, raramente produce dermatitis de contacto. La potenciación de su color con algunos aditivos, como la para-fenilendiamina (PPD), es causa conocida de dermatitis de contacto. Presentamos un brote de dermatitis de contacto provocado por el uso de "henna negra" en tatuajes temporales en jóvenes en un "Taller" de la Caseta Municipal de las fiestas de una localidad.

Métodos: Se describen los casos en relación con las variables de tiempo, lugar y persona. Se describen las medidas preventivas adoptadas y los resultados de las pruebas realizadas en los pacientes y en las muestras de henna negra implicadas en el brote.

Resultados: Durante 3 días se realizaron tatuajes temporales con henna negra en unos 130 jóvenes. 7 de ellos acudieron de forma espontánea a su médico por presentar síntomas cutáneos en la zona del tatuaje. En la consulta específica establecida para la intervención en el brote, un dermatólogo identificó un total de 28 casos de eczema agudo irritativo de contacto en jóvenes, con un rango entre 5 y 17 años, con antecedente de tatuaje temporal en la Caseta Municipal. Los síntomas aparecieron en un rango de 1 hora a 7 días. Se realizó tratamiento tópico. La difusión en prensa de los hechos provocó la declaración de 7 casos similares en distintas ciudades de Andalucía. Se realizaron pruebas epicutáneas, con una batería estándar, en 27 de los pacientes del brote, encontrándose sensibilización a PPD en 19 pacientes, a anestésicos locales en 6 y al PABA en 4. El mismo día en que se comunica la alerta se localizó una bolsa sin etiquetar de henna negra igual a la utilizada en los tatuajes y se identificó al proveedor. En la inspección realizada al proveedor se comprueba que el producto carece de autorización sanitaria y que había sido fabricado en Estados Unidos y comprado por Internet. Se procedió a la inmovilización cautelar de las bolsas existentes y se comunicaron los hechos a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que ordenó la prohibición de comercialización, prohibición de utilización y retirada del mercado de todos los lotes del producto. El Instituto Nacional del Consumo identificó, en las bolsas remitidas, la presencia de PPD y p-metilaminofenol sulfato, sustancias prohibidas en productos cosméticos que se aplican sobre la piel.

Conclusiones: Se ha identificado un brote de dermatitis de contacto en 28 niños con antecedentes de tatuaje temporal con un producto no autorizado en nuestro país, identificado como henna negra, que contenía PPD.

IMPACTO DEL CONSUMO REGULAR DE ALCOHOL Y DEL BINGE DRINKING SOBRE LA ACCIDENTABILIDAD Y LA SEGURIDAD VIAL

J.L. Valencia Martín, I. Galán Labaca, F. Rodríguez Artalejo

*Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).***Antecedentes/objetivos:** Examinar la asociación conjunta del consumo regular de alcohol y del consumo excesivo puntual (binge drinking) con el uso del cinturón de seguridad y del casco, la conducción bajo los efectos del alcohol y la accidentabilidad vial.**Métodos:** Encuesta telefónica a 12.037 personas, representativas de la población de 18 a 64 años no institucionalizada de la Comunidad de Madrid. Se define consumo regular de riesgo la ingesta de ≥ 40 g de alcohol puro/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres, siendo el consumo moderado entre 1-39 g y 1-23 g en hombres y mujeres; el binge drinking se define como la ingesta en alguna ocasión en los últimos 30 días de ≥ 80 g de alcohol en hombres y ≥ 60 g en mujeres. Las combinaciones de estas formas de consumo se resumieron en una sola variable independiente: no bebedores; bebedores regulares moderados; regulares moderados con binge drinking, regulares de riesgo, regulares de riesgo con binge drinking. Como variables de resultado, se estudiaron las conductas de riesgo vial en el último mes (uso del cinturón de seguridad en asientos delanteros y del casco en motocicleta; conducir en alguna ocasión después de haber bebido); y los accidentes de tráfico sufridos en el último año que requirieron asistencia sanitaria. Las asociaciones se resumieron con odds ratios (OR) ajustados por edad, sexo y nivel de estudios, obtenidos mediante regresión logística, tomando como grupo de referencia a los no bebedores, (salvo en "conducir bajo los efectos del alcohol", en que la referencia fue el consumo regular moderado).**Resultados:** El uso inadecuado del cinturón de seguridad fue mayor en los bebedores regulares moderados que en los no bebedores (OR 1,22), incrementándose en los regulares moderados con binge drinking (OR 1,68), en los regulares de riesgo (OR 1,79) y en los regulares de riesgo con binge drinking (OR 2,42) (p de tendencia lineal $p < 0,001$). Conducir bajo los efectos del alcohol mostró relaciones similares: en bebedores regulares moderados con binge drinking (OR 7,41), en regulares de riesgo (OR 7,46), y en regulares de riesgo con binge drinking (OR 15,36) (p de tendencia lineal $p < 0,001$). Respecto a los accidentes de tráfico y el uso inadecuado del casco, las asociaciones también fueron positivas con p de tendencia lineal de 0,042 y 0,106 respectivamente.**Conclusiones:** Tanto el binge drinking como el consumo regular (moderado y principalmente el de riesgo) se asocian a una mayor probabilidad de conductas de riesgo vial y accidentabilidad, que se incrementa al combinarse ambas formas de consumo.**MORTALIDAD ASOCIADA A LA INACTIVIDAD FÍSICA EN LAS ISLAS CANARIAS**

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

*Dirección General de Salud Pública (Gobierno de Canarias).***Antecedentes/objetivos:** En zonas geográficas desarrolladas, el impacto de las Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) sobre la mortalidad es notable. Estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la asociación directa entre la inactividad física (IF)-junto a una dieta inadecuada representan la segunda causa de mortalidad prevenible- y el desarrollo de estas enfermedades. El objetivo es calcular la contribución a la mortalidad de seis ECNT asociadas a la IF y estimar el número de muertes potencialmente prevenibles si se redujera la prevalencia de la IF en las Islas Canarias.**Métodos:** Las defunciones representan la media de fallecidos residentes en las Islas Canarias mayores de 45 años en el trienio 2002-04. Las ECNT, seleccionadas por su demostrada asociación directa con la IF, fueron: cáncer de mama y de colon, cardiopatías isquémicas (CI), enf. cerebrovasculares (EC), hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM). La mortalidad atribuible a la IF y la mortalidad prevenible asociada a reducciones del 30% en la prevalencia de IF se estimaron mediante el cálculo del riesgo atribuible poblacional (RAP): $RAP\% = [prevalencia (RR-1)] / [1+prevalencia (RR-1)]$ La prevalencia de IF se obtuvo de la Encuesta de Salud de Canarias 2004 (65% para el grupo de 45-64 años y 85% para los de 65 y más años de edad). Los riesgos relativos (RR) aplicados para cada causa son los propuestos por Katzmarzik PT y Janssen I, obtenidos de un resumen de RR cuantificados a nivel poblacional en varios estudios epidemiológicos prospectivos.**Resultados:** Las muertes por ECNT suponen el 33,69% de los 11145 fallecimientos ocurridos en el período estudiado. Dentro de las ECNT las mayores aportaciones la hacen las CI (44,93%), las ECV (22,42%) y la DM (14,82%). En la población mayor de 45 años, un 27,48% de la mortalidad por ECNT y un 9,26% de la mortalidad total pudiera ser atribuida a los efectos de la inactividad física. Las CI (449), ECV (278) y DM (162) son las causas que más muertes atribuibles a la IF aportan. Suponiendo una disminución del 30% en la prevalencia de IF, quedando en un 46% en el grupo de 45-64 y en un 59% en el de 65 y más años de edad, la mortalidad atribuible a las ECNT y a la mortalidad total sería del 21,08% y 7,10%, respectivamente, con una reducción del 2,16% y del 6,4% respecto a la prevalencia "real". Las ECV (7,37%), la DM (6,66%) y las CI (6,29%) serían las causas más beneficiadas por esa reducción.**Conclusiones:** Una elevada proporción de las muertes registradas en los residentes de las Islas Canarias en el trienio 2002-04 pueden ser atribuidas a los efectos de la IF. La puesta en marcha de estrategias de salud pública dirigidas a reducir la prevalencia de IF en la población adulta, pudiera disminuir progresivamente la carga de mortalidad por ECNT de manera significativa.**EVALUACIÓN DE PROCESO DE UN PROGRAMA ESCOLAR DE PREVENCIÓN DE TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO**

O. Juárez, M.S. Martínez-Ferrer, G. Intervención Estudio respir.net

*Agència de Salut Pública de Barcelona ; Institut Català d'Oncologia; Ajuntament de Terrassa; Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.***Antecedentes/objetivos:** Realizar la evaluación de proceso de un programa de prevención del tabaquismo activo y pasivo dirigida a niños/as de 1º de ESO (12-13 años) de Terrassa (Barcelona).**Métodos:** Se diseñó una intervención multinivel: individual (actividades en el aula, guía para profesorado, cuaderno para alumnado), familiar (actividades padres e hijos) y entorno escolar. La evaluación de proceso se realizó mediante autoinformes (profesorado, alumnado) y entrevistas grupales (profesorado, alumnado). Además se hizo un cuestionario autoadministrado (alumnado) de variables intermedias (conocimientos, creencias, etc. pre y post intervención).**Resultados:** El programa se inició en enero del 2007 con 828 alumnos (12 escuelas). Los resultados preliminares indican que el 86% de los profesores han realizado todas las actividades y el 96% afirma haber seguido las instrucciones. El promedio de duración de cada actividad fue de 58 minutos. Tras la valoración de cada actividad se puntuaron la consecución de los objetivos, la dinámica grupal y la motivación del alumnado con un promedio de 8 sobre 10. El 96% del profesorado valora muy positivamente los contenidos del programa y el 95% cree que son presentados de forma agradable. El 91% que la guía está bastante/muy bien y el 77% que el cuaderno para el alumnado está bastante/muy bien. El 100% afirma haber alcanzado los objetivos y puntúa su satisfacción global con 8 sobre 10. Valoran positivamente la colaboración con los padres y sugieren que los materiales para el alumnado sean más visuales y con un lenguaje más sencillo. Los alumnos identifican los objetivos del programa y su utilidad. El 75% piensa que las actividades están bastante o muy bien. Lo más valorado fue el role play y los materiales audiovisuales. Consideran mejorable la sesión informativa y sugieren actividades más dinámicas. Algunos alumnos perciben cambios en el consumo de tabaco de los padres tras la intervención. Los resultados preliminares del cuestionario de variables intermedias muestran mejoras no estadísticamente significativas del nivel de conocimientos, las creencias y las actitudes del alumnado tras la intervención.**Conclusiones:** El programa se ha llevado a cabo según las instrucciones y temporización previstos. Profesorado y alumnado valoran el formato, los contenidos y los objetivos positivamente. Las variables intermedias muestran una tendencia favorable a la intervención. Grupo Intervención Estudio respir.net: Olga Juárez, Ma Salut Martínez, Carles Ariza, Albert Moncada, Anna Schiaffino, M^a José López, Manel Nebot, Matilde López, Angeles de Antonio, Esteve Saltó.*Financiación: Financiación: Fundació La Marató de TV3 (Nº. 040830).*

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 18 de octubre de 2007
15:30 a 17:30

Metodología

Modera: *Javier García León*
Consejería de Salud. Junta de Andalucía

ANÁLISIS DE DATOS EN PRESENCIA DE RIESGOS COMPETITIVOS: DIFERENCIAS POR SEXO EN LA PROGRESIÓN A CADA ENFERMEDAD DEFINITORIA DE SIDA

I. Jarrin, R. Geskus, K. Bhaskaran, M. Prins, S. Pérez, L. Meyer, I. Hernández, R. Muga, J. Del Amo

UMH; Leiden University; MRC; EVES; H. Bicetre; Hospital Germans Trias i Pujol; Instituto Carlos III.

Antecedentes/objetivos: Analizar la evolución en el tiempo (antes y después de 1997) del efecto del sexo en la supervivencia, en la progresión a SIDA y en el riesgo de cada enfermedad definitoria de SIDA (primer evento) usando dos aproximaciones para el análisis de datos en presencia de riesgos competitivos.

Métodos: 6923 seroconvertidores (CASCADE) infectados por uso de drogas inyectadas y contacto heterosexual. Las diferencias por sexo en la progresión a SIDA y muerte se analizaron mediante modelos de Cox. Se estimó el efecto del sexo tanto en el hazard de causa específica (riesgo instantáneo) como en la incidencia acumulada de cada enfermedad definitoria de SIDA mediante modelos de Cox. En el modelo de causa específica, los individuos que desarrollan primero una enfermedad diferente a la de interés se censuran en la fecha del primer diagnóstico de SIDA. Sólo si las diferentes enfermedades son independientes, los hazards de causa específica son equivalentes a los hazards marginales modelizados en un análisis de supervivencia estándar. En presencia de riesgos competitivos, para estimar el efecto del sexo en la incidencia acumulada de cada enfermedad, los individuos que desarrollan una enfermedad diferente a la de interés no se censuran en la fecha del primer diagnóstico de SIDA permaneciendo a riesgo hasta su fecha de censura potencial. Se utilizaron dos diferentes fechas de censura potencial: fecha de fin de seguimiento y fecha de fin de período calendario (los individuos se censuran a 1/enero/1997 o a 1/enero/2007 en función de si han desarrollado el evento de SIDA competitivo antes o después de 1/enero/1997). Los modelos permiten entrada retardada, se estratifican por cohorte e incluyen la interacción sexo-período calendario, edad en la seroconversión y categoría de transmisión.

Resultados: De los 6923 seroconvertidores 49,3% son mujeres. Las mujeres progresan menos a SIDA a partir de 1997 (aHR:0,74; IC95%: 0,62-0,88) con reducciones significativas en el riesgo acumulado de demencia (0,22; 0,07-0,69), tuberculosis (0,59; 0,38-0,91), sarcoma de Kaposi (0,26; 0,07-0,99) y linfomas (0,45; 0,22-0,92). Las mujeres tienen menor mortalidad pre-SIDA y global antes y después de 1997, siendo las diferencias significativas sólo después de 1997: 0,71 (IC95%: 0,54-0,94) y 0,68 (IC95%: 0,56-0,82), respectivamente.

Conclusiones: La introducción de TARGA ha acentuado las diferencias por sexo en la progresión a SIDA y muerte. Se obtuvieron conclusiones similares al estimar el efecto del sexo en el hazard de causa específica y en la función de incidencia acumulada de cada enfermedad definitoria de SIDA. Los modelos pueden proporcionar diferentes resultados si la dependencia entre eventos es mayor.

CARTOGRAFÍA ESPACIO-TEMPORAL DE ENFERMEDADES: UNA PROPUESTA DE MODELIZACIÓN AUTOREGRESIVA

M.A. Martínez Beneito, O. Zurriaga, H. Vanaclocha, A. López-Quílez, P. Botella-Rocamora

Área de epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Valencia; Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universitat de València; Departamento de Ciencias Físicas, Matemáticas y Computación. Universidad CEU-Cardenal Herrera.

Antecedentes/objetivos: Durante los últimos años se ha comenzado a popularizar el estudio de la variación geográfica de riesgos en el contexto que se conoce como "cartografía de enfermedades". En concreto el modelo de Besag et al (1991) ha supuesto un referente dentro de los modelos espaciales de descripción de la variabilidad. Sin embargo, en el estudio de la variación espacio-temporal no existe una aproximación tan ampliamente utilizada como la propuesta anterior en el caso espacial. Esto se debe a la dificultad de enlazar simultáneamente y de forma apropiada la información en distintos lugares del espacio y en distintos momentos del tiempo. El objetivo de este trabajo es proponer una modelización que integre de forma adecuada la dependencia espacial y temporal en el contexto de cartografías espacio-temporales de enfermedades.

Métodos: El presente trabajo describe una nueva propuesta de modelización espacio-temporal que conjuga simultáneamente ideas 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 municipios vecinos compartan su información. El modelo propuesto se enmarca en la perspectiva bayesiana y resulta posible su implementación en el programa estadístico WinBUGS.

Resultados: Como aplicación del modelo propuesto se ha estudiado la variación espacio-temporal de la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres de la Comunitat Valenciana durante el periodo 1987-2004. El nivel de desagregación espacial de dicho estudio ha sido el municipal (540 unidades) mientras que la desagregación temporal se ha realizado según años (18 unidades). Los resultados dejan patente que el riesgo no ha variado de la misma forma en todas las localizaciones de la Comunitat Valenciana, apreciándose un aumento más acusado en los últimos años en el litoral de la provincia de Alicante. Este aumento coincide en su localización y en su difusión con el asentamiento de inmigración extranjera de origen residencial en esta región.

Conclusiones: La propuesta descrita permite realizar estudios espacio-temporales con un nivel de desagregación tan pequeño como el que hemos presentado en nuestra aplicación. Además, nuestra propuesta, aunque comparte la información entre los distintos instantes contemplados, no supone una forma paramétrica concreta (lineal, cuadrática...) para la tendencia temporal, lo que permite que la evolución del riesgo en cada localización pueda tomar una amplia variedad de formas diferentes.

Financiación: EVES 117-2006.

CARGA DE ENFERMEDAD POR VIRUS DE HEPATITIS C Y B EN ESPAÑA EN EL AÑO 2000

A. García-Fulgueiras, R. García-Pina, C. Morant, N. Fernández, V. García-Ortuzar, R. Génova, E. Álvarez,

S. Epidemiología, DGSP, Murcia; Ofic. Reg. S. Mental; UETS; DGSP; Univ. RJC, Madrid.

Antecedentes/objetivos: La OMS en su Estudio Global de Carga de Enfermedad (CdE) en 2000 estima la CdE por los virus de hepatitis C (VHC) y B (VHB) considerando los estadios de hepatitis aguda y crónica, sin embargo la CdE incluyendo cirrosis y hepatocarcinoma (HCC) no ha sido aún analizada. Los objetivos son: a) cuantificar la CdE debida a VHC y VHB en España en el año 2000 incorporando las consecuencias mortales y no mortales por cirrosis y HCC atribuibles a estos virus, b) compararla con la CdE Global (CGE) en España en 2000.

Métodos: Se utiliza la metodología de la OMS para el cálculo de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) atribuibles a VHC y VHB estimando: Años de Vida Perdidos por muerte prematura (AVP) y Años de Vida vividos con discapacidad (AVD). Fuentes AVP: Datos de mortalidad del INE, Tabla Esperanza de Vida n26 modificado Princeton. AVD: Se ha estimado, desde una perspectiva de prevalencia, el nº de casos en 2000, así como la duración y discapacidad (pesos de referencia de Holanda y Australia) para cada estadio de enfermedad por VHC y VHB. La mortalidad atribuible (MA) por cirrosis y HCC, incluyendo MA en pacientes con SIDA, la probabilidad de transición entre estadios, su duración y discapacidad se ha estimado a partir de revisión bibliográfica y evaluación por un panel de expertos. Cálculos con programa GESMOR aplicando valoraciones sociales de tasa de descuento (3%) y peso por edad ($K = 1$).

Resultados: Los AVAD atribuibles a VHC y VHB en 2000 en España fueron 42.900 y 9.323 respectivamente (51.133 y 10.557 si se incluye AVP atribuibles a VHC/VHB en enfermos de SIDA). Los AVP por VHC fueron 36.938 y 7.842 por VHB. Los AVD estimados para VHC fueron 5.963 y 1.481 para VHB. Corresponden a hombres el 58% de los AVAD por VHC y el 72% por VHB, pero es 72% en ambos virus si se incluye MA en pacientes con SIDA. En torno a 65% de AVAD en ambos virus corresponden a > 54 años. La enfermedad por VHC lidera, junto al SIDA, la lista de CdE por enfermedades infecciosas en España en 2000 y representa el 1% de la CGE en ese año. La CdE del VHB representa el 0,2% de la CGE.

Conclusiones: La CdE permite comparar distintas enfermedades valorando conjuntamente mortalidad y discapacidad. La enfermedad hepática viral, fundamentalmente por VHC, constituye la patología infecciosa que presenta, junto al SIDA, la mayor CdE en España en 2000, con un mayor peso de la mortalidad que de la discapacidad. La no inclusión de cirrosis y HCC atribuible a estos virus infraestima mucho su CdE. El adecuado diagnóstico y tratamiento de los infectados crónicos podría tener un impacto importante en la CdE al reducir el desarrollo de complicaciones tardías.

Financiación: FIS.

PASCUA: DATAWAREHOUSE DE ESTADÍSTICAS SANITARIAS

F.J. García León, E. Puerto, V. González, A. Carmona, G. López, M. Bernal, M. Ruiz

Servicio de Información y Evaluación. DG Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnologías. Consejería de Salud.

Antecedentes/objetivos: El proyecto Pascua tiene por objeto desarrollar un sistema de información que ponga a disposición de los usuarios de la Intranet del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) los datos de las estadísticas sanitarias andaluzas más relevantes.

Métodos: Se han revisado los modelos de datos de estadísticas sanitarias utilizados por el IEA, INE, Ministerio de Sanidad y Consumo, Eurostat, OCDE y OMS. El modelo seguido para el desarrollo ha sido el especificado en el Plan de Sistemas de la Consejería de Salud, que define una arquitectura de ejecución en tres capas: datos, aplicaciones y presentación. La infraestructura tecnológica se compone de una capa inferior formada por una base de datos Oracle y el módulo SAP Business Information Warehouse, que actúa como almacén de datos, y una capa de aplicación desarrollada a través de SAP Strategic Enterprise Management. La presentación al usuario se realiza a través de una interfaz web, que permite el acceso al sistema desde cualquier punto de la Red Corporativa de la Junta de Andalucía. El sistema cuenta con tres componentes: 1- Extracción, transformación y carga de datos. 2- Almacén de datos en InfoCubos. 3- Presentación mediante informes y gráficos.

Resultados: El sistema permite una visualización de los datos, organizados según la fuente de información (padrón, mortalidad, EDO, etc.) o por área temática. Estas son las siguientes: 1- Población y Características Socioeconómicas. 2- Estilos de Vida. 3- Entorno. 4- Situación de la Salud. 5- Servicios Sanitarios. Cuando el usuario entra en el sistema, en la vista de análisis ve estructurados los diferentes niveles de información. El usuario puede consultar para cada indicador o dato: definición, fórmula de cálculo, valores, serie temporal, gráfica, e informes, donde puede diseñar su propia consulta filtrando por las distintas características que componen el indicador. Para el análisis de los informes se dispone de filtros, tabla de datos y gráficas. Los resultados se pueden exportar a Microsoft Excel o CSV.

Conclusiones: a) Pascua utiliza un modelo de datos similar al de Eurostat y otros órganos estadísticos. b) Contamos con un datawarehouse, alternativo a los procedimientos tradicionales de recopilación y difusión de datos estadísticos, constituyendo, además, una fuente única de explotación de datos. c) Esta herramienta facilita la elaboración de informes y memorias estadísticas. d) Los datawarehouse se vislumbran como alternativa eficiente en la recogida de datos estadísticos de fuentes administrativas. e) Las mayores dificultades en el desarrollo de estos proyectos se derivan de la cultura de "propiedad" de los datos.

UN NUEVO DISEÑO INTEGRADO DE DATOS DE SALUD PARA MEJORAR AL DISEÑO MULTINIVEL

J.M. Martínez, Y. Yasui, J. Benach, J. Ginebra, F.G. Benavides

Universitat Pompeu Fabra; University of Alberta; Universitat Politècnica de Catalunya.

Antecedentes/objetivos: El diseño multinivel presenta desventajas en la estimación de los efectos de una determinada variable sobre la salud. En concreto, su potencia se reduce cuando la variabilidad de una variable dentro de un conjunto de grupos es menor a su variabilidad entre los grupos. Para mejorar la estimación de los efectos de estas variables proponemos un nuevo diseño integrado de datos con un enfoque basado en ecuaciones de estimación (enfoque population-based estimating equation (PBEE)). Este trabajo explica las diferencias entre ambos diseños y describe las ventajas del diseño integrado respecto al diseño multinivel.

Métodos: Para comparar ambos diseños se consideró un estudio de simulación con datos de cohorte. Se simularon datos basados en diferentes valores de la razón entre la variabilidad dentro de los grupos y la variabilidad entre grupos (RV) de la variable de interés. También se consideró la presencia de variables de confusión. Se analizaron principalmente los casos donde la RV era igual a 1, y en los cuales la RV era 0,5 y 0,25 (es decir, variabilidad dentro de los grupos menor a variabilidad entre grupos). También se consideró el caso donde la variable de interés no presentaba variabilidad dentro de los grupos. En cada caso, se obtuvo la potencia del diseño integrado y multinivel para detectar un riesgo relativo de 1,2.

Resultados: El diseño integrado utiliza los mismos datos individuales y grupales que el diseño multinivel pero incluye la información agregada de salud en cada grupo como información adicional. La potencia del análisis multinivel es de 68,4%, 56,3%, y 55,6% para una RV igual a 1, 0,5 y 0,25, respectivamente. Con un tamaño poblacional de 2000 individuos en cada grupo, el diseño integrado presenta una potencia de 99,7% en los tres casos. En particular, si la variable es una variable de grupo (es decir, no presenta variabilidad dentro de los grupos), el análisis multinivel presenta una potencia del 49,0% mientras que el diseño integrado presenta la misma potencia del 99,7%. Por otro lado, cuando la variabilidad dentro de los grupos tiende a ser mayor a la variabilidad entre grupos (RV > 1) ambos diseños tienden a ofrecer resultados similares.

Conclusiones: Las variables que tienen una variabilidad dentro de los grupos inferior a la variabilidad entre grupos son muy comunes en salud pública. Específicamente, las variables de grupo están situadas dentro de ellas. En este caso, el diseño integrado con el enfoque PBEE mejora la estimación de las variables de grupo, las cuales son de gran importancia en salud pública para valorar, o tener en cuenta, su influencia sobre la salud de los individuos.

MODELOS DE POISSON EN EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER ASOCIADA A FOCOS CONTAMINANTES INDUSTRIALES

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

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Antecedentes/objetivos: El Registro Europeo de Emisiones Contaminantes (EPER) es un registro público de industrias que emiten contaminantes al aire y al agua. Incluye datos sobre 50 tipos de contaminantes e información sobre la localización geográfica de las industrias emisoras. El objetivo del trabajo es el estudio de asociaciones entre la proximidad de industrias contaminantes a los núcleos de población municipales en España y la mortalidad por cáncer.

Métodos: Se analizan los riesgos relativos asociados a la proximidad, cerca vs lejos (2 km), de industrias obtenidos por tres métodos: 1. Regresión ecológica clásica (Regresión de Poisson). 2. Modelo de Poisson mixto con efecto aleatorio provincial. 3. Modelización espacial autorregresiva (modelo BYM). Como ejemplo se utiliza la mortalidad por linfomas no Hodgkin (LNH). Los casos observados provienen de los registros de mortalidad del INE entre 1994 y 2003 en España, y los esperados se han calculado tomando como referencia las tasas de mortalidad de España por edad y sexo. Las industrias están agrupadas en los sectores: combustión, metal, mineral, químicos orgánicos, residuos, papeleras, alimentación y utilización de disolventes. La variable dependiente es el número de defunciones observadas, el offset los casos esperados y la variable explicativa es la existencia de una industria, declarante al registro EPER, en un radio de 2 km del centroide del núcleo de población.

Resultados: Los tres modelos aportan valores de riesgos relativos bastante similares. Los modelos espaciales presentan estimaciones superiores y también intervalos de confianza más amplios. Los resultados indican que la proximidad de industrias del sector de 'producción de pasta de papel, papel o cartón' podría asociarse con un mayor riesgo de mortalidad por LNH (modelo BYM: 1,215 IC95% 1,00-1,47; modelo mixto: 1,157, 1,008-1,328; modelo Poisson: 1,119, 1,024-1,224). Los tiempos de computación para los modelos clásicos son mucho menores que los de los espaciales de BYM (8 horas por análisis).

Conclusiones: La inclusión de términos de efectos aleatorios espaciales en la estimación del riesgo, mejora el estudio de las asociaciones entre exposiciones ambientales y la mortalidad, reduciendo la posibilidad de cometer 'sesgo ecológico', pero aumenta excesivamente el tiempo de computación. Se discute si la exposición a emisiones industriales contaminantes al aire procedentes de industrias del sector del papel podría estar asociada con un incremento del riesgo de mortalidad por LNH en los municipios cercanos.

Financiación: FIS PI:040041 y RCESP-FIS C03/09. Proyecto MEDEA. CIBERESP.

SELECCIÓN DE INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA MEDIANTE LA MATRIZ DE HADDON

M. Cabanas, E. Pujol, M.I. Pasarín, G. Foz, C. Violan

IDIAP Jordi Gol; Grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria; Institut Català de la Salut.

Antecedentes/objetivos: Antecedentes: La matriz de Haddon (MH) es útil para clasificar intervenciones para abordar un problema de salud en función del nivel de intervención (prevención 1ª, 2ª o 3ª) y del objeto de intervención (individuo, entorno cercano, entorno medio como el trabajo o la escuela y entorno político). Objetivo: describir la utilización de la MH en la identificación y selección de intervenciones para prevenir la violencia doméstica (VD) en la elaboración de un plan de salud de municipal.

Métodos: Métodos: La MH consta de 4 columnas que representan el nivel de acción (de individual a político) y 3 filas con los niveles de prevención. Un 3º eje contempla la equidad (edad, género, etnia). Se elaboró la MH para abordar la VD a partir de la revisión bibliográfica (Cochrane, informes OMS, The Community Guide) considerando el nivel de evidencia y fuerza de recomendación.

Resultados: Resultados: Intervenciones de prevención primaria identificadas: A) sobre individuos: realizar formación en el respeto, tolerancia, resolución de conflictos. Promover cultura igualitaria entre sexos y clases. Cuestionar estereotipos base de la violencia. Incentivar finalización estudios. Prevenir intimidación y evitar la tolerancia a los agresores. Identificar personas a riesgo de sufrir o ejercer violencia. Incrementar recursos y habilidades personales de grupos vulnerables. B) en entorno cercano (familia y amigos): mejorar recursos de los padres en autocontrol, resolución de conflictos y en marcar límites. Visitar a domicilio a familias de riesgo. C) en escuela y trabajo: elaborar protocolos integrales de prevención, incluir en actividades grupales de educación para la salud contenidos sobre violencia, elaborar material divulgativo de sensibilización, fortalecer redes comunitarias para dar respuesta coordinada. Impulsar la investigación en servicios sanitarios, judiciales y sociales. Realizar campañas educativas en los medios de comunicación. D) políticamente: aplicar medidas legislativas y judiciales Reducir la pobreza. Introducir en los planes de estudio escolares y universitarios contenidos sobre prevención de violencia. Garantizar condiciones organizativas y estructurales para el abordaje integral de la violencia. Promover investigación a nivel estatal.

Conclusiones: La MH se propone como instrumento útil que facilita la identificación y selección de actuaciones más apropiadas para la prevención de la violencia. Permite visualizar intervenciones propuestas en cada uno de los niveles de prevención y escenarios de actuación. Es una herramienta que facilita la toma de decisiones sobre intervenciones a incluir en un plan de salud.

DETERMINACIÓN DE LA DURACIÓN Y DE LA LOCALIZACIÓN DE UNA EPIDEMIA GRIPAL

J.E. Lozano Alonso, T. Vega Alonso, P. Slottje, J. Paget

DG de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León; EISS Co-ordination Centre. Netherlands Institute for Health Services Research; EISS Co-ordination Centre. Netherlands Institute for Health Services Research.

Antecedentes/objetivos: Para una adecuada vigilancia epidemiológica de la gripe es vital usar datos históricos para realizar inferencias. Se puede estudiar el inicio de la epidemia gripal (umbral epidémico), modelar la epidemia (canal epidémico), estudiar la intensidad (niveles de actividad) o describir la relación espacial (geoestadística), pero en cualquiera de estas aproximaciones se debe partir del conocimiento de la localización de la epidemia de gripe. Esto implica por una parte conocer la duración y por otra la localización. Aún no existe un consenso al respecto. Se describirá un método para determinar la duración y localización de la epidemia gripal que está siendo implementado en el European Influenza Surveillance Scheme (EISS) por el grupo de trabajo europeo de umbrales epidémicos.

Métodos: Se utilizan las tasas de incidencia semanal registradas por las redes integradas en el EISS de 96/97 a 05/06. Se calcula el gráfico de porcentajes máximos, donde para cada longitud teórica de epidemia se muestra el porcentaje acumulado máximo de tasa cubierta. Se calcula la pendiente, se normaliza y se suaviza para evitar el ruido. Se realiza un cambio de ejes para obtener un mínimo que da la duración de la epidemia. Con ésta se acude al gráfico de porcentajes máximos y se obtiene el porcentaje cubierto de la epidemia y la localización de la misma.

Resultados: La duración media de la epidemia en Europa está entre 10 y 11 semanas. Bélgica 10,7, Holanda 10,7, Escocia 10,6, España 10,2, Suiza 10,2, Irlanda 10,6 y Dinamarca 10,4, con un porcentaje medio cubierto del 70%. Suiza tiene epidemias más severas (79%) y Dinamarca más leves (58%). Por otra parte, Polonia (8,3), Eslovenia (7,7), República Checa (9,5) y Gales (9,6) presentan epidemias más cortas, e Inglaterra (12,0), Portugal (11,2) e Italia (11,3) epidemias más largas.

Conclusiones: La localización de la epidemia es el punto de partida de la vigilancia epidemiológica. En el umbral epidémico se usa para conocer cuales son los datos pre-epidémicos a fin de calcular el nivel de alerta. En el modelo epidémico se usa para calcular bandas de confianza con los datos epidémicos y monitorizar la epidemia. En la intensidad se usan los datos epidémicos para calcular los niveles de actividad. En los modelos espaciales se calculan probabilidades semanales de superar un umbral epidémico. En conclusión, la utilización de un método fiable para conocer la localización de la epidemia gripal, permite asentar la base sólida para el desarrollo de mecanismos de vigilancia de la gripe.