

Antecedentes/Objetivos: El SAA-SP, que inició su funcionamiento en 2006, tiene por objetivo general garantizar el control de las alertas en salud pública en Aragón fuera del horario de trabajo habitual. Se presenta la evaluación del año 2008.

Métodos: Se han obtenido datos de la estructura a través del registro de personal, y la actividad y resultados del SAA-SP a través del registro de alertas. También se han valorado la importancia de las alertas, la calidad de la intervención realizada y el grado de control alcanzado, según las puntuaciones dadas por tres evaluadores. Por último, se ha utilizado un cuestionario específico para que los participantes en el sistema valoren el sistema, basado en preguntas con una escala de puntuación de 1 a 5 y comentarios de texto libre.

Resultados: Hubo 189 personas que participaron en el SAA-SP, además de 7 coordinadores, la mitad de los técnicos universitarios de la organización de salud pública. La rotación de guardias fue muy variable según las áreas de trabajo y el ámbito. Se atendieron 86 alertas (6,7 por 100.000 habitantes y año), de las que el 80% sucedieron en Zaragoza. En Huesca y Teruel se produjeron largos períodos sin alertas. Los responsables del sistema realizaron algún tipo de actuación un 1,9% de los días de guardia. De las 86 alertas, 8 sucedieron en el ámbito de la Expo-2008. Se atendieron además 12 trabajos programados, 3 de ellos en el ámbito Expo 2008. Las alertas más frecuentes fueron del ámbito de vigilancia (43%) y alimentaria (43%). Los tipos de alerta más frecuentes fueron las situaciones de riesgo por alimentos (41,9%) y las enfermedades respiratorias/meningitis (19,8%). La mayor parte de alertas se han resuelto según protocolos del SAA-SP y tienen un informe escrito. La valoración de los evaluadores indica de media a poca importancia de las alertas, buena calidad de la intervención y apreciable grado de control alcanzado. Los trabajadores del SAA-SP valoraron el sistema con una media de 3,2 puntos destacando en sus comentarios los problemas en la composición del equipo de alertas y la organización de turnos y equipos.

Conclusiones: En el segundo año natural de funcionamiento, el SAA-SP se ha consolidado como un sistema útil. Aunque el número de alertas total ha aumentado, el nivel de actividad sigue bajo. Las situaciones de alerta más frecuentes tienen que ver con la seguridad alimentaria y la vigilancia epidemiológica. Las alertas en general tienen poca importancia (aunque se han producido y atendido problemas importantes). El funcionamiento del sistema es bueno con elevada calidad y grado de control alcanzados. La valoración de los participantes en el sistema es media, destacando problemas similares que en 2007.

238. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA DE ANDALUCÍA (SIVMA)

J.M. Mayoral Cortés, I. Mateos, L. Puell, J.M. González

Servicio de Epidemiología; Secretaría General de Salud Pública y Participación; Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La importancia de las enfermedades transmisibles hace de la Vigilancia Microbiológica una herramienta primordial para la toma de medidas de prevención efectivas, garantizando la máxima calidad de atención a todos los individuos en los diferentes niveles del Sistema Sanitario y a la población en general. Actualmente en Andalucía la vigilancia microbiológica se realiza a través del Sistema de Información Microbiológica de Andalucía (SIVMA) un sistema de gestión de información en el que participan siete laboratorios repartidos de manera no homogénea en la comunidad andaluza y cuyos resultados no son representativos. **Objetivo:** disponer de un sistema eficiente para la vigilancia microbiológica y de resistencias que permita una mayor exhaustividad en la vigilancia de EDO y una detección precoz de alertas epidemiológicas con el fin de aportar información útil para la prevención y control de las enfermedades transmisibles.

PÓSTERES I

Jueves, 29 de octubre de 2009. 9:00 a 10:00 h

Sala: Exposiciones

Vigilancia epidemiológica I

Moderadora: Rosa Cano Portero

212. SISTEMA DE ATENCIÓN A ALERTAS DE SALUD PÚBLICA DE ARAGÓN (SAA-SP). EVALUACIÓN 2008

J.P. Alonso, J.R. Ipiéns, M.P. Rodrigo, M.B. Adiego, M.C. Malo, S. Martínez

Servicio de Vigilancia en Salud Pública; Dirección General de Salud Pública; Departamento de Salud y Consumo; Gobierno de Aragón.

Métodos: Mediante una aplicación informática, SIVMA se establece como un sistema de gestión y análisis de resultados de laboratorio, con una sola fuente de explotación de datos y con unificación del lenguaje corporativo que permita su explotación al SIMAN (Vigilancia microbiológica), RedAlertas (Vigilancia de EDO y alertas) y EARSS (Vigilancia de resistencias). Las fuentes de información utilizadas son la Base de Datos de Usuarios (BDU), las aplicaciones departamentales de microbiología y RedAlertas.

Resultados: Se constituyen tres módulos: 1) Módulo de gestión de datos: capta la información de los laboratorios, unifica su codificación y establece mecanismos para dotar de calidad esa información, 2) Módulo de explotación de datos: un acceso WEB que permite la explotación de la información con indicadores, tablas, gráficos o informes predefinidos, 3) Módulo de GIS: El sistema se integrará con el sistema de información geográfico presente en la Consejería para ampliar las posibilidades de análisis de la información con elementos geográficos.

Conclusiones: En consecuencia, apostamos por la incorporación sistemática y automatizada de los resultados del laboratorio de microbiología en vigilancia epidemiológica teniendo en cuenta que la implantación de un sistema de este tipo no sólo consiste en un soporte informático, sino que hay que evolucionar en distintos aspectos, desde los de organización y clasificación de las pruebas (adoptando estándares), hasta los éticos, pasando por las competencias profesionales, en un contexto de colaboración, con el fin común de proteger la salud de la población.

275. VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA EN LA MORTALIDAD

J. Etxeberria, Y. Floristán, R. López, E. Ardanaz, C. Castilla

Instituto de Salud Pública de Navarra, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El exceso de mortalidad en muchos países Europeos a consecuencia de la ola de calor de 2003 hizo que los organismos de salud pública vieran la necesidad de monitorizar indicadores de salud a tiempo real para detectar situaciones de emergencia sanitaria antes de lo que sería posible con métodos tradicionales de Salud Pública y así poder ayudar a las autoridades sanitarias en la toma de decisiones. En Navarra disponemos de dos bases distintas de datos de mortalidad diaria. La primera (M70) proviene de registros civiles informatizados de Navarra disponible a tiempo real correspondiente al 70% de la mortalidad total y la segunda (M100) que incluye el total de fallecidos disponible a más largo plazo. El objetivo de este trabajo, es validar la representatividad de las alertas generadas con M70 de forma temprana, respecto a las generadas con M100 en el quinquenio 2003-2007, mediante el uso de la metodología de umbrales semanales.

Métodos: Esta metodología permite evaluar excesos en la mortalidad observada respecto a la esperada mediante la construcción de umbrales semanales desde el año 2003 hasta 2007. La construcción de los umbrales se basa en la media histórica y es utilizada y validada por otros organismos. Para cada semana, los casos esperados de muertes corresponden a la media de las muertes registradas en 3 semanas (la misma, la anterior y la posterior) de los cinco años anteriores (media histórica). El umbral (U) para cada semana corresponde al ratio $U = 1 + 1,96 (DE/X)$, donde DE = desviación estándar y X = media histórica. Cuando la razón entre observados y esperados en una semana supera el valor U, se considera exceso de mortalidad y se genera una alerta. Se calculó el índice Kappa de concordancia.

Resultados: En el quinquenio 2003-2007 el número de alertas generadas mediante M70 han sido 29 frente a 19 generadas por M100. La distribución anual de las alertas dadas por ambas bases es: 10 y 9 para 2003, 3 y 1 para 2004, 11 y 4 para 2005, 0 y 0 para 2006 y 5 y 5

para 2007 por M70 y M100 respectivamente. Los porcentajes de alertas generadas por M70 y coincidentes con las generadas por M100 en el periodo de ± 1 semana son 100% en 2003, 100% en 2004, 75% en 2005, 40% en 2007. En el global de los 5 años, de las 29 alertas generadas por M70, 15 alertas se repiten en ± 1 semana por M100, que supone un 79% de las alertas generadas por M100 con un Kappa de 0,59.

Conclusiones: En 2003-2007, se ha observado que las alertas generadas con M70 son moderadamente concordantes con las generadas por M100. El porcentaje de alertas coincidentes es mejorable. Por ello se hace necesaria la informatización de todos los registros civiles que nos permitirá disponer del número de fallecidos en un tiempo menor lo que conllevará a la mejora del este sistema de vigilancia.

Financiación: FIS 06/1346, CIBERESP.

295. APLICACIÓN DE UN MÉTODO DE ESTIMACIÓN DEL RETRASO EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD DIARIA

G. Clerger, V. Flores, F. Simón

CNE; PEAC; Área de Vigilancia y de la Salud Pública; ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: La detección precoz de señales de alerta sanitaria tiene cada vez más peso en los sistemas de vigilancia epidemiológica. El retraso en el envío de ficheros informáticos con la información más reciente posible es un problema generalizado de cualquier sistema de vigilancia, ello supone un hándicap a la hora de poder intervenir en situaciones de alerta que requieren unas medidas inmediatas. Para la mejora de los datos se necesita un modelo predictivo que permita una buena estimación de retraso. Nuestro objetivo consiste en aplicar un método no-paramétrico como herramienta de estimación del retraso en el sistema de vigilancia de la mortalidad diaria de España.

Métodos: Se aplica la primera parte del método no paramétrico de distribución de retraso en la notificación de datos basada en la probabilidad condicional de Z_j utilizando Z_j/π_j para estimar la incidencia, donde Z_j representa los datos recibidos para el momento j y π_j es la probabilidad estimada que se debe aplicar en ese momento medido en días. Se asume que las variables de probabilidad son independientes y siguen una distribución de Poisson. La asunción demostrada no es crucial para la estimación final de nuestros datos. La metodología fue aplicada para cada registro civil informatizado. Se realiza este análisis sobre los datos de mortalidad diaria de España del año 2008 controlando el número de fallecidos diarios nuevos que llegan de días anteriores al registro de los mismos. Se crea una tabla que registra los fallecidos de todos los días y el retraso asociado en número de días. Los análisis han sido realizados con el software libre R v 2.8.0.

Resultados: El sistema de vigilancia de la mortalidad de España incluye 384 registros civiles, representando 59% de la población, que hacen una notificación semanal con una mediana de retraso diario de 4-7 días. La información recibida diariamente no sigue un patrón definido de retraso. Se utiliza un día concreto para enviar la información. El modelo predice individualmente con una media de fallecidos entre los valores máximos y mínimos que se registran en cada municipio, siendo pocos los casos en que el error que se comete sobrepasa 2 δ .

Conclusiones: La aplicación de este método ayuda a conocer los valores aproximados de fallecidos que se registran finalmente para los días más recientes de registro en los cuales todavía no hay una información consolidada y es clave para la toma de decisión oportuna. El método puede ser mejorado, en una segunda fase, utilizando una suavización a través de datos más cercanos en el tiempo y se intentara ponerla en práctica para mejorar las estimaciones de fallecidos diarios que sufren retraso en el registro de nuestro sistema.

316. CARACTERIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y VIROLÓGICA DEL SISTEMA CENTINELA DE VIGILANCIA DE LA GRIPE EN ESPAÑA EN EL PERIODO DE NAVIDAD

S. Jiménez-Jorge, S. de Mateo Ontañón, I. Salmeán, A. Larrauri

Centro Nacional de Epidemiología; ISCIII; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: En el Sistema Centinela de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE) participan actualmente (temporada 2008-2009) 17 Comunidades Autónomas y una Ciudad Autónoma entre las que se distribuyen 16 redes de médicos y pediatras centinela y 18 laboratorios de microbiología. La cobertura de población vigilada por el sistema es del 2,07%. En las temporadas 2007-2008 y 2008-2009 la onda epidémica estacional de gripe coincidió con el periodo navideño. El objetivo de este trabajo es caracterizar la información epidemiológica y virológica que proporciona el SVGE durante el periodo navideño, con el fin de proponer las recomendaciones necesarias que optimicen su funcionamiento.

Métodos: Análisis retrospectivo de indicadores epidemiológicos (cobertura semanal de población vigilada y número semanal de casos notificados al sistema) y virológicos (número de muestras centinela analizadas, número de detecciones virales notificadas y tasa de detección viral) del SVGE en las temporadas 2007-2008 y 2008-2009. La diferencia de los valores de los indicadores estudiados entre el periodo navideño y "no navideño" (semanas 40-50) se estimó mediante un contraste de igualdad de proporciones.

Resultados: En el periodo navideño de 2007 y 2008 se observó una disminución de la información notificada al SVGE con respecto al periodo "no navideño". La cobertura semanal de población vigilada en el periodo navideño de 2007 fue del 50% (69% fuera de este periodo) frente al 60% en el de 2008 (72% fuera de este periodo), esto supuso una reducción del 30% en el 2007 y del 20% en el 2008 ($p < 0,001$). El número de muestras centinela enviadas en el periodo navideño a los laboratorios del sistema también disminuyó con respecto al periodo "no navideño", en el 2007 la reducción fue del 37% y del 29% en Navidad y Año Nuevo respectivamente ($p < 0,05$). Sin embargo, la tasa de detección viral no disminuyó en el periodo navideño y los valores que registró, por encima del 50%, reflejaban una intensidad de circulación viral alta característica en el pico de la onda epidémica estacional.

Conclusiones: La disminución de la actividad de los médicos centinela en periodos vacacionales se reflejó en los indicadores estudiados del SVGE en las temporadas 2007-2008 y 2008-2009 en las que la onda epidémica coincidió con el periodo navideño. A pesar de ello, el sistema estimó adecuadamente la intensidad de la circulación viral y ofreció una tasa de detección viral propia de la onda epidémica estacional. Se recomienda reforzar la actividad de los médicos centinela en los periodos vacacionales para que el SVGE siga siendo eficaz y oportuno en cualquier semana del año.

29. VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN ESPAÑA, 2006. ANÁLISIS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

A. López de Andrés, P. Carrasco Garrido, A. Gil de Miguel, V. Hernández Barrera, R. Jiménez García

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública; Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad Rey Juan Carlos.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir la cobertura de la vacunación antigripal en cada Comunidad Autónoma en el año 2006, comparar los resultados entre las distintas Comunidades Autónomas y describir los factores asociados a dicha vacunación.

Métodos: Se han analizado un total de 29.478 registros de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2006. Todos ellos corresponden a adultos españoles mayores de 15 años no institucionalizados. Como variable dependiente se ha utilizado la respuesta ("sí" o "no") a la pregunta: "Querríamos saber si se ha vacunado de la gripe en la última campaña". Hemos analizado la influencia de las variables socio-demográficas y del estado de salud en la vacunación. La ENS es representativa en el ámbito de las Comunidades Autónomas.

Resultados: En el año 2006 la cobertura vacunal en España fue del 27,1% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 26,1-28,0). En el modelo de regresión logística, al comparar con la media nacional se observan coberturas significativamente mejores en Aragón (odds ratio [OR] = 1,25, IC 95%, 1,11-1,42), Castilla y León (OR = 1,53, IC 95%, 1,33-1,77), Castilla La Mancha (OR = 1,25, IC 95%, 1,07-1,46), Extremadura (OR = 1,35, IC del 95% 1,15-1,60) y Galicia (OR = 1,21, IC 95% 1,08-1,36). En los sujetos mayores de 65 años únicamente Castilla-León presentan coberturas vacunales significativamente mejores que la media nacional (OR = 1,36, IC 95%, 1,02-1,81).

Conclusiones: En el año 2006 la cobertura de vacunación antigripal es similar en todas las Comunidades Autónomas con respecto a la media nacional, incluso aumenta en varias de ellas. Sin embargo, dichas coberturas se encuentran por debajo de los niveles deseables por lo que se debe considerar la posibilidad de implantar estrategias para mejorar las coberturas, como disminuir la edad de vacunación a los 60 años, entre otras.

5. LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL SISTEMA SANITARIO COMO PREDICTOR DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL

P. Carrasco Garrido, V. Hernández Barrera, A. López de Andrés, A. Gil De Miguel, R. Jiménez García

Universidad Rey Juan Carlos.

Antecedentes/Objetivos: En la última década, la satisfacción del paciente se ha convertido en un indicador de la calidad y la eficiencia de los sistemas sanitarios, encontrándose una relación directa entre dicha satisfacción y la adherencia a determinadas medidas preventivas, como la vacunación, por parte de la población. Nuestro estudio tiene como objetivo determinar si la satisfacción con nuestro sistema público de salud y la información recibida por el paciente desde los servicios sanitarios, se comportan como predictores de las coberturas vacunales frente a la gripe, en los adultos residentes en la ciudad de Madrid (España).

Métodos: Estudio epidemiológico, descriptivo transversal. Se utilizaron los datos individuales de 7.341 adultos (16 y más años) incluidos en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid realizada en 2005. Para conocer la satisfacción con la sanidad pública se preguntó por la valoración de los servicios sanitarios públicos con respuesta positiva o negativa a la pregunta "¿En su opinión, la sanidad pública en el municipio de Madrid funciona?" En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas hemos analizado la pregunta "¿Se siente suficientemente informado sobre los programas de prevención de enfermedades y de hábitos saludables?" (Con respuesta suficiente o insuficiente) y en cuanto a la información recibida "Según su punto de vista ¿el médico y/o la enfermera de atención primaria le dan suficiente información al respecto? También se ha preguntado por la visita al médico en las dos semanas previas a la entrevista.

Resultados: Las coberturas vacunales para nuestra población de estudio fueron del 24% (IC 95% = 22,9-25,0). El modelo de regresión logística indica que la población que declara estar satisfecha tiene mayor probabilidad de recibir la vacuna frente a la gripe (OR = 1,23, IC 95% = 1,06-1,43), así como aquellos que perciben recibir suficiente información desde los servicios sanitarios. La visita al médico tam-

bién muestra una asociación estadísticamente significativa con la vacunación antigripal.

Conclusiones: La satisfacción con el sistema público de salud y la información recibida desde los servicios sanitarios se comportan como predictores de la vacunación antigripal.

Financiación: Fondo Investigación Sanitaria (F.I.S.).

30. COBERTURA Y PREDICTORES ASOCIADOS A LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL ENTRE INMIGRANTES EN ESPAÑA, 2006

A. López de Andrés, P. Carrasco Garrido, A. Gil de Miguel, V. Hernández Barrera, R. Jiménez García

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública; Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad Rey Juan Carlos.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir la cobertura de la vacunación antigripal entre inmigrantes en España en el año 2006 y describir los factores asociados a dicha vacunación.

Métodos: Se han analizado un total de 29.478 registros de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2006 de los cuales 2.055 correspondían a inmigrantes mayores de 15 años. Como variable dependiente se ha utilizado la respuesta ("sí" o "no") a la pregunta: "Queríamos saber si se ha vacunado de la gripe en la última campaña". Hemos analizado la influencia de las variables sociodemográficas y del estado de salud en la vacunación.

Resultados: En el año 2006 la cobertura vacunal frente a la gripe entre los inmigrantes fue del 9,5% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 5,3-13,6). En los individuos menores de 65 años con enfermedades concomitantes asociadas (diabetes o bronquitis crónica o asma o enfermedad de corazón) la cobertura fue del 18,1% (IC 95%, 4,0-32,1) y en los mayores de 65 años del 48,9% (IC 95%, 34,1-63,6). Los factores predictores significativamente asociados con la mayor probabilidad de recibir la vacuna antigripal en este grupo de población fueron: tener más de 65 años (odds ratio [OR] = 9,61, IC del 95%, 6,01-15,37), realizar ejercicio físico (OR = 1,45, IC 95%, 1,04-2,02), presencia concomitante de diabetes (OR = 4,26, IC 95%, 2,05-8,87) o bronquitis crónica (OR = 3,06, IC 95%, 1,44-6,49), y mala percepción de la salud (OR = 1,42, IC 95%, 1,01-2,02).

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio indican que entre los inmigrantes que viven en España, la cobertura vacunal se encuentra por debajo de los niveles considerados como deseables. Es necesario identificar los motivos de esta cobertura tan baja para poder poner en marcha aquellas estrategias que están consideradas como efectivas en la mejora dichas coberturas y particularmente entre los menores de 65 años, sujetos con estilos de vida inadecuados y en aquellos con otras condiciones crónicas asociadas.

145. ESTRATEGIA DE CONTROL DE LA DIFUSIÓN DE LA GRIPE AH1N1 EN SEVILLA

M.E. Delgado Torralbo, M. García-Fernández, S. Huarte Osakar

Delegación Salud Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: El 26 de abril se recibe sospecha de un caso de gripe A H1N1 en un joven de 22 años, universitario procedente de México. Alumnos de 13 facultades realizaron ese mismo viaje. Comienza una avalancha de llamadas telefónicas, visitas a servicios de urgencias y atenciones de la EPES-061. La provincia de Sevilla confirmó 27 casos con un secundario (Estado 35,6% secundarios) Se analizan los aspectos fundamentales de la gestión de esta alerta y su influencia en el desarrollo de la misma.

Métodos: Estudio descriptivo de la incidencia de casos de gripe A H1N1 en la provincia. Análisis de la gestión del brote y su influencia en el control de la difusión del virus: organización del gabinete de crisis, medidas para solucionar los conflictos clínico-epidemiológicos. Elementos de aprendizaje.

Resultados: Colapso en urgencias y 061, coincide con Feria de Abril. Casos investigados 61: confirmados 27 (edad media 23 años), descartados 31, probables 2, sospecha 1. Sintomatología leve sin complicaciones. Contactos con tratamiento 405. I-Saturación teléfono de Alertas de Salud Pública y de la actividad del epidemiólogo de guardia: se crea gabinete de crisis en EPES 061 con refuerzos. II-Difusión de información a la red pública y privada: convocatoria directivos y técnicos. III-Tensión entre epidemiólogos y clínicos por la gestión coordinada de la vigilancia y la intervención: guardia 24h en Servicio MPSP del hospital de referencia, prolongación de jornada de epidemiólogos y apoyo de enfermería. IV-Cambios sucesivos en el Protocolo: reuniones con epidemiólogos/preventivistas/ directivos y presentación del flujograma. V-Seguimiento de casos y contactos y mantenimiento del aislamiento: labor de enfermería de enlace y del Dispositivo de Urgencias de AP. VI-Problemas interniveles administrativos y ruidos en el sistema de información: estricta aplicación del protocolo del Sistema de Vigilancia especificando las competencias de Autoridad Sanitaria e información en paralelo a directivos VI-Universidad: continua información y recomendaciones.

Conclusiones: La rápida toma de medidas ha evitado una situación de crisis permitiendo el control del brote y ha puesto de manifiesto las limitaciones del modelo de Atención Continuada a las Alertas de Salud Pública. La coordinación de la intervención entre Atención Primaria y Hospitalaria, impidiendo mezclar las funciones de vigilancia y de autoridad sanitaria ha exigido un esfuerzo que ha fortalecido a la Salud Pública y a sus profesionales reconociéndosele su capacidad y competencia.

126. SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA NUEVA GRIPE AH1N1 EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

F. González, O. Zurriaga, S. Guiral, M. Martín-Sierra, R. Carbó, I. Huertas, E. Pérez, P. Momparler, A. de la Encarnación

Área de epidemiología; DGSP; Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: La nueva gripe AH1N1 ha tenido especial impacto en la Comunidad Valenciana (CV) con la declaración de casos importados y secundarios, obligando a organizar la vigilancia cuyos objetivos son identificar y aplicar medidas de control ante la detección de personas con síntomas compatibles y estancia previa en países con transmisión sostenida, seguir la transmisión comunitaria, e identificar y controlar posibles clusters del nuevo virus AH1N1.

Métodos: Para cumplir los objetivos, la infraestructura de la CV consta de 1) Declaración electrónica de gripe desde el Sistema de Información Ambulatoria (SIA) al Sistema AVE, 2) Un módulo específico en AVE para la Vigilancia de la gripe AH1N1, 3) La Red de Vigilancia Microbiológica (RedMIVA) para la gestión de resultados microbiológicos y vigilancia de las neumonías, y 4) la Red Centinela Sanitaria.

Resultados: La declaración de gripe en la CV es individualizada y se realiza de forma electrónica desde SIA, incluyendo datos de identificación del caso, fecha del diagnóstico y antecedente de vacunación, con coberturas cercanas al 100%, lo que permite realizar la selección de casos para la recogida de muestras e investigación de virus en el momento del diagnóstico. La exhaustividad y oportunidad del sistema permiten observar la evolución de la gripe por los parámetros de persona, lugar y tiempo, así como la identificación de cambios en el patrón habitual. El Sistema AVE está adaptado para que desde epidemiología o Medicina Preventiva hospitalaria, se puedan intro-

ducir y gestionar los casos de gripe y sus contactos, con toda la información clínica, epidemiológica y microbiológica. A través de RedMIVA se gestionan los resultados de los laboratorios de microbiología de los hospitales en tiempo real, identificando la procedencia de la muestra, y comprobando si el caso está declarado en AVE. La RedMIVA incluye el diagnóstico de neumonía en la solicitud de la prueba. A partir de esta información se recogen muestras del hospital más representativo de cada provincia un día a la semana, enviándolas al laboratorio de referencia para su procesado. La Red Centinela incluye, para los médicos participantes, información epidemiológica y toma de muestras en los pacientes que cumplen los criterios de definición de caso.

Conclusiones: La integración de los Sistemas AVE, SIA y RedMIVA, con datos en tiempo real, permite mejorar la oportunidad y exhaustividad del Sistema de Vigilancia, la rápida identificación de posibles cambios en el patrón epidemiológico y la implementación de mejoras en el sistema, como la realizada para la vigilancia de la nueva gripe AH1N1, sin afectar sus atributos.

PÓSTERES I

Jueves, 29 de octubre de 2009. 9:00 a 10:00 h

Sala: Exposiciones

Epidemiología veterinaria y zoonosis

Moderador: Ignacio de Blas Giral

345. ANÁLISIS DE LA VIGILANCIA DE GRIPE AVIAR H5N1 EN AVES SILVESTRES EN 2007 EN ESPAÑA

M. Martínez, A.M. Perez, M.J. Muñoz, A. de la Torre, I. Iglesias, J.M. Sánchez-Vizcaíno

CISA-INIA; CONICET; UNR; CADMS; UCM.

Antecedentes/Objetivos: En las aves domésticas la gripe aviar es de declaración obligatoria cuando está causada por virus Influenza A de los subtipos H5 y H7, por la potencialidad de provocar en ellas una enfermedad grave y mortal, con las elevadas pérdidas económicas que conllevan tanto la disminución de la producción como el cierre de mercados. Además, en la última pandemia de gripe aviar (2005-2009), causada por el subtipo H5N1 de alta patogenicidad (HPAI), se han afectado hospedadores secundarios como mamíferos o el hombre y también ha provocado muertes entre los hospedadores naturales, las aves silvestres, cuyo rol dispersor se puso en evidencia durante el pico de la onda epidémica europea en 2006. La vigilancia en aves silvestres, en marcha desde 2004, aumentó en intensidad y costes ante el avance de la enfermedad desde el sudeste asiático, siendo máxima en 2007. En España se detectó el primer y único caso de gripe aviar (H5N1 HPAI) en junio de 2006 en Vitoria. Si bien el plan nacional de vigilancia de gripe aviar recomendaba un número mínimo de aves a muestrear basado en la abundancia de aves, otros factores de riesgo como la proximidad geográfica a zonas de rutas migratorias o la posibilidad de contacto entre poblaciones domésticas y silvestres podían aumentarlo.

Métodos: En este trabajo presentamos un análisis del riesgo de entrada de gripe aviar H5N1 HPAI por aves silvestres en España basado en la probabilidad de que al menos un ave acuática invernante infectada entre en nuestro país (pe). Para ello se han analizado los datos de declaraciones obligatorias a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE, 2005-2007), la densidad aviar doméstica (FAO, 2005), la abundancia de aves silvestres (SEO, 2007) y sus movimientos basados en los registros de anillas (Oficina de Especies Migrato-

rias, MARM, 1960-2006), y comarcas veterinarias. A continuación, se ha correlacionado pe con la probabilidad de que un ave sea muestreada (pm) en cada comarca. También se ha analizado la correlación entre pm y la probabilidad de que un ave acuática se encuentre en esa comarca (pa). La validez de los datos se ha analizado comparando pa con la probabilidad de que una anilla sea recuperada en esa zona (pr).

Resultados: De las 497 comarcas, 175 disponían de recuperaciones de agosto a marzo (invernada), 244 disponían de datos de vigilancia (MARM, 2007) y 105 tenían datos de abundancia, recuperación y vigilancia. Las zonas de mayor pe coinciden con zonas húmedas importantes así como en las comarcas alrededor del Río Ebro.

Conclusiones: La correlación mayor entre pe y pm que entre pa y pm indica que la vigilancia debería estar más orientada a la probabilidad de infección que a la abundancia.

Financiación: PN RTA2006-00167-C02-01.

485. PREVALENCIA Y SINTOMATOLOGÍA POR ROTAVIRUS Y CALICIVIRUS EN PORCINOCULTURA INTENSIVA EN ZARAGOZA

R.M. Masía, I. de Blas, J. García, J.L. Muzquiz, J. Buesa, O. Gironés, N. Halaihel

Departamento de Patología Animal, Facultad de Veterinaria, Universidad de Zaragoza; Departamento de Microbiología y Ecología, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: En este estudio queríamos en primer lugar determinar la prevalencia de rotavirus y calicivirus en el ganado porcino de la provincia de Zaragoza, así como sus respectivos grados de asociación con la presencia de diarrea. Y en segundo lugar evaluar su potencial zoonótico en función de si existe relación entre los calicivirus porcinos con los calicivirus humanos del género norovirus.

Métodos: Doscientas veintiuna muestras de heces cogidas al azar, de diferentes granjas industrial de producción porcina intensiva de la provincia de Zaragoza y del matadero de la Zaragoza, fueron procesadas para detectar rotavirus y calicivirus por RT-PCR. La consistencia de las muestras fue calificada como diarreica o no-diarreica. Se realizó un análisis estadístico estratificado en función del manejo que recibieron los animales en diferentes edades: GrI (lechones lactantes: 0-3 semanas) GrII (lechones transición: 4-8 semanas), GrIII (Cebo I: 9-16 semanas), GrIV (Cebo II: 17-24 semanas) y Gr V (adultos: > 24 semanas).

Resultados: Se detectaron rotavirus en el 16,7% de las muestras. Se encontró que la presencia de rotavirus estaba asociada significativamente con las heces diarreicas en animales en los diferentes grupos de animales (OR = 4,3). Además la detección de rotavirus fue significativamente mayor en los animales menores de 8 semanas de vida con respecto al resto de grupos de edad (OR = 5,2). La prevalencia de calicivirus fue del 12,2% y no se encontraron diferencias significativas según los grupos de edad. Tampoco se demostró que estuviera asociado con la consistencia de las heces (OR = 0,8). Se aisló el genotipo G9P[8] en muestras de lechones lactantes. Hay que señalar que el G9 ha sido el genotipo de rotavirus que se aisló con mayor frecuencia en los niños a lo largo del año en el que se realizó este estudio. En cuando a calicivirus sólo se detectó sapovirus porcino y, utilizando una técnica de RT-PCR en tiempo real que detecta la mayoría de los norovirus humanos, no hemos detectado ninguna muestra positiva.

Conclusiones: Calicivirus y rotavirus están presentes en las explotaciones porcinas de la provincia de Zaragoza, España. Las infecciones por calicivirus pasan desapercibidas (asintomáticas) mientras que las infecciones por rotavirus están asociadas a la presencia de la diarrea. Es preciso diseñar cebadores específicos para las cepas porcinas de norovirus para avanzar en este tipo de estudios.

489. TAMAÑO DE MUESTRA PARA DETECTAR INFECCIÓN EN PECES USANDO MUESTREO BASADO EN CRITERIOS OBJETIVOS

I. de Blas, A. Vallejo, I. Ruiz-Zarzuela

Facultad de Veterinaria; Universidad de Zaragoza; Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad de Córdoba, Montería, Colombia.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este trabajo fue ajustar el tamaño de muestra necesario para detectar un pez infectado usando un método de muestreo no probabilístico basado en criterios objetivos (presencia o ausencia de síntomas clínicos), y en consecuencia minimizar el tamaño de muestra que se utiliza para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica de esas poblaciones, ya que es uno de los factores limitantes más importantes cuando se diseña este tipo de estudios.

Métodos: En un servidor web se implementaron diversas funciones en ASP, usando MySQL como gestor de bases de datos, para simular diferentes poblaciones de peces, para realizar diferentes estrategias de muestreo y para generar los correspondientes resultados. Para simular diferentes poblaciones (escenarios) se tuvieron en cuenta tres variables: tamaño de la población (de 100 a 10.000 peces), prevalencia de infección (2%, 5% y 10%), y la relación de síntomas clínicos (RSC) entre peces infectados y no infectados (20%/20%, 20%/50%, 50%/20% y 50%/50%). Se llevaron a cabo un millar de iteraciones para conocer cuántos peces había que muestrear hasta encontrar el primer pez positivo, y para cada escenario se calculó el número promedio de peces muestreados, la desviación estándar y el porcentaje de iteraciones en las que fue necesario tomar más animales de los establecidos como valor de referencia para un muestreo probabilístico con un 95% de nivel de confianza ($n = [1 - a^{(1/d)}] \cdot [N - (d-1)/2]$ (donde a es el error tipo I, d es el número de peces infectados esperados y N es el tamaño de la población).

Resultados: Los resultados mostraron que el tamaño de muestra simulado fue significativamente menor que el esperado, con la excepción de las poblaciones pequeñas (< 500 peces) con baja prevalencia (2%). Hemos observado que en las condiciones del estudio y para poblaciones mayores de 1000 peces, el tamaño de muestra necesario está relacionado con la RSC, y que podría calcularse un tamaño de muestra ajustado (n_a) usando la siguiente fórmula: $n_a = n \cdot RSC/3$.

Conclusiones: Estos resultados empíricos podrían permitir reducir el coste de muestreo de los programas de vigilancia epidemiológica en poblaciones acuáticas, sin embargo deberían evaluarse en un rango de escenarios más amplio, y sería necesario incorporar a las aplicaciones funciones adicionales para estimar el nivel de confianza del muestreo.

463. DISMINUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE CORDEROS EN EXTREMADURA Y SU RELACIÓN CON LA LENGUA AZUL EN EL PERIODO 2007-2008

M. Martínez, I. de Blas, C. Sanz, J.M. Sánchez-Vizcaíno

CISA-INIA; Junta de Extremadura; UNIZAR; UCM.

Antecedentes/Objetivos: La lengua azul es una enfermedad infecciosa de los rumiantes causada por un orbivirus y transmitida por jejenes infectados del género Culicoides. Existen 25 serotipos conocidos, cuyo comportamiento es muy diferente en cuanto a clínica, virulencia y respuesta inmune. Entre los serotipos que han afectado a la península ibérica desde 2004 no ha existido inmunidad cruzada, requiriendo cada uno el uso de una vacuna específica. El serotipo 4 (st4) (2002-2005) fue controlado mediante el uso de vacuna atenuada en ovino, siendo reemplazada en 2005 por una vacuna inactivada en ovino y bovino. El año 2005 fue el último con focos por st4 y la última campaña de vacunación antist4 se realizó en 2007/08. Desde

2007 circula el serotipo 1 (st1), al que se ha añadido el serotipo 8 (st8) en 2008. La importancia ganadera de Extremadura, especialmente de rumiantes en extensivo que pueden estar expuestos al vector, y la elevada prevalencia de Lengua Azul, ha supuesto que en esta región se hayan aplicado las restricciones frente a todos los serotipos peninsulares. Además, los ganaderos alertaron a las autoridades de un descenso de la productividad de corderos en 2007 y 2008, por lo que en este trabajo se investiga la relación entre el descenso de la productividad, la enfermedad y la vacunación.

Métodos: En este estudio ecológico se ha analizado a nivel de la comarca veterinaria ($n = 15$) la asociación entre la presencia de los diferentes serotipos, la vacunación frente a los diferentes serotipos y la producción de corderos. Los resultados preliminares indican que no existen diferencias significativas en la producción entre 2007 (vacuna st4) y 2008 (vacuna monovalente st1, monovalente st4 y bivalente st 1+4) entre las comarcas con y sin brote ($p > 0,05$). Para investigar otros factores de riesgo que puedan estar influyendo sobre la disminución de corderos se plantea un análisis a nivel de las explotaciones. Se cuenta con datos de 10.698 explotaciones ovinas con censo en 2007 y 10.576 en 2008.

Resultados: En 2007 resultaron afectadas entre el 25-30% de las explotaciones, mientras que en 2008 esta proporción se redujo a un 2%. La prevalencia de explotaciones afectadas por comarca varió en 2007 entre el 3-50%, siendo Coria la más afectada. En 2008 la prevalencia disminuyó considerablemente, entre 1-3%, exceptuando las comarcas de Plasencia (9%) y Navalmoral (8%).

Conclusiones: Los resultados obtenidos no son concluyentes por lo que será preciso recabar más información para ampliar el estudio, y algunos de los parámetros que se incluirán son la densidad de otras especies susceptibles, fundamentalmente bovino doméstico pero también la presencia de ciervos, la abundancia de vector y las características ambientales y climáticas que favorecen la dispersión de lengua azul en función del área geográfica.

460. HIDATIDOSIS EN ANIMALES SACRIFICADOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO 2004-2008

D. Coll Jordá, L. Díaz de Lezana Guinea, J. García González

Dirección de Salud Pública, Departamento de Sanidad Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: La hidatidosis es una zoonosis que dejó de ser de declaración obligatoria a nivel nacional en 1996, pasando a serlo en regiones endémicas, entre las que no se incluye Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Conocer la prevalencia es difícil, pero es posible realizar una vigilancia de la persistencia del parásito en el medio, uno de los métodos posibles es conocer los animales de abasto en los que se encuentran quistes hidatídicos en la inspección post mortem. En la CAPV, el mayor número de animales sacrificados en mataderos son bovinos. El ovino sacrificado es mayoritariamente de animales jóvenes (lechales) y el número de porcinos es muy pequeño. Objetivo: conocer el porcentaje de canales con hidatidosis en el ganado vacuno sacrificado en los mataderos de la CAPV desde 2004 a 2008. Conocer si existen variaciones significativas en los porcentajes.

Métodos: Contabilizar los animales vacunos en los que se han identificados quistes hidatídicos en la inspección post mortem en los mataderos de la CAPV entre 2004 y 2008. Estimación y comparación de porcentajes, con Epi6.

Resultados: El año 2004 se sacrificaron 105.046 bovinos, en 1.770 (1,68%) se hallaron quistes hidatídicos, en 2005 3.028 (2,71%) de 111.901, durante 2006 se sacrificaron 87.686 animales, con 1.299 (1,48%) con quistes hidatídicos, y en 2007 fueron 3.599 (4,56%) de 78.840, en 2008 de 77.792 animales sacrificados, en 3.163 (4,07%) se hallaron quistes hidatídicos. Comparando el porcentaje de 2004 y 2008, $\chi^2 = 972$ $p < 0,01$. Al comparar el total de los años $\chi^2 = 2469$ y $p < 0,01$.

Conclusiones: El porcentaje de hidatidosis en el ganado vacuno sacrificado en la CAPV es bajo, aunque sigue siendo bajo se aprecia un incremento importante desde 2007. Es necesario continuar la vigilancia en animales para comprobar si es un aumento se mantiene y estudiar si este incremento tiene un reflejo en casos humanos.

505. BRUCELOSIS EN CATALUNYA POR CONTACTO DIRECTO CON ANIMALES O SUS PRODUCTOS

P. Godoy, G. Carmona, L. Acosta, J. Caylà, A. Domínguez, J.M. Jansà, J. Álvarez, N. Camps, I. Barrabeig, *et al*

Dirección General de Salud Pública; CIBER en Epidemiología y Salud Pública; Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En las áreas endémicas de brucelosis el contacto directo con el ganado o sus productos constituye un riesgo de transmisión importante si no se adoptan sistemas de protección. El objetivo del estudio fue analizar los casos de brucelosis generados por contacto directo en comparación a los generados por transmisión alimentaria.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de la serie de casos incidentes de brucelosis residentes en Cataluña en el periodo 1992-2006. Se utilizó la definición de caso del de la red de Vigilancia Epidemiológica. Para cada caso nuevo un técnico de salud pública relleno una encuesta epidemiológica sobre fuentes de infección, mecanismos de transmisión y medidas de control adoptadas. Se calcularon las tasas de incidencia por 105 habitantes con su intervalo de confianza (IC) del 95% para cada uno de los años, el total de Cataluña. La evolución de la tasa de incidencia se estudio mediante 2 de tendencia lineal. La existencia de diferencias la prueba de estadísticamente significativas entre la variable dependiente (tipo de transmisión), el sexo y grupos de edad se estudiaron con la odds ratio (OR) con su IC del 95%.

Resultados: En el conjunto del período se detectaron 1420 nuevos casos los cuales presentaron una media de edad de 39,6 años y 74,6% eran hombres. Los casos presentaron una reducción continua y sostenida desde 185 casos nuevos el año 1992 hasta 13 casos el año 2006. La tasa de incidencia por 105 para el conjunto de Cataluña evolucionó de 3,0 (IC 95% 2,6-3,5) el año 1992 hasta 0,2 (IC 95% 0,1-0,3) el año 2006 ($p < 0,05$). El 55,1% (783/1420) de los casos presentaba el antecedente de contacto directo con animales vivos. La especie animal más frecuentemente implicada fueron ovejas 30,2% (429/1420), cabras 28,7% (407/1420) y vacas 11,2% (159/1420). El contacto directo con animales muertos o sus productos se observó en el 15,1% (214/1420). Los casos generados por contacto directo fueron más frecuente en los hombres (OR = 3,5, IC 95% 2,6-4,6) y en los grupos de edad de de 20 a 59 años (OR = 3,5, IC 95% 2,6-4,6) y menores de 20 (OR = 1,8, IC 95% 1,1-2,9) respecto a los de 60 o más.

Conclusiones: La mayoría de los casos se presentan por contacto directo con el ganado o sus productos (70,2%). La incidencia de la brucelosis ha presentado un descenso notable en los últimos años. Dado el reducido número de casos actuales se deberían intensificar la investigación de los mecanismos de transmisión y las fuentes de infección junto con el departamento de ganadería y las unidades de salud laboral para acelerar la eliminación de la enfermedad.

502. EFICACIA DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA RABIA 2004-2008 EN EL DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA ALMERÍA

J.J. Fornovi Vives, M. Martínez Martínez, R.J. Bonillo Navarro

Epidemiología Distrito A.P. Almería; Unidad de Protección de la Salud; Unidad Administrativa Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: En el Distrito Almería se viene desarrollando de manera continuada el Programa de Vigilancia de la Rabia,

detectándose niveles de cumplimiento de los objetivos por debajo de los deseables debido a circunstancias que deben conocerse. La cantidad elevada de intervenciones que conlleva el desarrollo del Programa y los tiempos dedicados al intento de control de cada uno de los animales agresores, plantea la necesidad de una revisión de lo realizado que permita encontrar propuestas de mejora que acerquen a una mayor eficacia y la mejor eficiencia para cumplir los objetivos: la intervención y control adecuados en las personas agredidas y de los animales agresores.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los últimos 5 años (2004-2008) analizando las variables de registro anual diferenciadas por zona rural y zona urbana, sexo y grupos de edad.

Resultados: *Personas agredidas:* Se detectan más agresiones por animales en el ámbito rural que en el urbano (en números absolutos: 825/536 y en tasas por 10.000: 20/6). *P. agredidas/sexo y grupos de edad:* Las agresiones se producen más en hombres (58%) que en mujeres (42%) con un intervalo de edad más afectado entre los 25 y 59 años. *Especies agresoras y su estado vacunal:* las especies agresoras son fundamentalmente perros (80%), seguido de gatos (17%) y luego (4%) de lo más diverso de especies, siendo muy bajo el porcentaje de vacunados en perros (72%) y especialmente en gatos (96%). *Intervención del Programa de Rabia en animales agresores:* Para cumplir con el control del Programa los animales que finalizan la observación, tras 14 días, deben estar vacunados, por lo que observado no quiere decir bien controlado si no está bien vacunado, dando unos resultados muy bajos los que cumplen el criterio de controlado (23%) que son los vacunados de todos los que se han podido observar (45%). *Personas vacunadas postexposición SIN IGG:* Por agresión de perro: 3-75%, por gato: 1-25%.

Conclusiones: El mayor número de agresiones ocurrido en el ámbito rural orienta a la necesidad de programas de intervención que mejoren el control de estos animales por parte de sus propietarios o su recogida por las instancias competentes. Deberán establecerse mecanismos correctores que permitan asegurar que los animales desconocidos son tales o se pueden localizar de mejor forma. Se deben aprovechar mejor los controles de los animales agresores asegurando las vacunaciones de perros y gatos en el periodo de observación. Al no estar en zona endémica de rabia sólo se administrará tratamiento antirrábico postexposición en determinadas circunstancias y nunca vacuna sin IGG antirrábica.

350. TULAREMIA EN NIÑOS. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS MENORES DE 15 AÑOS. BROTE 2007 CASTILLA Y LEÓN

M. Allué Tango, C. Ruiz Sopeña, A. Pérez Rubio

Dirección General de Salud Pública e I+D+I; Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: En la última década Castilla y León ha sufrido 2 grandes brotes de tularemia, el primero tuvo lugar en 1997 relacionado con la manipulación de liebres, el segundo en 2007, relacionado con actividades medioambientales y el contacto con topillos. La información existente sobre tularemia en niños es escasa. En general es una enfermedad con un buen pronóstico siempre que el diagnóstico y tratamiento se realicen de forma rápida. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos de tularemia en menores de 15 años ocurridos durante el brote de 2007.

Métodos: Se consideran casos de tularemia los casos notificados en el sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, con fecha

de inicio de síntomas en 2007, con edad menor a 15 años. Los datos clínicos, epidemiológicos y microbiológicos son recogidos a través de encuesta específica.

Resultados: En 2007 se han notificado 30 casos de tularemia en menores de 15 años. La forma clínica más prevalente fue la tifoídica (30,0%), seguida de la ganglionar (26,67%) y ulceroganglionar (20%). Todos los casos se produjeron entre los meses de junio y septiembre, coincidiendo con el pico del brote. Se ha encontrado un tiempo medio de retraso en el diagnóstico de 33,17 días con una mediana de 18 días, en adultos fue de 20,9 días, mediana 13. El 46,6% de los niños fueron hospitalizados, frente a un 23,5% de los adultos. La estancia media de 5,3 días mediana 4 días con un mínimo 1 día y máximo 14 días, en adultos fue de 9 días, mediana 7,5 rango entre 1 y 38 días. Todos los casos evolucionaron favorablemente a la curación, sin embargo 2 casos con formas ulceroganglionares necesitaron drenaje de la adenopatía. Un 1,6% de los adultos refirieron complicaciones o secuelas las más frecuentes: persistencia de las adenopatías, astenia y artralgias. En niños los factores de exposición más frecuentes fueron el contacto con animales (36,6%), la picadura de artrópodos y contacto con roedores (20%). En adultos la exposición medioambiental (32,3%) y el contacto con roedores (21,6%).

Conclusiones: La tularemia en los niños del brote de 2007 tiene características diferenciales con los adultos. Predominio de formas clínicas relacionadas con una vía de transmisión por contacto (formas ulceroganglionares y ganglionares) concordante con los factores de exposición más frecuentemente encontrados. El tiempo hasta su diagnóstico es mayor sobre todo para las formas clínicas más inespecíficas como son las ganglionares y las tifoídicas. Es importante mejorar la vigilancia de esta enfermedad e insistir a los profesionales sanitarios para que incluyan esta enfermedad a la hora de orientar un diagnóstico.

344. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE TULAREMIA EN CASTILLA Y LEÓN EN 2008: UN AÑO DESPUÉS DEL BROTE

M. Allué Tango, C. Ruiz Sopeña, A. Pérez Rubio

Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación; Consejería de Sanidad; Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: Después del brote de 2007 se han seguido produciendo casos de tularemia en Castilla y León. El objetivo de este estudio es realizar una descripción de las características epidemiológicas de los casos notificados durante el año 2008.

Métodos: Se han utilizado los casos notificados al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y según la definición de casos del manual de enfermedades de declaración obligatoria de Castilla y León.

Resultados: Durante el 2008 se han producido 117 casos de tularemia (tasa de 4,57 casos por 100.000 habitantes): 46 confirmados, 68 probables y sólo 3 sospechosos. El mayor número de casos se produjo durante los meses de enero y febrero y un segundo pico de abril a julio. El 59,83% de los casos fueron varones y un 40,17% mujeres, con una edad media de 48,44 años (mediana 49, rango de 5 a 85). El 74,35% de los casos tienen edades superiores a los 41 años. La forma clínica más frecuente fue la tifoídica (32,17%), seguida de la ganglionar (24,35%) y la ulceroganglionar (13,91%). En todas las provincias predominan las formas clínicas ligadas a la transmisión respiratoria (principalmente su forma tifoídica), seguidas de las de transmisión por contacto (ganglionar y ulceroganglionar), excepto en la provincia de León en las que hay un predominio de formas ganglionares y ulceroganglionares. Las provincias más afectadas fueron Palencia (32,4%), Zamora (18,08%) Burgos (17,09%) y Valladolid (9,4%). El factor de exposición más frecuente en global son las labores de agricultura y jar-

dinería (37,89%), seguido de la manipulación y/o despellejamiento de liebre, junto con el contacto con otros animales (32,63%). Sin embargo entre los casos confirmados el factor predominante es manipulación y/o despellejamiento de liebre (34,78%), seguido de labores de agricultura y jardinería (28,26%).

Conclusiones: Los casos notificados durante 2008 no difieren de los notificados en 2007, en cuanto a distribución por edad y sexo, pero sí en cuanto a distribución temporal, encontrándose 2 picos uno en los meses de invierno y el otro en primavera-verano. Aunque la forma clínica más frecuente encontrada fue la tifoídica, se ha incrementado el porcentaje de formas ganglionares y ulceroganglionares, relacionadas con contacto directo, lo que concuerda con una mayor notificación de factores de exposición tipo despellejamiento y/o manipulación de liebres y el contacto con otros animales, disminuyendo el antecedente de contacto con roedores.

89. ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS (EETH) EN ESPAÑA. DE LA VIGILANCIA A LA PREVENCIÓN

F. Avellanal Calzadilla, M. Ruiz Tovar, J. Almazán Isla, E. Alcalde Cabero, I. Mahillo Fernández, P. Martínez Martín, J. de Pedro Cuesta

Centro Nacional de Epidemiología; Instituto de Salud Carlos III; Grupo de Vigilancia de las EETH.

Antecedentes/Objetivos: Actualizar la información de la variante de ECJ en España y presentar 1.- El plan de elaboración de una guía europea para la prevención de la transmisión de la enfermedad en el medio sanitario y 2.- El comienzo de actividades del Grupo Técnico.

Métodos: Se analizan los datos del Registro Nacional de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (RNEETH) para casos de vECJ españoles. Se describe el trabajo del recién creado "Grupo Técnico" para el análisis de incidentes y la revisión de literatura y análisis de guías nacionales existentes como punto de partida para elaborar propuestas.

Resultados: vECJ.- Desde 1993 hasta mayo de 2009 se han identificado 911 individuos diagnosticados de EETH confirmada o probable. Desde 2005, se han notificado 5 casos de vECJ confirmados post-mortem y 1 caso posible. Los síntomas se iniciaron en 2004 (1), 2006 (1), 2007 (3) y 2008 (1 posible). 4 de ellos son residentes en León. Grupo Técnico.- En enero de 2009, como consecuencia del acuerdo del Grupo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica de EETH se constituye el Grupo Técnico de EETH con los objetivos de analizar cuestiones relativas a salud pública, valorar y seguir posibles incidentes y tratar posibles problemas no previstos que puedan plantear el Ministerio de Sanidad y Consumo, las comunidades autónomas o el Registro Nacional de EETH. Guía europea.- Tras una convocatoria pública del ECDC, el Centro Nacional de Epidemiología lidera un grupo de expertos en EETH para la elaboración de una guía europea para el control de la enfermedad en medio sanitario. Se han encontrado 11.936 artículos relacionados con posible transmisión de priones a través de sangre, cirugía, procedimientos médicos y descontaminación. De ellos, se han seleccionado 933 para su revisión en detalle. Destaca la confirmación experimental de transmisión por sangre de EET y la sugerencia en estudios caso-control de que la ECJe se transmite por cirugía general. En 27 países, se han encontrado entre 0 y 19 documentos oficiales (guías, manuales, legislación y otros).

Conclusiones: España presenta un patrón geográfico y temporal de vECJ distinto al de los países de nuestro entorno, siendo oportunas las citadas iniciativas en medidas de prevención tanto por los avances en resultados de investigación etiológica como por el posible aumento de vECJ en nuestro país.

PÓSTERES I

Jueves, 29 de octubre de 2009. 9:00 a 10:00 h

Sala: Exposiciones

Desigualdades

Moderadora: Elia Díez David

51. UTILIZACIÓN DEL ODONTÓLOGO EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE ARAGÓN

L. Casaña, P. Carrera, M.C. Martos, J.M. Abad, M.J. Rabanaque

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Dirección General de Salud Pública; Gobierno de Aragón; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: La Encuesta Nacional de Salud (ENS) proporciona información sobre el uso de determinados servicios sanitarios y permite explorar la existencia de desigualdades en la utilización, en relación a variables como género, edad o clase social. El objetivo de este trabajo es describir la utilización del odontólogo, como servicio de salud, en los menores de Aragón, e identificar factores asociados.

Métodos: Se han utilizado los datos procedentes del cuestionario de menores (0-16 años) de la ENS correspondientes a Aragón, analizando la frecuentación al odontólogo en el año previo a la entrevista. Se estudia la posible asociación de este servicio con variables socio-demográficas, estado de salud, utilización de otros servicios sanitarios y calidad de vida. Los datos socioeconómicos, clase social, según el sustentador principal del hogar, y nacionalidad del menor, se han obtenido del cuestionario de hogar. Se realiza un modelo de regresión logística considerando como variable dependiente haber visitado al dentista o no y, variables explicativas: edad, sexo, estado de salud, clase social, nacionalidad, provincia, tamaño de municipio. Se estiman las odds de prevalencias y sus intervalos de confianza al 95%, la bondad de ajuste se valora mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow.

Resultados: El 38% de la población infantil visitó al odontólogo en el último año (71% en los niños de 6 y 64% en los de 11 años). Revisión (63%) fue el motivo más frecuente de la última consulta, seguido por ortodoncia (20%). La mayoría fueron visitados en consulta privada (72%). El análisis bivariante mostró diferencias significativas entre visita al dentista y sexo ($p < 0,01$), un 45% de niñas vs un 30% de niños y, edad ($p < 0,01$) el 8% de entre 2 y 5 años y el 53% de los mayores de 5. No se encontraron diferencias significativas por clase social ni por provincia ni tamaño de municipio. El 39% de los españoles fué al odontólogo y sólo, el 25% de los extranjeros, aunque esta diferencia no fue significativa. Se ha encontrado asociación entre ir al dentista y estado de salud: el 40% de los que consideran bueno su estado de salud frente al 9% de los que lo consideran malo ($p < 0,01$). Los que van al dentista tienen, en media, mayor calidad de vida $p = 0,01$. No existen diferencias entre el motivo de la consulta y la dependencia funcional del dentista (pública/privada) ni con haber realizado otras consultas médicas. En el análisis multivariante se obtuvo que la probabilidad de haber visitado al odontólogo en el último año es mayor para las niñas (OR = 1,9, IC95%:1,3-2,6), y para los de mayores de 5 años (OR = 19, IC95%:11,4-31,6).

Conclusiones: Según los datos de la ENS no se encuentran desigualdades sociales en el acceso al odontólogo en Aragón.

166. DESIGUALDADES SOCIALES EN EL CONSUMO DE TABACO EN EUSKADI EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

A. Bacigalupe, S. Esnaola, U. Martín, Y. Pérez, E. Aldasoro, M. Calvo

Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria; Departamento de Sanidad; Gobierno Vasco, Departamento de Sociología 2; Universidad del País Vasco.

Antecedentes/Objetivos: El consumo de tabaco es la conducta que causa mayor mortalidad y morbilidad prematuras y evitables en la actualidad. El modelo de difusión de la epidemia del tabaquismo predice la aparición de desigualdades socioeconómicas en las últimas fases de la epidemia. Se analizó la evolución de la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco en Euskadi, desde 1986 a 2007.

Métodos: Análisis transversal y de tendencias a partir de las cinco encuestas de salud de Euskadi de 1986, 1992, 1997, 2002 y 2007 ($n = 24.726$). Para cada año y sexo, se calcularon las prevalencias estandarizadas por edad del consumo de tabaco. Mediante modelos de regresión log-binomial, se estimaron las razones de prevalencia ajustadas por edad del consumo de tabaco según la clase social ocupacional y el nivel de estudios. La magnitud de las desigualdades se midió mediante el índice relativo de desigualdad (IRP) y el índice de la pendiente de desigualdad (IPD).

Resultados: De 1986 a 2007 las desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco han aumentado en ambos sexos. En los hombres, mientras en 1986 no se observaron desigualdades por clase social (IRD = 1,08 [0,77-1,50]), el gradiente social, con mayor consumo en los menos favorecidos, era evidente a partir de 2002 (IRD = 1,40 [1,19-1,65]) y mayor en 2007 (IRD = 1,68 [1,39-2,02]). Por nivel de estudios, las desigualdades fueron mayores que por clase social en todo el periodo, siendo el patrón socioeconómico evidente desde 1992 (IRD = 1,44 [1,14-1,81]), y en progresivo aumento hasta 2007 (IRD = 1,98 [1,61-2,42]). En las mujeres, hasta 1997 el consumo fue mayor en las clases sociales más altas, mientras que en 2007 el patrón era el inverso (IRD = 1,11 [0,87-1,37]). Por nivel de estudios, en 1986 también se observó un patrón de mayor consumo en los grupos más favorecidos (IRD = 0,18 [0,08-0,41]), en 1997 apareció el patrón inverso y, posteriormente, la magnitud de las desigualdades tiende a disminuir.

Conclusiones: La magnitud y evolución de las desigualdades sociales en el consumo de tabaco en Euskadi son muy relevantes y difieren por sexo. Es esencial que las políticas de salud dirigidas a la reducción del consumo de tabaco tengan en cuenta la relevancia de estas desigualdades y su diferente presentación en hombres y mujeres.

171. INDICADORES DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

E. Duran-Pla, E. Pérez, E. Rodríguez, J.M. Mayoral

DG Salud Pública; Consejería Salud, Junta Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La desigualdad en salud se origina en las desigualdades políticas, económicas y sociales existentes, hace referencia a aquellas diferencias en salud que son evitables y que pueden reducirse si se aplican intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas. El reconocimiento de factores socioeconómicos y socioculturales en la configuración de patrones epidemiológicos de salud mental, conlleva la necesidad de realizar estudios para identificar las desigualdades en salud mental. El objetivo de este trabajo es describir la salud mental (depresión y ansiedad) y su relación con indicadores socioeconómicos en la población andaluza.

Métodos: La Encuesta Andaluza de Salud de 2007 (EAS07) de base poblacional, basada en un diseño muestral probabilístico estratificado y polietápico, se realiza mediante entrevistas en el hogar

con el objetivo general de aportar información relevante para el análisis del estado de salud de los andaluces y su sistema sanitario. Estudio transversal con los datos individuales de la EAS07 correspondientes a la población no institucionalizada de 16 años o más residente en Andalucía en 2007. Se obtienen la prevalencia de la depresión y/o ansiedad autodeclarada como diagnosticada por los servicios sanitarios, según la edad, el sexo, el tamaño de la localidad de residencia, los ingresos, nivel de estudios alcanzado y situación laboral.

Resultados: La prevalencia de la depresión y/o ansiedad fue del 7,5% en mujeres y 3,2% en los hombres, aumentando con la edad en ambos sexos, observándose un máximo en los hombres de más de 75 años y en las mujeres de 55 a 64 años. La prevalencia varía según los diferentes indicadores sociales. Aumenta a medida que disminuye el nivel de ingresos, siendo de 11,3% en la población con renta menor a 1000 € y de 3,4% en la personas con rentas de más de 2000 €. En ambos sexos los porcentajes más altos se observan en personas sin estudios (7,6% de los hombres y 12,4% en mujeres) y en las mujeres con sólo estudios primarios (8,2%). Atendiendo a la situación laboral, se presenta con frecuencia llamativamente más elevada entre las personas con invalidez o incapacidad permanente (22% hombres y 27% mujeres), también es elevada en jubilados (7,1% hombres y 12,7% mujeres), parados (4,1% hombres y 7,8% mujeres), y amas de casa (9,1%). No se aprecian diferencias en función del tamaño de la localidad de residencia.

Conclusiones: La prevalencia de problemas de ansiedad y depresión presentan desigualdades en los distintos ejes estudiados (edad, sexo, nivel de ingresos, nivel de estudios y situación laboral) excepto en el de tamaño de la localidad de residencia. La Encuesta Andaluza de Salud es una herramienta útil para el estudio de las desigualdades en salud ya que permite cruzar las variables con las características socioeconómicas.

199. INFLUENCIA DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD DE LA CIUDAD DE FORTALEZA-CEARA (BRASIL)

A. Salgado Barreira, D. Carneiro de Oliveira, M. Taracido Trunk, A. Figueiras Guzmán

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública; Universidad de Santiago de Compostela.

Antecedentes/Objetivos: El desarrollo y el crecimiento económico de los países han dado como resultado altos niveles de industrialización y urbanización, pero también han creado sociedades profundamente marcadas por las desigualdades, causantes de un exceso de mortalidad y morbilidad. Brasil es un importante ejemplo para estudiar la situación de la pobreza y sus determinantes. El presente trabajo pretende mostrar la asociación entre el riesgo de mortalidad y el índice de pobreza en la ciudad de Fortaleza-Ceará.

Métodos: Estudio de diseño ecológico transversal, la unidad de análisis fueron los barrios de la ciudad de Fortaleza. Esta ciudad tiene 114 barrios. De cinco de ellos no se dispuso de datos de mortalidad. Se incluyeron todas las defunciones ocurridas durante el año 2000. Los datos de mortalidad de Brasil se consiguieron a través del banco de datos del Sistema Único de Salud, los indicadores socioeconómicos y el número de habitantes en cada área se obtuvieron a partir del Censo de Habitantes y Viviendas del Instituto Brasileño de Estadísticas del año 2000. Las variables utilizadas para el análisis de la mortalidad fueron: causa básica de defunción, barrio y un indicador compuesto calculado mediante un análisis de componentes principales de los indicadores socioeconómicos simples. Por último, se realizó un análisis de correlación para valorar la asociación entre nivel socioeconómico y mortalidad.

Resultados: El índice de privación se dividió en cinco grupos, siendo el grupo 1 el que presentaba mejores condiciones socioeconómicas y el grupo 5 las peores. Los resultados de mortalidad se valoraron en función de los cinco niveles socioeconómicos calculados. Se observó que existía asociación significativa del nivel socioeconómico con la mortalidad total ($p < 0,001$), la mortalidad por enfermedades circulatorias ($p < 0,001$) y la mortalidad por causas externas ($p < 0,001$). Analizando los datos de mortalidad por todas las causas, se observó que los barrios que presentaron mayor número de defunciones estaban clasificados en los grupos 4 y 5 del índice compuesto, con excepción de dos de ellos. En relación con la mortalidad por causas externas llamó la atención el hecho de que los barrios responsables del 86% de todos los casos de agresión en la ciudad estaban ubicados en los grupos 4 y 5.

Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren que hay grandes diferencias socioeconómicas entre los barrios de Fortaleza y apuntan hacia la existencia de relación entre la condición socioeconómica y la mortalidad total, la mortalidad por causas circulatorias y la mortalidad por causas externas.

375. ESTUDIO DE LOS HOGARES DEL BARRIO POMEZIA EN TERUEL

P.A. Sánchez, A. Zaera, M.P. Muñoz, M.P. Rodrigo, M.V. Cañada, A. Vergara

Subdirección de Salud Pública de Teruel; Cáritas Diocesana Teruel.

Antecedentes/Objetivos: La salud se concibe como resultado de todos los factores que intervienen sobre la vida de los individuos y entre otros, la etnia, la marginación social carencias en vivienda etc. En la comunidad gitana española las condiciones sociales han sido peores que las de la población mayoritaria. La persistencia del chabolismo y la infravivienda, la concentración de población gitana en barrios segregados, el deterioro de las viviendas y del entorno, el hacinamiento y la discriminación en el acceso a la vivienda de alquiler son algunos de los obstáculos que encuentran los ciudadanos gitanos para ejercer sus derechos en igualdad de condiciones que el resto de la población. El barrio Pomezia de Teruel es un asentamiento gitano desde hace 60 años. El objetivo del estudio es analizar las características de los hogares y de algunos componentes del mismo y plantear medidas de salud pública que puedan mejorar las deficiencias encontradas.

Métodos: Estudio descriptivo para el que se utilizó un cuestionario adaptado a las necesidades de este trabajo, tomando como base la encuesta diseñada por el Ministerio de Salud y Consumo, "Comunidad gitana y salud" con 38 ítems. Se eligieron 40 hogares arbitrariamente, en los que se entrevistó a un adulto de la familia. Se definió Infravivienda, Chabola, Vivienda normalizada. Para el análisis se utilizó Excel.

Resultados: La media de personas que habitan en cada hogar es 3,9. El 35% tiene 90 m² o más, Media 75,4 m². Existen 4 infraviviendas. El 100% tiene agua corriente, electricidad, cocina. El 95% tiene lavadora, el 97,5% frigorífico, el 25% no tiene agua caliente general. Un 2,5% no tiene cuarto de baño. No tienen: TV el 2,5%, teléfono el 7,5%. Tienen: el 10% PC, el 65% DVD, el 2,5% canal privado y el 27,5% videoconsolas. El 75% utilizan como calefacción la estufa de cáscara de almendra. El 85% de los hogares no tiene personas con discapacidad, en el 50% hay alguna persona con enfermedad crónica, siendo diabetes en el 35% y asma en el 25% las más frecuentes. En la mitad de los hogares hay menores de 14 años, de los que se ocupa habitualmente la madre. El 85% está a gusto en su vivienda y el 87% en el barrio, refieren falta de limpieza, jardines, instalaciones deportivas. El 98% considera fácil el acceso a los servicios sociosanitarios.

Conclusiones: La mayoría de los hogares son viviendas normalizadas, amplias, sin hacinamiento y entre ellas existen notables diferencias en

cuanto a higiene y confort. Se destaca que en la mitad de los hogares viven menores de 14 años. Existe mucha patología crónica no incapacitante. Muestran en general satisfacción con los servicios sociosanitarios, así como con sus viviendas y su barrio. Son necesarias medidas de educación en el barrio que mejoren la higiene y las condiciones del mismo.

490. SALUD EN LOS BARRIOS: INTERVENCIONES DIFERENCIALES PARA LUCHAR CONTRA LAS DESIGUALDADES EN SALUD

A. González, C. Cabezas, I. Sierra, M. Pla, A. Cardona, A. Sancho, T. Rodríguez, M. Faixedas, A. Plasencia

Departament de Salut de Catalunya; Fundació Doctor Robert.

Antecedentes/Objetivos: La Ley de mejora de barrios de la Generalitat de Catalunya cofinancia proyectos municipales de mejora urbanística intensiva en barrios con población en riesgo de exclusión social. En el marco de esta ley, el programa "Salud en los Barrios" del Departamento de Salud (DS) analiza necesidades y promueve acciones diferenciales para reducir desigualdades en salud. Objetivo: Describir los tipos de intervenciones realizadas.

Métodos: Salud Pública ha creado una cartera de servicios específica con financiación específica que se ofrece al incluir un barrio en el programa, esto se completa con la intensificación y priorización de los diferentes programas del DS y Ayuntamientos. En cada barrio se elabora un proyecto que, tras un proceso de detección de necesidades y priorización, incluye acciones propias de la administración local, la autonómica (sanitaria y salud pública) y agentes comunitarios.

Resultados: 43 barrios han hecho la detección de necesidades y 9 han priorizado las acciones. Muchas acciones priorizadas se centran en la mejor coordinación de recursos/instituciones: compartir información (identificación de colectivos vulnerables: censo de personas mayores viviendo solas), abrir a la comunidad intervenciones que sólo se ofertaban desde uno de los recursos (grupos de ayuda a familiares). A. veces se crean proyectos ad-hoc de prevención de problemas identificados (intervenciones comunitarias de prevención obesidad infantil). Dentro de la cartera de servicios se están utilizando tratamientos farmacológicos para dejar de fumar (n = 140), talleres de promoción de fruta y verdura en escuelas (n = 27), formación en atención primaria (en prevención de la obesidad infantil, maltrato). Se han priorizado estos barrios para la implementación territorial de programas del DS: Mediadores culturales (50 en atención primaria y especializada), Farmacias dispensadoras de test rápido de VIH, Programa de reducción del consumo de alcohol (61 ABS), Programa de prescripción de la actividad física (31 ABS), difusión de la línea telefónica para dejar de fumar, "Clase sin Humo", revisión de menús escolares y prevención de caries.

Conclusiones: En los 9 barrios donde se ha realizado la priorización de acciones el programa ha favorecido el trabajo conjunto entre los agentes que trabajan en el barrio, además de ayudar a identificar puntos de mejora para la mejora de la salud y la disminución de las desigualdades. El programa ha supuesto la creación de una cartera de servicios específica así como una priorización territorial de acciones y programas del DS y ayuntamientos desde una perspectiva intersectorial.

331. CONOCIENDO LA SALUD INFANTIL DEL BARRIO GITANO DE TERUEL

P.A. Sánchez, A. Zaera, M.P. Muñoz, M.P. Rodrigo, M.V. Cañada, A. Vergara, M.D. Esteban, M.P. Fombuena

Subdirección de Salud Pública de Teruel; Cáritas Diocesana Teruel.

Antecedentes/Objetivos: La salud se considera como resultado de factores que intervienen sobre la vida de los individuos, entre otros,

la etnia y la marginación social. Analizar y cuantificar desigualdades es uno de los objetivos en Salud Pública a partir de la estrategia de la OMS "Salud para Todos", dirigida a conseguir mayor equidad en salud entre las poblaciones. En este marco se valoraron y analizaron las posibles desigualdades en salud de la población gitana infantil del barrio Pomecia de Teruel, que planteasen futuras medidas de Salud Pública para mejorar sus condiciones de vida, estableciendo vínculos de trabajo con otras entidades.

Métodos: Estudio descriptivo. Se utilizó un cuestionario adaptado de la encuesta, "Comunidad gitana y salud". Población de Estudio: menores de 16 años. Se eligió un tamaño de muestra representativo mediante EPIDAT 3.1 de 30 individuos, nivel de confianza 95% precisión 5%. Algunos datos se comparan con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud 2006. Se utilizaron las curvas de Orbe-gozo para el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). La encuesta se realizó a los padres, y análisis de datos en Excel.

Resultados: Se encuestó al 47,6% de la población infantil, media 7 años. En el 87% la percepción del estado de salud de los niños es muy buena o buena. El 23% limitó su actividad en las dos últimas semanas por problemas leves de salud. El 23% sufrió algún tipo de accidente en el último año, y en un 43% fueron quemaduras. El 27% de los niños ha acudido al dentista en los últimos 3 meses, nunca ha ido el 53%. El 17% refieren tener caries. El 43% en los últimos doce meses ha utilizado el servicio urgencias y han estado hospitalizados, el 23%, con una estancia media de 5 días. El 29% ocupa su tiempo libre de forma sedentaria, el 7% de los mayores de 1 año no desayuna, el 11% no consume fruta, y el 46% consume productos de kiosco más de tres veces a la semana. El 63,3% tiene un IMC normal. El 100% de los niños tienen el calendario vacunal actualizado.

Conclusiones: Los niños de este barrio tienen problemas de salud habituales para su edad. Son bastante demandadores de los servicios de urgencias. La alimentación en general es buena aunque presentan hábitos alimentarios mejorables, no demuestran la existencia de sobrepeso y obesidad de forma llamativa. Utilizan su tiempo libre de forma sedentaria, limitan su actividad y sufren accidentes, hospitalización y caries, con más frecuencia que los de la población general. Este estudio ha permitido identificar áreas de mejora en esta población, motivos por los que se plantea colaborar con otras entidades reforzando a través del trabajo con las familias los programas de salud existentes, para conseguir mejoras individuales y colectivas.

333. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO ÁREAS PEQUEÑAS DE ANDALUCÍA

I. González, E. Fernández, J. Díaz-Borrego, D. Alguacil, J. Guerra

Servicio Andaluz de Salud; Hospital Puerta del Mar.

Antecedentes/Objetivos: El análisis se enmarcó en la necesidad de conocer el perfil de la población de Andalucía y la organización del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) para adecuar la oferta de servicios a la población. Objetivos: implicar a los Epidemiólogos en la elaboración del análisis. Identificar las características de la población a nivel local. Conocer cómo se comportaba la oferta de servicios del SSPA a la población.

Métodos: En noviembre de 2005 se celebró la primera reunión de grupo de epidemiólogos para consensuar las variables que se medirían. Los epidemiólogos hicieron un curso de formación específico de la materia. Una vez entregados se validaron los análisis por el SAS y la Escuela Andaluza de Salud Pública. Se realizó un estudio ecológico de Andalucía de 770 municipios. Las variables analizadas fueron: Sociodemográficas: pirámide de población, tasa de natalidad, fecundidad y fecundidad específica por edad, relación de dependencia, % usuarios mayor de 65 años, tasa de sobreenvjecimiento, inmigración, paro y analfabetismo, Resultados en salud:

esperanza de vida al nacer y a los 65 años, tasa de mortalidad, años potenciales de vida perdidos y tasa de incidencia de tuberculosis, Servicios de atención sanitaria: seguimiento de embarazo, salud infantil, educación maternal, planificación familiar, atención sanitaria a problemas específicos, atención a personas en riesgo social y Detección Precoz Cáncer de Mama. Las fuentes de información eran: IEA, INE, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía y bases de datos del SSPA: BDU, SIGAP y DIÁBACO. Se ha realizado un estudio descriptivo. Las unidades analizadas han sido: sección censal, municipio, UGC, Distrito Sanitario de Atención Primaria (DSAP), Área de Gestión Sanitaria (AGS) y Andalucía. El periodo de estudio era de 2000 al 2006.

Resultados: Los epidemiólogos han sido capacitados para elaborar los análisis. En Poniente de Almería la población era muy diferente en municipios de interior y de costa. La tasa de natalidad oscilaba entre el valor mínimo de $1,5 \times 1.000$ personas y el valor máximo de $21,6 \times 1.000$ en el AGS Sur de Granada. Se hallaron valores diferentes en Bahía de Cádiz-La Janda de la Cobertura de hipertensión arterial. Se encontraron diferencias en el % de cobertura de vacunados de la gripe en personas de 65 y más años en el DSAP Jaén Nordeste: 69,45% en uno de los municipios y 92,63% en otro de ellos.

Conclusiones: La metodología empleada puede ser considerada válida ya que ha permitido elaborar el análisis a nivel local. Hay diferencias dentro de un Distrito o Área que ha permitido un conocimiento más exhaustivo de la población, necesario para enfocar los servicios sanitarios a las particularidades propias de esta.

PÓSTERES I

Jueves, 29 de octubre de 2009.9:00 a 10:00 h

Sala: Exposiciones

Salud mental

Moderador: Felipe Aizpuru Barandiarán

114. INCIDENCIA DE EPISODIOS DE DEPRESIÓN EN CASTILLA Y LEÓN EN 2008. REGISTRO DE LA RED CENTINELA SANITARIA

T. Vega Alonso, M. Gil Costa, J.E. Lozano Alonso, L. Mateos Baroque, E.M. Vián González, R. Álamo Sanz

Consejería de Sanidad, Valladolid; Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social, Palencia.

Antecedentes/Objetivos: Los trastornos mentales están presentes en una de cada cuatro consultas en Atención Primaria. La depresión, junto a los cuadros de ansiedad son las entidades más frecuentes y suponen, no sólo un problema de salud de primera magnitud sino también un grave problema socioeconómico por las bajas e incapacidades laborales que provocan. El objetivo de esta comunicación es describir la incidencia de la depresión en Castilla y León.

Métodos: La Red Centinela Sanitaria de Castilla y León registró durante 2008 los nuevos episodios de depresión en una población cubierta de 88.049 personas mayores de 14 años. Se buscaron activamente casos de depresión entre las personas que manifestaban sentirse decaídas, deprimidas o desesperadas frecuentemente y entre aquellas que habían sentido poco interés o placer al realizar actividades cotidianas durante las dos últimas semanas. Se incluyeron también pacientes a los que se les prescribía un medicamento anti-depresivo o era derivado a atención especializada con sospecha de depresión. Los episodios en un mismo paciente en intervalos inferiores a 6 meses no fueron considerados.

Resultados: La tasa de incidencia de nuevos casos de depresión en 2008 para Castilla y León fue estimada en 687 casos por 100.000 habitantes (IC95%: 632-741), siendo muy superior en mujeres, 1.025 (IC95%: 931-1.119) que en hombres, 341 (IC95%: 287-396). Por debajo de 25 años, la diferencia de tasas entre mujeres y hombres no es significativa (188 vs 137), pero a partir de la tercera década de la vida, las tasas en las mujeres triplican las de los hombres, alcanzando su máxima diferencia entre los 55 y 64 años (1.724 vs 381), 4,5 veces mayor. Los síntomas más frecuentes son 'estado depresivo' y 'disminución del interés o placer por las cosas' presentes en el 85,9% y 73,5%, respectivamente. Casi un 10% tenían pensamientos recurrentes de muerte y el 17% fueron derivados a equipos de salud mental por la severidad de los síntomas.

Conclusiones: La depresión es una enfermedad muy frecuente en la población que, principalmente, se diagnostica y trata en el ámbito de la Atención Primaria. Las mujeres se ven mucho más afectadas que los hombres aumentando considerablemente esta diferencia con la edad. La sintomatología es variada y casi la mitad de los casos incluidos en este estudio no se pueden catalogar como episodios de 'depresión mayor' según los criterios DSMIV. Un estudio pormenorizado de estos datos permitirá observar variaciones clínicas por edad y sexo que ayuden a mejorar los programas de control y a definir criterios de sospecha y diagnósticos más ajustados a la realidad de la enfermedad y de los enfermos.

158. CONDUCTA DE ENFERMEDAD Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MEDICINA INTERNA: ESTUDIO FA-MIDEP

M. Buil-Labat, B. de-Escalante, J.A. Aguirre-Pérez, G. Marcos, E. González-Goizueta, J. Santabárbara, A. Marín-Ballve, C. Fanlo-Meroño, A. Campayo

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), Zaragoza; Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental; Instituto de Salud Carlos III, Madrid; Hospital Clínico Universitario de Zaragoza; Servicio de Medicina Interna, Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: En el contexto de un extenso estudio sobre mortalidad en pacientes deprimidos hospitalizados en Medicina Interna, y seguidos durante 15 meses en Atención Primaria. Un objetivo de este estudio es evaluar la fiabilidad y validez del Cuestionario de Conducta de enfermedad, IBQ de Pilowsky, y su relación con los resultados en los pacientes. Los objetivos de este trabajo son: 1) Analizar las diferencias en Conducta de enfermedad en relación a variables sociodemográficas; 2) Relacionar la Conducta de enfermedad con los síntomas de depresión y ansiedad.

Métodos: Pacientes consecutivos de Medicina Interna, del HCU de Zaragoza (n = 299). Utilización de versiones españolas estandarizadas: Entrevista Psiquiátrica Polivalente Estructurada (EPEP), Índice acumulativo de Enfermedad (IAE), SF-36, EuroQol, Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), y Cuestionario de Conducta de enfermedad (IBQ). Análisis estadísticos: descriptivos, U de Mann Whitney y Rho de Spearman.

Resultados: La media de edad fue 76,35, el 52,5% fueron mujeres. En convicción de enfermedad la media más alta fue la de mujer (μ 2,23) y soltero (μ 2,29), en Hipocondriasis General puntúan más las mujeres (μ 1,29). En Trastorno Afectivo los que viven solos (μ 2,36), en Inhibición Afectiva los hombres (μ 2,09), en Irritabilidad los solteros (μ 2,07), en Percepción Psicológica los que viven solos (μ 2,12) y en Negación las mujeres (μ 3,57). Se aprecian diferencias significativas en: Trastorno Afectivo (p = 0,005), Inhibición Afectiva (p = 0,00) y Negación (p = 0,012) en función del sexo, en Percepción Psicológica (p = 0,041) y Negación (p = 0,03) en relación a la edad, en Percepción Psicológica y Negación según el estado civil (p = 0,002 y p = 0,023

respectivamente), entre vivir sólo o no en Trastorno Afectivo ($p = 0,047$) y Negación ($p = 0,036$), en la instrucción no se encuentran diferencias. La Ansiedad correlaciona de forma positiva (al nivel 0,01) con todas las subescalas, salvo Negación que es negativa, y Percepción Psicológica que no correlaciona. La Depresión correlaciona de forma positiva (al nivel 0,01) con todas las subescalas, salvo Negación que es negativa y Percepción Psicológica e inhibición afectiva que no correlaciona.

Conclusiones: La presencia de Conducta anómala de enfermedad en Medicina Interna y su repercusión en la salud mental del paciente justifica la validación de un punto de corte para esta población específica.

237. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD COMO FACTORES DE RIESGO DE DEMENCIA EN POBLACIÓN GERIÁTRICA

J. Santabárbara, R. López-Antón, J.F. Roy, G. Marcos, A. Lobo

Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental; Instituto de Salud Carlos III, Madrid; Universidad de Zaragoza, Zaragoza; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: Documentar la asociación entre distintos síndromes psiquiátricos y el riesgo de padecer demencia incidente.

Métodos: Una muestra representativa de la comunidad ($n = 4.803$) de más de 55 años fue entrevistada en dos fases de selección, en el baseline o ZARADEMP I (Z-I), y un estudio longitudinal para documentar la incidencia y factores de riesgo de demencia tipo Alzheimer (DTA). El principal instrumento para la evaluación de los participantes fue la Entrevista ZARADEMP, que incluye versiones en español de de instrumentos normalizados (ECMM y la de Geriátrica mental Sate (GMS)-AGECAT). Los Casos de DTA fueron diagnosticados por un grupo de psiquiatras, utilizando criterios DSM-IV. Durante los seguimientos realizados en Z-II a los 2,5 años y Z-III a los 4,5 años, los ancianos sin deterioro en el baseline fueron reevaluados con el mismo procedimiento de dos fases, para detectar casos incidentes de DTA. Análisis estadístico: modelos de regresión de Cox, ajustados por sexo, edad, nivel de estudios y ECMM fueron usados para contrastar las hipótesis planteadas. Utilizaremos el Score test para contrastar la significación de las variables incluidas en el modelo, así como el test de Grønnesby & Borgan (test G-B) para evaluar la asunción de riesgos proporcionales. Finalmente una medida de la bondad del modelo ajustado será proporcionada por el R^2 de Royston (R^{2R}). Los análisis fueron realizados con el paquete estadístico Stata v10.

Resultados: El modelo de Cox muestra que los sujetos con depresión grave en el Baseline tienen un mayor riesgo de padecer DTA, HR = 5,9 (IC 95% 1,8-19,0). Score test: $p < 0,001$. Test G-B: $p = 0,258$. $R^{2R} = 0,858$. El modelo de Cox muestra que los sujetos con ansiedad grave en el Baseline tienen un mayor riesgo de padecer DTA, HR = 3,2 (IC 95% 1,3-8,0). Score test: $p < 0,001$. Test G-B: $p = 0,256$. $R^{2R} = 0,857$. El modelo de Cox muestra que los sujetos con depresión y ansiedad grave en el Baseline tienen un mayor riesgo de padecer DTA, HR = 5,1 (IC 95% 1,5-16,7) y HR = 2,9 (IC 95% 1,2- 7,3), respectivamente. Score test: $p < 0,001$. Test G-B: $p = 0,300$. $R^{2R} = 0,865$.

Conclusiones: Presentamos el primer estudio que documenta la asociación entre DTA incidente y diferentes síndromes psiquiátricos como son la ansiedad y la depresión. Documentamos que sólo los síndromes y casos más graves de depresión y ansiedad son factores de riesgo de DTA. Nuestros resultados instan a abordar el papel etiológico de la gravedad del síndrome ansioso-depresivo en el desarrollo de la demencia.

260. METODOLOGÍA DEL PROYECTO ZARADEMP

R. López-Antón, J. Santabárbara, J.F. Roy, P. Saz, G. Marcos, A. Lobo

Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental; Instituto de Salud Carlos III, Madrid; Universidad de Zaragoza, Zaragoza; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: La demencia, especialmente la enfermedad de Alzheimer, y la depresión son dos de las enfermedades mentales con mayores repercusiones actuales y futuras en Epidemiología y Salud Pública. El objetivo principal del Proyecto ZARADEMP es la morbilidad psiquiátrica (demencia y depresión) en los ancianos, así como sus principales factores de riesgo.

Métodos: El Proyecto ZARADEMP es un estudio prospectivo longitudinal, que también incluye componentes transversales. Población de estudio: Seguimos a personas libres de demencia, para ello definimos criterios de inclusión: 1.º Haber sido entrevistados en el baseline (o Z.-I.) y 2.º Haber sido definidos como caso o subcaso de demencia. Finalmente, se excluyen para el primer seguimiento 745 en Z.-I., 4.058 personas se siguieron en Z.-II, en Z.-III 3.160 se siguieron y 2.339 en Z.-IV. Instrumentos: La Entrevista ZARADEMP, que incorpora varios instrumentos internacionales estandarizados en España por nuestro grupo de investigación. Entre ellos: Geriatric Mental State (GMS), History and Aetiology Schedule (HAS), Examen Cognoscitivo Mini-Mental (ECMM), y Lawton & Brody scale and Katz' Index. Procedimiento: Cribaje epidemiológico en dos fases tanto en el estudio baseline (Z.-I.) como en las tres olas de seguimiento Z.-II (2,5 años), Z.-III (5 años) y finalizando en Z.-IV (12 años). En la Fase 1, lay-interviewers estandarizados administraron la Entrevista ZARADEMP a los participantes en sus hogares, supervisados individualmente por psiquiatras investigadores. Los participantes fueron cribados como casos probables según criterios GMS y ECMM. En la Fase 2 los psiquiatras reevaluaron los casos probables de demencia emitiendo un diagnóstico psiquiátrico (DSM-IV). El diagnóstico final de caso de demencia fue confirmado por un panel de expertos compuesto por 3 psiquiatras.

Resultados: De la muestra inicial ($n = 9.739$), 3,6% emigraron, 18,9% fallecieron, 7,6% ilocalizables y 20,5% rechazaron participar. 4.803 individuos fueron entrevistados en el baseline, de los cuales 3.237, 2.403 y 1.197 fueron re-entrevistados en las tres fases de seguimiento. La prevalencia global ajustada de demencia en Z-I fue del 3,9% (IC 95% = 3,3-4,5).

Conclusiones: El presente estudio cumple estándares éticos y metodológicos de investigación epidemiológica actual. Estudios previos del grupo apoyan la validez del proceso diagnóstico realizado por psiquiatras investigadores en estudios comunitarios de esta índole.

252. INCIDENCIA Y PROBABILIDAD DE DESARROLLAR DEMENCIA EN UN ESTUDIO POBLACIONAL: EL PROYECTO ZARADEMP

R. López-Antón, J. Santabárbara, J.F. Roy, G. Marcos, A. Lobo

Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental; Instituto de Salud Carlos III, Madrid; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza; Universidad de Zaragoza, Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: Estimar las tasas de incidencia específica de demencia y sus dos principales subtipos, Demencia Tipo Alzheimer y Demencia Vascular (DTA y DV), y aportar datos sobre la probabilidad de desarrollar demencia.

Métodos: Una muestra representativa de la comunidad ($n = 4.803$) de más de 55 años fue entrevistada en dos fases de selección, en el baseline o ZARADEMP I (Z-I) y un estudio longitudinal. El principal instrumento para la evaluación de los participantes fue la Entrevista

ZARADEMP, que incluye versiones en español de instrumentos normalizados (ECMM y (GMS)-AGECAT). Los Casos de demencia (así como DTA y DV) fueron diagnosticados por un panel de 3 psiquiatras, utilizando criterios DSM-IV. Durante el seguimiento realizado en Z-II a los 2,5 años ($n = 3.237$) y Z-III a los 5 años ($n = 2.403$), los ancianos sin demencia y/o deterioro cognitivo en el baseline fueron reevaluados con el mismo procedimiento de dos fases para detectar casos incidentes de demencia y sus subtipos. Análisis estadístico: se calcularon las tasas de incidencia específicas por sexo y edad para demencia, DTA y DV con intervalos de confianza al 95% (EE de Poisson). Para calcular la probabilidad de desarrollar demencia en el tiempo, se utilizó la incidencia acumulada (IA). Para calcular la probabilidad de desarrollar demencia usamos un conjunto de modelos de regresión de Poisson inflada de ceros (ZIP Model), ajustados por sexo, edad y nivel de estudios. Los análisis fueron realizados con el paquete estadístico Stata v10.

Resultados: Tras una media de seguimiento de 54 meses, 138 nuevos casos de demencia fueron identificados. La incidencia global fue de 8,6 por cada 1.000 años-persona. Las tasas de incidencia de DTA y DV en los hombres fueron 3,7 y 2,0 y, en mujeres, 6,8 y 1,6, por cada 1.000 años-persona, respectivamente. Las incidencias acumuladas observadas muestran que las mujeres tienen una probabilidad de 0,073 de padecer demencia en un plazo de 25 años y a lo largo de la vida una probabilidad de 0,798. En los hombres, las cifras correspondientes son 0,063 y 0,621. La incidencia acumulada esperada obtenida mediante los modelos de regresión múltiple de Poisson muestran que las mujeres tienen tasas de incidencia de demencia significativamente mayores que los varones, en especial para DTA.

Conclusiones: Documentamos unas tasas de incidencia específicas relativamente menores que las recogidas en la bibliografía, así como una mayor tasa de incidencia específica de demencia en mujeres. Con nuestros datos se espera una incidencia de demencia de 106.310 casos anuales en España (IC 95% 89.000–150.811).

73. EVIDENCIA EN CONTRA DE UNA ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LA COGNICIÓN. EL PROYECTO ZARADEMP

E. Lobo, C. Dufouil, B. Quetglas, G. Marcos, P. Saz, A. Lobo

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza; Unité de Neuroepidemiologie, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM-708), Paris-Francia; Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Zaragoza; Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (SALUD); Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, CIBERSAM.

Antecedentes/Objetivos: Los estudios recientes están a favor de un consumo moderado de alcohol como factor de protección frente a la demencia incidente. Sin embargo, la plausibilidad de esta asociación es cuestionable y debatible.

Métodos: El proyecto INTERMED es un estudio longitudinal cuyo objetivo principal fue investigar la incidencia y factores de riesgo asociados a la demencia. Se invitó a participar en el estudio a una muestra aleatoria estratificada de individuos de 55 o más años de edad, a partir del censo de Zaragoza. Se incluyeron 4803 sujetos, seguidos a los 2 y 4 años después del baseline. En cada ola del estudio se evaluó el rendimiento cognitivo utilizando el "Mini-Mental State Examination" así como los cuestionarios "Geriatric Mental State" (GMS) y "History and Aetiology Schedule". El diagnóstico de demencia se basó en criterios DSM-IV-TR. El consumo habitual diario de alcohol se recogió con el cuestionario validado EURODEM y se cuantificó en gramos/día. Se utilizaron modelos de regresión logística y lineal para estimar la relación entre el consumo de alcohol declarado al inicio del estudio con el posterior deterioro cognitivo o riesgo de demencia a los 4 años de seguimiento, tras ajustar por factores de

confusión potenciales. Los análisis se llevaron a cabo en hombres y mujeres de forma separada.

Resultados: La proporción de abstemios fue de 87% en mujeres y de 34% en hombres. Los análisis crudos mostraron que, entre los hombres, los ex-bebedores tenían mayor riesgo de deterioro cognoscitivo o demencia en el seguimiento que los abstemios (OR = 4,58, IC 85% = 1,0-2,5). Los análisis multivariantes no apoyan el argumento de que el consumo moderado de alcohol protege contra la demencia en hombres o en mujeres.

Conclusiones: En un estudio poblacional de ancianos, cuando se distinguen abstemios, ex-bebedores y bebedores, no se observa asociación entre consumo de alcohol e incidencias de demencia o deterioro cognoscitivo. Se debería ser cauteloso antes de promocionar el efecto beneficioso del alcohol en nombre de la salud de los individuos ancianos.

159. ILLNESS BEHAVIOR QUESTIONNAIRE. ESTUDIO DE LA FIABILIDAD INTEREXAMINADORES EN NUESTRO MEDIO: ESTUDIO FA-MIDEP

M. Buil-Labat, C.B. Torrubia, G. Marcos, P. Gracia-García, I. Álvarez-Silva, M. Corbera, M. Sánchez, J. Santabárbara, A. Campayo

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), Zaragoza; Universidad de Zaragoza, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza; Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace; Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental; Instituto de Salud Carlos III, Madrid; Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: Este trabajo se sitúa en el contexto de un extenso estudio sobre mortalidad en pacientes deprimidos, hospitalizados en Medicina Interna, y seguidos durante 15 meses en Atención Primaria. Un objetivo de este estudio es evaluar la fiabilidad y validez del Cuestionario de conducta de enfermedad IBQ de Pilowsky, y su relación con los resultados en los pacientes. La conducta anormal de enfermedad se define como la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir, evaluar y actuar en relación al estado de salud de una persona, a pesar de la explicación razonable del médico, de la naturaleza de la enfermedad y tratamiento, y de la oportunidad de diálogo que da el médico al paciente. El instrumento más notable en la medición de la conducta anómala de enfermedad es el IBQ de Pilowsky. Los objetivos específicos de este trabajo son: 1) Presentar un organigrama del diseño metodológico llevado a cabo para el estudio, 2) Analizar y presentar los datos de fiabilidad interexaminadores del instrumento IBQ, proporcionando los índices Kappa para las diferentes subescalas del cuestionario.

Métodos: Pacientes consecutivos ingresados en Medicina Interna, del HCU de Zaragoza. De una muestra inicial de 299 pacientes, se han tomado mediciones en paralelo del IBQ, por 2 examinadores diferentes, en 21 pacientes ($n = 21$). Utilización de las versiones españolas estandarizadas de los siguientes instrumentos: Entrevista Psiquiátrica Polivalente Estructurada (EPEP), Índice acumulativo de Enfermedad (IAE), SF-36, EuroQol, Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), y Cuestionario de Conducta de Enfermedad (IBQ de Pilowsky Y Spence). Para los análisis estadísticos se utilizaron: índices de acuerdo Kappa.

Resultados: Las tablas muestran los coeficientes de acuerdo interexaminadores, destacan las escalas: Convicción de Enfermedad ($\kappa = 0,942$), Percepción Psicológica ($\kappa = 1,00$), Trastorno Afectivo ($\kappa = 0,94$), Inhibición Afectiva ($\kappa = 0,82$) y Negación ($\kappa = 1,00$).

Conclusiones: La factibilidad del instrumento es adecuada. Los índices de acuerdo confirman la hipótesis de que es adecuada la fiabilidad inter-examinadores, que puede ser incluso mejorada. Nuevos estudios adecuaran los ítems de baja fiabilidad. Hacen falta estudios

en muestras más amplias para documentar mejor su validez y su utilidad en la detección de Conducta anómala de enfermedad.

271. MORBILIDAD PSÍQUICA, DIAGNÓSTICO Y CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS. VARIABILIDAD POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

I. Ricci Cabello, I. Ruiz Pérez, J. Plazaola Castaño, M.I. Montero Piñar
Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBERESP; Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La mayoría de estudios realizados en España sobre la prevalencia de morbilidad psíquica han sido realizados en áreas geográficas pequeñas o en grupos poblacionales específicos. En el ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), estudio multipaís realizado recientemente en el que se incluyó España, no se tomaron muestras representativas por Comunidades Autónomas (CCAA). El objetivo de este trabajo fue describir la prevalencia de morbilidad psíquica, diagnóstico, consumo de psicofármacos, apoyo social y salud autopercebida y estudiar la relación entre la morbilidad psíquica y el resto de variables. Todo ello a nivel tanto nacional como de CCAA.

Métodos: Estudio transversal realizado a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2006, entrevistándose a 29.478 personas. Las variables estudiadas fueron: CA a la que pertenecen, morbilidad psíquica (medida con el GHQ-12), estado de salud autopercebido en los últimos 12 meses, diagnóstico de trastorno mental a lo largo de la vida, apoyo social funcional (medido con el Duke), consumo de psicofármacos en los últimos 12 meses, prescripción de tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir o de antidepresivos o estimulantes en las últimas 2 semanas. Se calculó la frecuencia y porcentaje, así como el intervalo de confianza al 95%. La relación entre morbilidad psíquica y el resto de variables se calculó mediante la χ^2 , estableciendo la significación estadística en un valor de $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia de trastornos mentales en España fue del 22,2%, siendo la CA con mayor prevalencia Islas Canarias (31,7%) y Cantabria la más baja (14,4%). El 58,7% de las personas con morbilidad psíquica no había recibido un diagnóstico y el 68,2% no había consumido psicofármacos en los últimos 12 meses. La Rioja fue la CA con un mayor porcentaje de casos no diagnosticados (76,9%) y no tratados con psicofármacos (79,5%), mientras que en el Principado de Asturias estos porcentajes fueron los más bajos (48,0 y 55,3%). El 8,1% de las personas con morbilidad psíquica tenían bajo apoyo social y el 67,6% afirmaban tener mala salud, siendo dichos porcentajes significativamente inferiores en las personas sin morbilidad (1,8 y 29,5%).

Conclusiones: Los trastornos mentales son frecuentes y más de la mitad de las personas que los sufren no reciben diagnóstico ni tratamiento, existiendo importantes variaciones entre las CCAA. Este trabajo podría servir como punto de partida para la realización de futuros estudios en los que se determinen los factores condicionantes de la aparición de trastornos mentales así como de la utilización de los servicios sanitarios relacionados con los mismos.

450. PERFIL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN DISPOSITIVOS REHABILITADORES, SECTOR III DE ZARAGOZA

M.I. García, C. Tomás

CRP Ntra Sra del Pilar Zaragoza; Escuela de Ciencias de la Salud, Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: La prevalencia de enfermedades mentales no difiere en la población general entre mujeres y hombres, pero el uso de los diferentes dispositivos asistenciales no es igual. Este estudio analiza las diferencias sociodemográficas y de los ítems rela-

cionados con los problemas sociales de la Escala Honos, entre las personas que acceden a los dispositivos rehabilitadores dependientes del CRP "Ntra. Sra. del Pilar" de Zaragoza.

Métodos: Estudio descriptivo de las personas ingresadas en el dispositivo citado desde 1 de enero de 1995 hasta el 1 de enero del 2009. Los datos se han obtenido de la historia clínica y de valores de los ítems de la Escala Honos referentes a los problemas sociales. Las variables incluidas han sido el acceso, en centro de día y unidades de media estancia, el sexo, edad, estado civil, núcleo de convivencia y las incluidas en la Escala Honos: conducta agresiva (ítem 1), los que valoran problemas sociales, problema con las relaciones (9), problemas con la vida cotidiana (10), problemas con las condiciones de vida (11) y problema con la ocupación y las actividades (12) Para estudiar la asociación entre las variables se ha aplicado un test de χ^2 o la ANOVA.

Resultados: El total de pacientes estudiados ha sido 143. El perfil de los usuarios que acceden a estos dispositivos responde a hombre de cuarenta años, soltero que vive con sus padres sin presentar conducta agresiva, con déficit en sus actividades de la vida diaria y carencia de habilidades sociales Al aplicar los estadísticos chi-cuadrado o ANOVA, señalar no se han encontrando diferencias significativas.

Conclusiones: Si la patología mental afecta por igual a hombres y mujeres, ellas acceden a los servicios rehabilitadores en nuestra CCAA, únicamente, en una proporción de un tercio sobre la población total ingresada. Coincidiendo con otras comunidades autónomas. Porcentaje que va aumentando en los servicios de Larga Estancia y en los de Psicogeriatría que es donde le supera. Si bien uno de los objetos de estudio era la identificación de factores que pudieran explicar esta diferencia, factores inherentes al rol femenino como cuidadora, poseedora de cualidades del ámbito privado que justificara la permanencia de las mujeres en los domicilios bien por el diseño bien por la muestra, ello no ha sido posible, pues los resultados obtenidos no son significativos. Queda pendiente diseñar nuevas investigaciones que nos permitan conocer el porqué de la situación citada.

PÓSTERES I

Jueves, 29 de octubre de 2009. 9:00 a 10:00 h

Sala: Exposiciones

Mortalidad

Moderadora: Sara Cerdeira Caramanes

280. TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN CANARIAS. 1980-2006

M. Gil Muñoz, P. Lorenzo Ruano, P. Saavedra Santana

Dirección General de Salud Pública; Servicio Canario de Salud, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Antecedentes/Objetivos: En Canarias, el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por neoplasias en hombres y la tercera en mujeres. El objetivo es analizar las tendencias de la mortalidad por cáncer de pulmón durante el período 1980-2006.

Métodos: Los datos de defunciones proceden del INE, codificados según la CIE-9 (162) y CIE-10 (C33-C34). Las poblaciones utilizadas fueron las censales, intercensales y padronales (INE). Se han calculado las tasas ajustadas por edad mediante el método directo (población estándar mundial de 1960) y las tasas acumuladas de 0-74 años (Tac) para cada uno de los años del estudio. Para evaluar la tendencia se ha ajustado un modelo de regresión de Poisson con cambio de tendencia (Muggeo, 1993) y se ha estimado el porcentaje de cambio

anual (PCA). Para los hombres se estimó un único modelo y para las mujeres dos, uno para las cohortes con edades comprendidas entre 40 y 70 años y otro para el resto.

Resultados: El cáncer de pulmón es responsable del 18% de las 68.350 defunciones y de los 642.241 años perdidos prematuramente por neoplasias durante el período del estudio, aumentando algo más del 55% entre el primer y último año. La misma evolución se refleja en las tasas brutas y ajustadas por edad. Los hombres son los que más aportan (85%). El riesgo de morir por cáncer de pulmón (Tac) ha pasado de 4,54 a 4,69% en hombres y de 0,54 a 0,77% en mujeres. En los hombres, hasta 1993 (IC95% 1991,1996) la tendencia es creciente con un incremento anual del 1,5% (IC95% 1,008, 1,023), a partir de este año se produce un decrecimiento anual de 1,4% (IC95% 0,979, 0,993). En las mujeres entre 40 y 70 años la tendencia hasta 1996 (IC 95% 1990, 2002) es estable, con un crecimiento anual no significativo del 1,6% (IC95% 0,992, 1,040), para continuar con un crecimiento anual del 6,5% (IC95% 1,036, 1,096). En las mujeres mayores de 70 años la tendencia es estable a lo largo del período, con un decrecimiento anual no significativo del 1,6% (IC95% 0,966, 1,006) hasta 1995 y un crecimiento anual no significativo del 0,6% (IC95% 0,976, 1,036) a partir de ese año. En los hombres, los mayores RR se concentran en las cohortes 75-80 y 80-85 (25,47 y 25,84), y en las mujeres en la cohorte 65-70 años (4,38).

Conclusiones: La disminución de la mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres a partir de 1993 podría atribuirse a la reducción en el consumo de tabaco y a la mejora del diagnóstico. En contraste con ello, en las mujeres entre 40-70 años la tendencia es creciente a partir de 1996, lo que probablemente se relacione con la adquisición de nuevos estilos de vida. Los programas y políticas que desalientan el tabaquismo son cruciales para seguir reduciendo los casos y las muertes por cáncer de pulmón, sobre todo en mujeres.

307. TENDENCIA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE PÁNCREAS EN ESPAÑA, 1977-2006

M.C. Delgado-Sanz, A. Cabanes-Doménech, E. Vidal, N. Aragonés, B. Pérez-Gómez, M. Pollán, G. López-Abente

Centro Nacional de Epidemiología; ISCIII; CIBERESP; Hospital Universitario de Móstoles.

Antecedentes/Objetivos: En 2006 se registraron en España 4.850 defunciones por cáncer de páncreas, el 4,8% de todas las muertes por tumores malignos. En Europa la mortalidad total por cáncer experimentó un descenso a finales de los años 80, debido, en parte, a cambios epidemiológicos y a mejoras en la práctica asistencial. Sin embargo, el cáncer de páncreas, con una elevada letalidad, no ha experimentado la misma evolución. El objetivo de este estudio es analizar la evolución temporal de la mortalidad por cáncer de páncreas en España durante el período 1977-2006.

Métodos: Se han utilizado los registros de defunción por grupo de edad, sexo y año, de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), así como la población residente, estimada a 1 de julio de cada año. Las tasas de mortalidad por género y quinquenio se ajustaron por la población estándar europea. Se han utilizado modelos log-lineales de Poisson edad-período-cohorte para cuantificar el efecto de estos componentes en la tendencia de mortalidad observada. Para identificar el punto de cambio en dicha tendencia, así como las estimaciones del porcentaje de cambio anual (PCA) antes y después, se ajustaron modelos de punto de cambio.

Resultados: Las tasas específicas de mortalidad por cáncer de páncreas experimentan un aumento con la edad, a partir de 30 años en los hombres y a los 25 en las mujeres. Las tasas ajustadas muestran un incremento sostenido en el tiempo en ambos sexos, pasando de 6 casos por 100.000 en hombres y 3,5 en mujeres durante 1977-1981, a 9,7 y 5,9, respectivamente, en 2002-2006, lo que supone un PCA de

1,6% en hombres y un 1,7% en mujeres. Los efectos de la cohorte de nacimiento sobre la mortalidad varían según el género: en los hombres nacidos después de 1950 el riesgo disminuye, en las mujeres, este descenso es más pronunciado entre 1962-1966, y a partir de 1972. El riesgo asociado al período de defunción siguió una tendencia ascendente hasta 1986, donde se detectó un punto de cambio estadísticamente significativo en ambos sexos. Hasta 1986, el PCA estimado para hombres y mujeres fue de 4,1% (IC 95% 3,5-4,7), a partir de 1986, en los hombres se suaviza la tendencia, con un PCA de 1% (IC 95% 0,8-1,2), algo menor que en las mujeres, con un PCA de 1,2% (IC 95% 1-1,4).

Conclusiones: La mortalidad por cáncer de páncreas en España durante el período 1977-2006 ha experimentado un continuo ascenso en ambos sexos. A partir de 1986 la tendencia ascendente se ha suavizado, algo más en los hombres. Esto sugiere que ciertos cambios introducidos en los estilos de vida y las mejoras de los métodos diagnósticos y tratamiento pueden estar desempeñando cierto papel en dicha evolución.

417. TENDENCIAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA, ÚTERO Y OVARIO: CAMBIOS DE 1980 HASTA 2006

E. Vidal, A. Cabanes, R. Pastor-Barriuso, V. Lope, C. Linares, B. Pérez-Gómez, N. Aragonés, G. López-Abente, M. Pollán

Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer; Centro Nacional de Epidemiología; ISCIII, Madrid, CIBER en Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Los cánceres de mama, útero y ovario son responsables del 30% de la mortalidad por cáncer entre las mujeres españolas. En las últimas décadas se ha experimentado una transformación social y económica importante, incluyendo cambios marcados en comportamientos reproductivos así como una notable mejora en los servicios asociados al cáncer, que puede haber afectado a la tendencia de mortalidad.

Métodos: La población y las defunciones por cáncer de mama, útero y ovario entre 1980 y 2006 se obtuvieron del registro del INE. Se estudiaron cambios en la mortalidad global y específica por edad mediante modelos de regresión de Poisson con punto de cambio. Estos modelos permiten detectar la existencia de un punto de cambio así como estimar las tendencias antes y después.

Resultados: El cáncer de mama en mujeres fue responsable de más de 120.000 muertes en el período 1980-2006. El análisis de la tendencia de mortalidad de este tumor para todas las edades reveló que las tasas aumentaron un 2,9% anual hasta 1992. A partir de ahí, empezaron a decrecer un 2,1% por año. El número de muertes debidas al cáncer de útero fue de 49.287 en el período de estudio y la mortalidad experimentó una débil, pero constante reducción de un 1,9% anual. El cáncer de ovario causó 36.157 muertes durante el mismo período, con tasas en las mujeres de más de 50 años hasta diez veces mayores que en las más jóvenes. El análisis de la tendencia evidenció un aumento acusado de la mortalidad hasta 1998 (4,4% anual IC 95%: 3,9-4,9), seguido de una estabilización.

Conclusiones: La mortalidad por tumores del aparato reproductor femenino decreció en la última década. El mayor descenso se ha detectado en la mortalidad por cáncer de mama, la localización tumoral más frecuente en mujeres. La caída de la mortalidad ha sido más evidente en mujeres jóvenes y de mediana edad, la disminución de la mortalidad en el grupo de mayor edad ha resultado menos marcada probablemente debido al incremento de la supervivencia que implica una mayor edad entre las supervivientes. La mortalidad por cáncer de útero y ovario presentó una menor reducción. La recesión observada en la mortalidad para todos estos tumores refleja, principalmente, el aumento de la supervivencia como consecuencia de un diagnóstico más temprano y un mejor tratamiento.

9. MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN LA RIOJA PARA EL PERIODO 1980 A 2005 SEGÚN GRUPOS DE EDAD

E. Ramalle-Gómara, C. Quiñones Rubio, M.E. Lezaun Larumbe, E.M. Martínez-Ochoa, M. Perucha González

Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria; Consejería de Salud de La Rioja.

Antecedentes/Objetivos: La mortalidad por cáncer de mama en la mujer ha tenido un descenso en los últimos años. Las explicaciones dadas a esta disminución son varias: la mejora en los tratamientos contra el cáncer de mama, la mayor concienciación de las mujeres ante los síntomas iniciales de la enfermedad, la mejora en la accesibilidad a los servicios o la introducción de los programas de detección precoz de cáncer de mama mediante mamografías, si bien sobre estos últimos existe cierta controversia en cuanto a su potencial efecto en la disminución de las tasas de mortalidad. Los programas de cribado mamográfico se realizan a mujeres entre 45 y 65 años, por lo que planteamos este trabajo con el objetivo de comparar la evolución de las tasas de mortalidad por cáncer de mama en la mujer en tres grupos etarios: menores de 45 años, de 45 a 65 años y mayores de 65 en el periodo 1980 a 2005 en La Rioja.

Métodos: Las defunciones por cáncer ocurridas en La Rioja para el periodo 1976 a 1990 han sido facilitadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y desde 1991 por el Registro de Mortalidad de La Rioja. Los códigos seleccionados para cuantificar la mortalidad por cáncer de mama fueron el 174 para la CIE8 y CIE9 y el C50 para la CIE10. Se han calculado tasas específicas por grupo de edad (< 45, 45 a 65 y > 65 años) y ajustadas (TA) por edad (método directo, población europea), expresadas por cien mil. Los porcentajes de cambio anual y la evolución de la tendencia han sido analizados mediante regresión de joinpoint.

Resultados: Las TA promedio para el periodo 1980 a 1993 fueron: menores de 45 años: 4,7, 45 a 65 años: 47,1 y mayores de 65 años: 79,5. Para los mismos grupos de edad las TA promedio en el periodo 1994 a 2007, fueron respectivamente: 2,4, 33,4 y 88,6. Las tasas específicas por grupo de edad muestran resultados similares. En menores de 45 años se ha producido un descenso de las TA del 4,3% anual ($p < 0,05$) en el periodo 1980 a 2007. Para el grupo de 45 a 65 años las TA aumentaron un 2,7% anualmente ($p > 0,05$) entre 1980-1993 y disminuyeron 6,3% al año ($p > 0,05$) entre 1994-2007. Para el grupo de 65 y más años las TA aumentaron un 4,8% anual entre 1980 y disminuyeron entre 1994 y 2007 un 4,0% cada año ($p < 0,05$).

Conclusiones: A partir de 1993-94 hay un descenso en la mortalidad tanto del grupo sometido a cribado mamográfico como en el grupo de 65 y más años. También han descendido en todo el periodo las tasas en las mujeres más jóvenes. Estas disminuciones en las tasas de mortalidad podrían atribuirse sobre todo a la mejora en los tratamientos, puesto que ocurren tanto en el grupo etario sometido a cribado como en los que no se realiza esta práctica preventiva.

174. LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN LAS ISLAS CANARIAS. 1980-2006

P. Lorenzo Ruano, M. Gil Muñoz, M. Rodríguez Rodríguez, P. Saavedra Santana

Dirección General de Salud Pública (Servicio Canario de Salud); Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Antecedentes/Objetivos: En las mujeres, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasias en las Islas Canarias. El objetivo es analizar las tendencias de la mortalidad por cáncer de mama durante el periodo 1980-2006 y las diferencias en el riesgo de morir entre Islas y Comarcas.

Métodos: Los datos de defunciones proceden de los microficheros de mortalidad individualizados (INE), codificados según la CIE-9 (174-175) y CIE-10 (C50). Las poblaciones utilizadas fueron las censales, intercensales y padronales (INE). Para Canarias se han calculado las tasas ajustadas por edad mediante el método directo (población estándar mundial de 1960) y las tasas acumuladas de 0-74 años (Tac) para cada uno de los años del estudio. Para evaluar la tendencia se ha ajustado un modelo de regresión de Poisson con cambio de tendencia (Muggeo, 1993), obteniéndose un coeficiente de sobredispersión de 1.375, estimándose el porcentaje de cambio anual (PCA). Para las Islas (7) y Comarcas (27) se han calculado las tasas ajustadas por edad mediante el método indirecto (tasas estándar Canarias 2004).

Resultados: El cáncer de mama es responsable del 19% de las 26.073 defunciones registradas en las mujeres por neoplasias durante el periodo 1980-2006 y del 24% de los 247.541 años de vida perdidos prematuramente, duplicándose el número de defunciones durante los años del estudio y aumentando casi un tercio el de AVPP. Sin embargo, no ha sucedido lo mismo con las tasas ajustadas por edad. El riesgo de morir (Tac) por cáncer de mama en mujeres ha pasado de 1,55% en 1980 a 1,24% en 2006. En estos años ha disminuido la mortalidad, aunque 1992 (IC95% 1991,1994) es el año estimado de cambio de tendencia: hasta este año se produjo un incremento anual del 3,0% (IC95% 1,8-4,3) y a partir de tal fecha un decremento anual del 3,5% (IC95% 2,6-4,4). El incremento estimado de la tasa de muerte de una cohorte de edad a la siguiente a partir de los 40 años fue del 4,8% (IC95% 4,7-5,1). Las Islas de Lanzarote, Gran Canaria y Tenerife presentan sobremortalidad sin significación estadística, y el resto inframortalidad, siendo significativa en La Gomera y La Palma. El Área Metropolitana de Gran Canaria, las tres Comarcas de Lanzarote, y Abona, Icod, Suroeste, Valle de Güimar y Valle de La Orotava en Tenerife, presentan sobremortalidad, siendo estadísticamente significativa solo la primera.

Conclusiones: La mortalidad por cáncer de mama en las Islas Canarias durante el periodo 1980-2006 evidencia una tendencia decreciente. El cambio de tendencia observado a principios de los noventa podría explicarse por la mejora de los recursos terapéuticos así como por una mayor eficacia en los programas de prevención y de diagnóstico precoz.

163. UN ANÁLISIS DE LAS CAUSAS MÚLTIPLES DE MUERTE: COMORBILIDADES ASOCIADAS AL CÁNCER DE MAMA

A. Freitas, A. Puigdefàbregas, R. Gispert, G. Ribas

Registro de Mortalidad; Departament de Salut; Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Con frecuencia la muerte no es debida a una sola enfermedad, sino a un conjunto de procesos patológicos que interactúan. En este sentido la designación de una sola enfermedad como causa básica (CB) de muerte ofrece una visión incompleta del proceso causal subyacente. El análisis por causas múltiples nos permite detectar y estudiar otros problemas de salud asociados a la CB de muerte que no aparecen reflejados en las estadísticas de mortalidad. El objetivo es describir la comorbilidad asociada a la muerte por cáncer de mama mediante el análisis de las causas múltiples.

Métodos: Los datos proceden del Registro de Mortalidad de Cataluña para los años 1994, 1996-1998 en que se disponía de un sistema de codificación automático, según la 9.ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Para las defunciones por cáncer de mama se identifican y analizan las causas múltiples (CM) informadas en el boletín de defunción, independientemente del lugar que ocupan en la secuencia causal de la muerte. Las CM se agrupan en 40 grupos de causas y se compara la prevalencia de grupos de CM mediante la razón de prevalencia estandarizada.

Resultados: El número de defunciones por cáncer de mama registradas en el periodo de estudio ha sido de 4.023 y el total de causas múltiples notificadas 13.306. En promedio por cada muerte por cáncer de mamá se informan aproximadamente 3 CM. Los grupos de CM mencionados con más frecuencia son: tumor maligno secundario, otras enfermedades del corazón (incluye insuficiencia cardíaca), síntomas y estados morbosos mal definidos (incluye insuficiencia respiratoria) y tumor maligno de otras localizaciones. Los grupos mencionados con menos frecuencia son las causas externas, tumores benignos, tuberculosis, enfermedades infecciosas virales y enfermedades parasitarias. Se presentaron los resultados obtenidos de la razón de prevalencia estandarizada.

Conclusiones: La comorbilidad asociada a la mortalidad por cáncer de mama es la esperada. El estudio de causas múltiples resulta interesante en todos los casos y especialmente cuando se estudian causas de muerte que van asociadas a múltiples patologías. Estas no figuran en las estadísticas de mortalidad cuando se considera únicamente la CB.

388. MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA Y PRIVACIÓN ECONÓMICA POR SECCIÓN CENSAL, COMUNIDAD DE MADRID, 1996 A 2003

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

Dirección General de Atención Primaria; Dirección General de Ordenación e Inspección; Subdirección General de Estadísticas de Población e Inmigración (INE).

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es describir el patrón geográfico de mortalidad por cáncer de mama (CIE 9.^a 174, CIE 10.^a C50) por sección censal y explorar su asociación con la privación socioeconómica.

Métodos: Estudio ecológico transversal en el que la población de estudio son los fallecidos en viviendas familiares entre 1996 y 2003 y residentes en la Comunidad de Madrid (CM), datos cedidos por el Registro de Mortalidad del Instituto de Estadística regional. Se ha calculado la razón de mortalidad estandarizada (RME) por sección censal. Los casos esperados se obtuvieron con la población de la CM y las tasas de mortalidad específicas por edad de España del año 2001. Se ha tomado el índice de privación socioeconómica elaborado en el proyecto MEDEA (mortalidad en áreas pequeñas españolas y desigualdades socio-económicas y ambientales) a partir de 5 indicadores censales: desempleo, instrucción insuficiente (total y en jóvenes), trabajadores manuales y asalariados eventuales. Mediante modelos mixtos de Poisson y métodos bayesianos de suavización espacial se ha obtenido el RR suavizado y la probabilidad a posteriori de $RR > 1$, que se representan en mapas. Con la misma metodología se calcula el RR de mortalidad por cuartiles del índice de privación socioeconómica, se describen diferencias en la asociación en mujeres de 50 o más años y menores.

Resultados: En los 8 años del estudio fallecieron por esta causa 5.586 mujeres (883 menores de 50 años), RME de 96,24 (IC 95% 93,7-98,8). Se observa un patrón geográfico de predominio de mortalidad en el municipio de Madrid respecto al resto de secciones de la región, y dentro de éste los distritos de Centro, Salamanca, Retiro, Chamberí, Chamartín. Los RR de mortalidad por cuartiles (Q) del índice de privación socioeconómica y sus intervalos de credibilidad, (IC 2,5%-97,5%), tomando Q1, menor privación, como categoría de referencia, son: Q2 = 1,01 (0,94-1,09), Q3 = 0,98 (0,90-1,06), Q4 = 0,95 (0,87-1,04), para todas las edades, Q2 = 1,01 (0,93-1,1), Q3 = 0,94 (0,86-1,03), Q4 = 0,92 (0,84-1,02), y Q2 = 0,96 (0,79-1,15), Q3 = 1,15 (0,96-1,37), Q4 = 1,06 (0,86-1,30) para las mayores y menores de 50 años respectivamente.

Conclusiones: Respecto a España la CM muestra menor mortalidad por cáncer de mama. Dentro de la región, el patrón geográfico indica predominio en las secciones del centro del municipio de Ma-

drig. A diferencia de lo observado en otros estudios, no podemos concluir la asociación entre mortalidad y privación económica, aunque sugiere un patrón diferente por edades.

Financiación: Financiación: FIS: PI040069.

53. MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL ALCOHOL EN LA RIOJA. AÑO 2005

N. Izco Goñi

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

Antecedentes/Objetivos: El consumo de alcohol está ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de los países occidentales. Según el II plan de Salud de La Rioja, constituye uno de los principales problemas sanitarios y sociales de la Comunidad Autónoma. El alcohol causa elevada morbilidad y mortalidad relacionadas con distintas patologías orgánicas y psiquiátricas y produce una gran demanda asistencial. El objetivo es conocer la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en La Rioja.

Métodos: Los datos para este estudio proceden del Registro de Mortalidad de La Rioja. La codificación de las defunciones se hizo con la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10). Se han incluido todas las defunciones de residentes en La Rioja ocurridas en 2005, mayores de 34 años. Se han incluido las causas que según la bibliografía consultada están relacionadas con el consumo de alcohol, en total 29 causas específicas. Se han utilizado las fracciones atribuibles al alcohol estimadas por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para el cálculo de la mortalidad atribuible en Estados Unidos en 1987. La mortalidad atribuible al consumo de alcohol se obtuvo multiplicando el número de muertes observado por la fracción atribuible poblacional (FAP) correspondiente para cada causa. Para el cálculo de las tasas se utilizaron como denominadores el padrón del año. Las tasas estandarizadas se han obtenido por el método directo y se ha empleado como población estándar la europea de 1970.

Resultados: En 2005 el total de fallecidos mayores de 34 años por causas atribuidas al alcohol han sido 120, 74 hombres (5%) y 46 mujeres (3%). La razón hombre-mujer es 1,6:1. En hombres supone el 5% de todas las causas y el 3% en mujeres. La tasa ajustada es de 73 por 100.000 hombres y de 30 por 100.000 en mujeres. Las enfermedades que producen más mortalidad en relación con el alcohol son: Los tumores malignos (esófago y laringe) que causan 29 muertes, las muertes violentas ocasionan 20 muertes atribuidas al alcohol, debido a los accidentes de vehículos de motor, caídas accidentales y suicidios, y en tercer lugar las enfermedades digestivas (enfermedad alcohólica del hígado, cirrosis hepática) son responsables de 13 muertes.

Conclusiones: En La Rioja la mortalidad atribuible al alcohol fue el 5% en hombres y el 3% en mujeres sobre el total de todas las muertes ocurridas en el año 2005. Las enfermedades que producen más mortalidad en relación con el alcohol son: los tumores malignos, las causas violentas y las enfermedades digestivas. Aunque son discutibles las fracciones atribuibles utilizadas para el cálculo de la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol, son útiles para una primera aproximación.

156. MORTALIDAD POR SUICIDIO EN ANDALUCÍA

M. Ruiz-Ramos

Servicio de Información y Evaluación, Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria, Consejería de Salud de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: describir la tendencia de la mortalidad por suicidios en Andalucía durante el período de 1975 a 2007 por las variables sexo, edad, estado civil y método.

Métodos: Con los datos procedentes de las estadísticas oficiales de mortalidad y las poblaciones correspondientes se han calculado las tasas brutas, ajustadas por edad y truncadas de mortalidad por suicidios por sexo, edad y estado civil, para describir los métodos de suicidio se han utilizado número absolutos y porcentajes. Para cuantificar los cambios se han construido regresiones segmentadas de Poisson.

Resultados: La mortalidad por suicidios en las mujeres de Andalucía se incrementó 0,82% cada año en el total del periodo estudiado, con cambios de tendencia. Por grupos de edad las tendencias no fueron constantes con cambios de ascendente a descendente, o cambios de intensidad en las tendencias del mismo signo. Lo más significativo fue la tendencia descendente en el grupo de 65 años y más a partir del año 1987, con -2,77% anual estadísticamente significativo. En los varones, la mortalidad por suicidios se incrementó 0,78% cada año el conjunto del periodo. Sin embargo a partir de 1984 una tendencia fue descendente, igual ocurrió en los grupos de edad. La razón de tasas hombres / mujeres fue de más de 3 en cada uno de los años de la serie estudiada, y llegó a ser de 4,7 en el año 1994. El ahorcamiento fue el método más empleado, provocando el 62% del total de las muertes en los hombres y el 36% en las mujeres, seguido de la precipitación con un 33% en las mujeres y un 15% en los hombres, en tercer lugar se situó el envenenamiento con diferentes sustancias que supuso el 19% de las muertes en las mujeres y del 8% de las de los hombres. El resto de métodos fue utilizado en menor porcentaje. En números absolutos son las casadas/os los que más se suicidan. Este orden cambia cuando se calculan las tasas brutas, y son las separados y viudos los que presentan las tasas más altas, cuando se estandariza pasan a ser las viudas/os, seguidos de los solteros/os, y divorciadas/dos, situándose en última posición los casados/dos, aunque las diferencias entre divorciadas y casadas son mínimas.

Conclusiones: La mortalidad por suicidios de Andalucía tiene importancia el sexo, la edad y el estado civil. Los hombres presentan valores mucho más elevados que las mujeres, la mortalidad se incrementa a medida que aumenta la edad, en especial en los hombres mayores de 64 años, los casados/as tienen mucha menos mortalidad que los viudos/as y solteros/as, y el método de suicidio más utilizado tanto en hombres como en mujeres ha sido el ahorcamiento. Todo ello en un contexto de aumento de la mortalidad por esta causa tanto en mujeres como en hombres.

269. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR DURANTE EL PERIODO 1981-2005

L.M. Rodríguez Benjumeda, C. Montañó Remacha, A. Fernández Nistal, A. Aragón Recio

Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar, Cádiz; Sistema Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La comarca del Campo de Gibraltar se compone de siete municipios: Algeciras, La Línea de la Concepción, San Roque, Los Barrios, Tarifa, Castellar de la Frontera y Jimena de la Frontera, con una población total de 250.000 habitantes.

Métodos: Análisis descriptivo de la mortalidad y tendencia de la misma de los datos extraídos a través del Atlas Interactivo de Mortalidad de Andalucía, sistema de información geográfica que muestra la distribución espacial y la evolución temporal de la mortalidad por grupos de edad y sexo desde 1981.

Resultados: La mortalidad por VIH-SIDA muestra una tendencia creciente entre varones mayores de 45 años, sobre todo en el municipio de La Línea. Respecto a la mortalidad por enfermedad isquémica, destacar que aumenta claramente con la edad y que la tendencia es por lo general no significativa. Sin embargo, la mortalidad por en-

fermedad cerebrovascular presenta claramente una tendencia descendente. En varones otras causas con altas tasas de mortalidad, aunque con tendencia no creciente, son el cáncer de pulmón, las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores y la insuficiencia respiratoria aguda, neumonía e influenza (éste último grupo de enfermedades sí presenta una tendencia decreciente-creciente). En las mujeres encontramos como otras causas principales la insuficiencia respiratoria aguda, neumonía e influenza y la diabetes mellitus. El cáncer de colon también aumenta con la edad y presenta, en casi todos los grupos de edad una tendencia claramente creciente. La mortalidad por enfermedad de Alzheimer aumenta con la edad y la tendencia es creciente, sobre todo en el grupo de edad de 85 o más años. Ni el cáncer de mama en mujer ni el de pulmón en el hombre presentan una tendencia significativa. La mortalidad por accidentes de tráfico varía enormemente según sexos, encontrando tasas muy superiores entre los varones. Es en el grupo masculino donde encontramos una mortalidad muy elevada en los grupos de edad de 15 a 64 años. La mortalidad por suicidio presenta tasas muy superiores en el sexo masculino, sobre todo a edades avanzadas.

Conclusiones: Durante el periodo 1981-2005 han disminuido las tasas de mortalidad general específicas por grupos de edad en la mayor parte de los municipios del Campo de Gibraltar, igual que ha ocurrido en los municipios andaluces. En todos los municipios del CG, las dos principales causas de muerte son las enfermedades isquémicas y las cerebrovasculares, presentando éstas últimas una tendencia decreciente. Aunque no se encuentran entre las primeras causas de muerte, son destacables el cáncer de colon y la enfermedad de Alzheimer por la tendencia creciente que presentan en los últimos años.

PÓSTERES I

Jueves, 29 de octubre de 2009. 9:00 a 10:00 h

Sala: Exposiciones

Servicios sanitarios I

Modera: Alexandra Prados Torres

4. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LA HIPERFRECUENTACIÓN: DEFINICIÓN, MOTIVOS, PERFILES Y RELACIÓN CON LOS PACIENTES HIPERFRECUENTADORES

M. Sandín Vázquez, P. Conde Espejo, A. Sarría Santamera

Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales Universidad de Alcalá; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: La hiperfrecuentación es uno de los aspectos más complejos y preocupantes de la práctica diaria en la atención primaria (AP) ya que, unido a la falta de tiempo para la consulta y la consecuente masificación, afecta a la calidad del servicio prestado en la consulta de AP. Se ha descrito que un 50% del personal médico de AP considera que más del 20% de visitas que reciben serían innecesarias, ocasionando dicho fenómeno emociones de difícil manejo entre los profesionales. El objetivo del estudio es conocer la percepción de los profesionales sanitarios de Atención Primaria AP sobre los criterios para definir la hiperfrecuentación, así como sus percepciones sobre los motivos de las visitas de los pacientes denominados hiperfrecuentadores, sus perfiles y su relación con ellos.

Métodos: Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas durante el periodo diciembre 2007-abril de 2008, realizadas en

Centros de Atención Primaria de 6 áreas de salud de la Comunidad de Madrid. Los criterios de inclusión de los profesionales fueron: llevar al menos un año atendiendo a los mismos pacientes y mostrar interés en el tema de hiperfrecuentación. La captación se realizó a través de las Técnicas de salud de las 6 áreas que participaron en el diseño del estudio. Se realizaron 18 entrevistas, 3 por área (dos profesionales médicos y uno de enfermería). Se llevó a cabo un muestreo estructural en función de las variables que podían condicionar el discurso: área de salud, profesión, sexo y número de años trabajando. Las conversaciones fueron grabadas en audio y transcritas literalmente. El análisis de los textos se realizó por dos investigadoras y se buscó la concordancia entre ambas.

Resultados: El porcentaje de hiperfrecuentadores que atiende cada profesional es variable y los definen más por motivos cualitativos que por número de visitas. Acuden por problemas médicos relacionados con patologías crónicas pero también por motivos psicosociales y/o laborales. Hay perfiles de hiperfrecuentadores de todas las edades y ambos sexos y la relación médico-paciente depende de cada caso concreto.

Conclusiones: Según los profesionales de AP, muchos de los pacientes hiperfrecuentadores acuden a consulta por problemáticas psicosociales, por lo que sería de gran ayuda agilizar la coordinación con recursos psicosociales para conseguir consultas de AP más eficientes y efectivas.

258. CARACTERÍSTICAS DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN

M.I. Pasarín Rua, A. González Viana, S. Berra, A. García-Altés, I. Vallverdú Duch, A. Segura Benedicto, B. Starfield

Agència de Salut Pública de Barcelona; Departament de Salut, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Consorci Sanitari de Barcelona; Institut d'Estudis de la Salut; Johns Hopkins University.

Antecedentes/Objetivos: Los atributos de la atención primaria son: primer contacto, continuidad, globalidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria y competencia cultural. El objetivo del estudio es analizar si ciertas características de los equipos de atención primaria (EAP) se relacionan con un mayor cumplimiento de dichos atributos.

Métodos: Diseño transversal. Población de estudio: EAP de la región sanitaria de Barcelona (194 EAP). Instrumento: cuestionario Primary Care Assessment Tool traducido, adaptado y validado, dirigido a la dirección de EAP. Ítems de cada uno de los atributos, con respuesta en escala Likert de 4 categorías, el índice de cada atributo es la media de las puntuaciones de los ítems. Variables dependientes: índices de cada atributo. V. independientes: atención continuada o no, servicios disponibles en el centro, existencia de sistema de triage, % de profesionales integrados en la reforma, profesionales con acceso a historia clínica, unidad docente, tiempo de demora para visita (mismo día o más), incentivos y para quién, área rural o urbana. Análisis: comparación de medias de los valores de los respectivos índices para cada una de las variables de estudio (prueba t de Student y análisis de la varianza para el caso de más de 2 medias).

Resultados: Estar en un centro de atención continuada se asocia a mejores índices de primer contacto (3,46 vs 2,79), disponibilidad de servicios (3,45 vs 3,27) y orientación familiar (3,18 vs 3,03). EAPs con sistema de selección obtienen mejores puntuaciones en coordinación, disponibilidad de servicios, orientación familiar y competencia cultural. EAPs que ofrecen atención en el mismo día obtienen mejores índices en primer contacto, continuidad de la atención, coordinación, disponibilidad de servicios, orientación familiar y comunitaria. EAPs con un sistema de incentivos que afecta todo el EAP obtienen

mejores índices en coordinación (3,44 vs 2,98), provisión de servicios (3,73 vs 3,32), orientación familiar (ídem) y orientación comunitaria (ídem). Los EAP de áreas rurales tienen mejores índices en primer contacto (3,65 vs 2,93), globalidad (servicios proporcionados y disponibles) y orientación familiar. En el resto de características de los EAP estudiadas no se observan diferencias significativas en los valores de los índices.

Conclusiones: Ofrecer visita en el mismo día es la característica que se asocia a mejores índices en mayor número de atributos de la APS. La atención continuada, los sistemas de triage y los incentivos también se asocian a mayor cumplimiento.

Financiación: FIS PI005/2763.

451. ESTUDIO DE COBERTURA DEL PABIJ (PROGRAMA DE ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL EN ARAGÓN (2008))

M.J. Medina Gracia, C. Gascón, M.S. Corbacho Malo, J.M. Abad Díez, C. Laguna, J.I. Muñoz

Departamento Salud y Consumo; DG Planificación y Aseguramiento; Servicio de Conciertos y Prestaciones.

Antecedentes/Objetivos: La Orden de 28 de marzo de 2005, del Departamento de Salud y Consumo reguló la prestación de la atención sanitaria bucodental de la población infantil y juvenil de la Comunidad Autónoma de Aragón. El programa PABIJ tiene como finalidad disminuir la incidencia de caries y enfermedad periodontal, manteniendo la boca y los dientes sanos en los niños aragoneses. El objetivo es analizar la cobertura prestada por Zonas básicas de salud y Sectores sanitarios durante la campaña 2008.

Métodos: La prestación se inició en el año 2005 con los niños que cumplían seis años. En cada nuevo ejercicio se incorporan las sucesivas cohortes que cumplen 6 años en el mismo y que continuarán manteniendo la garantía de la asistencia bucodental hasta los 16 años, el día que cumplen 17. El Departamento de Salud y Consumo selecciona anualmente de la Base de Datos de Usuarios del Sistema de Salud de Aragón los niños que participan en el programa y, extiende un Talón de consulta anual a nombre del niño que se remite a su domicilio junto con la información para acceder a la prestación. Se ha realizado un análisis descriptivo de la cobertura del programa PABIJ en Aragón por Sectores Sanitarios, Zonas Básicas de Salud y valores absolutos de cobertura.

Resultados: En el 2008 la población diana era de 45.234 niños. La cobertura del Programa ha sido del 54,2% de la población diana. En el año 2008 se atendió a 24.654 niños, de los que 266 eran niños con discapacidad y se realizaron 19.086 tratamientos odontológicos. En el 8,35% de los niños atendidos se realizó alguna intervención sobre caries. En los niños de 9 años, este porcentaje supera el 15% lo que guarda relación con el estado de desarrollo de la dentición definitiva. Las coberturas por Sectores Sanitarios fueron: Sector Huesca: 59%, Sector Barbastro: 52%, Sector ZGZ I: 61%, Sector ZGZ II: 51%, Sector ZGZ III: 54%, Sector Calatayud: 58%, Sector Teruel: 51% y Sector Alcañiz: 50%.

Conclusiones: El análisis del programa comenzará a dar sus frutos cuando se finalice la inclusión de todas las cohortes (6 a 16 años). Es necesario seguir realizando esfuerzos en la promoción del Programa para que la oferta llegue a toda la población. Se ha observado una disminución de las coberturas en zonas rurales y también en urbanas (barrios de alto nivel socioeconómico y barrios marginales). Las diferencias nos sugieren profundizar en determinadas Zonas de Salud mediante la recogida de información adicional: distribución de odontólogos (registro de habilitados), nivel socioeconómico de la población (INE), dispersión geográfica (mapas poblacionales) y conocimiento de la existencia del Programa (encuestas).

492. POLIMEDICACIÓN E HIPERCONSUMO

A. Calderón, B. Poblador, M.J. Rabanaque, A. Prados

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: La polimedicación, definida como la prescripción de más medicamentos de los que son clínicamente apropiados, es el origen de resultados negativos tanto para la salud de los pacientes (i.e. efectos adversos) como para los servicios de salud (i.e. coste elevado de medicamentos). Este trabajo estudia la relación entre pacientes polimedicados e hiperconsumidores, entendidos como aquellos que consumen más de lo esperado para su morbilidad, y explora metodologías estadísticas que permitan la identificación de estos perfiles de pacientes, partiendo de las historias clínicas electrónicas y las bases de datos de farmacia.

Métodos: Estudio observacional sobre 78.065 pacientes mayores de 14 años atendidos, al menos una vez en 2006, en 6 centros de atención primaria de Zaragoza. Se analizaron variables demográficas (edad y sexo) y de casuística (ACG® 7.1) y, como variables respuesta, consumo farmacéutico y número de fármacos distintos, a través de los códigos ATC, durante 2006. Tanto los pacientes polimedicados como los hiperconsumidores se identificaron a través de métodos estadísticos de puntos de corte basados en el intervalo inter-cuartílico (IQR), ajustando por morbilidad. La asociación entre polifarmacia e hiperconsumo se analizó a través del contraste chi-cuadrado.

Resultados: Se detectaron 2.269 (2,9%) pacientes polimedicados de los cuales 63,6% fueron mujeres, 37,6% mayores de 65 años, y su edad media superó en 6 años la de la población general (55 vs 49 años). El 99,6% de estos pacientes recibió, durante el año de estudio, más de 5 fármacos distintos frente al 44,1% de la población general. El número medio de medicamentos distintos consumidos por pacientes polimedicados fue de 17,5 frente a 6,34 en la población general, y su gasto farmacéutico medio fue casi 3 veces mayor (1125,1 € vs 383,7 €). Se halló una asociación positiva significativa entre polimedicación e hiperconsumo ($p < 0,05$), observándose un riesgo 18 veces mayor de ser hiperconsumidor dentro del grupo de pacientes polimedicados (OR: 18,0 IC 95% 15,9-20,3).

Conclusiones: Además de posibles repercusiones negativas para la salud (i.e. reacciones adversas no previstas) la polimedicación conlleva, siempre, un aumento no justificado del gasto farmacéutico. Este trabajo aporta nueva información, que permite centrar las intervenciones de contención del gasto en grupos específicos de pacientes, en este caso, los polimedicados. Estrategias que integren bases de datos y sistemas de información asistenciales permitirían, al profesional, un mejor conocimiento de sus pacientes polimedicados y facilitarían la comunicación tanto interprofesional como entre médico y paciente, dirigidas a racionalizar la utilización de medicamentos.

Financiación: EMER 07/020.

239. PREVALENCIA DE CONSUMO DE FÁRMACOS SEGÚN LA ENS Y LA BASE DE DATOS OMI_AP

P. Carrera, B. Poblador, A. Prados, M.C. Martos, M. Gómez, M.J. Rabanaque

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Dirección General de Salud Pública; Gobierno de Aragón; Universidad de Zaragoza; Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios (GRISSA).

Antecedentes/Objetivos: Conocer las características del consumo de medicamentos forma parte del desarrollo de estrategias de uso racional de medicamentos. Existen diferentes fuentes de información de las que se obtienen estimaciones de frecuencia de consumo de fármacos, una de ellas la Encuesta Nacional de Salud (ENS). El objetivo de este estudio es comprobar si la ENS ofrece una estimación adecuada de la prevalencia del consumo de fármacos.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se comparan los datos proporcionados por la ENS y la base de datos de Atención Primaria OMI-AP, sobre consumo de medicamentos recetados, en residentes en la provincia de Zaragoza, mayores de 15 años, que han requerido asistencia médica durante 2006. La ENS hace referencia al consumo en las dos semanas previas a la entrevista y OMI-AP a un año. Se analizan las diferencias entre las estimaciones de la ENS y lo registrado en OMI-AP, mediante intervalos de confianza al 95%. Se comprobó previamente la comparabilidad de las poblaciones de las dos fuentes de información.

Resultados: Según la ENS el 81,8% de la población estudiada realizó al menos una consulta médica en 2006. Según OMI-AP el 61,4% de la población fue atendida, al menos una vez en AP. En cuanto al consumo de fármacos, en la población total, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia estimada en el 58,8% de los 19 grupos farmacológicos considerados, siendo los valores estimados con la ENS más bajos en todos estos casos. Destacan los antibióticos, 3,4% ENS vs 41,7% OMI, o los antidepresivos 6,4% ENS vs 13,3% OMI, entre otros. Estratificando por sexo las diferencias entre las dos fuentes consultadas se mantienen, excepto en las medicinas para la tensión arterial en el caso de las mujeres o, los tranquilizantes y las medicinas para el reuma, en los hombres. Las diferencias existentes en las medicinas para bajar la fiebre (ENS vs OMI: 1,2%-29,6%), relajantes (10,1%-17,6%), tratamiento del reuma (11,4%-20,3%) o de la tensión arterial (20,3%-25,3%), al estratificar por edad se reducen, fundamentalmente, en los más jóvenes. Sin embargo, se mantienen en medicamentos menos específicos como medicinas para el dolor, para el catarro o antibióticos.

Conclusiones: Las estimaciones ofrecidas por la ENS parecen subestimar la prevalencia real de consumo de fármacos, sobretudo en el caso de los antibióticos, fundamentalmente debido al corto periodo de tiempo considerado por la ENS. También hay que considerar posibles limitaciones de la base OMI-AP, como que no todo lo recetado sea consumido o que algunos fármacos recetados sean utilizados por otros pacientes.

Financiación: ICS08/0207.

23. CRISIS EPILÉPTICAS INDUCIDAS POR MEDICAMENTOS

C. Navarro, O. Esteban, F. González

Centro de Farmacovigilancia de Aragón; CS Delicias Sur.

Antecedentes/Objetivos: Realizar un estudio descriptivo de las crisis epilépticas como reacción adversa a medicamentos en España.

Métodos: Selección de las notificaciones espontáneas que constan en la base de datos del Sistema Español de Farmacovigilancia cuyas reacciones adversas corresponden a crisis epilépticas. Periodo de estudio: 1/1/1999 a 23/2/2009. Variables analizadas: edad, sexo, origen de la notificación, tipo de crisis, medicamentos sospechosos, gravedad, desenlace de la reacción, factores contribuyentes y relación de causalidad.

Resultados: Se hallaron 484 notificaciones. Edad mínima 3 días, máxima 95 años, mediana 42 años. El 52,1% mujeres. Las notificaciones habían sido comunicadas en su mayoría por médicos de atención primaria (34,7%) y médicos de atención especializada (32,4%). Las reacciones correspondieron a crisis y trastornos convulsivos en el 79,5%, crisis tónico-clónicas generalizadas 15,6%, ausencias 4,7% y 0,2% crisis parciales complejas. Los medicamentos implicados fueron 706. Los grupos terapéuticos más numerosos fueron: terapia antiinfeciosa (48,4%) y sistema nervioso (21,4%). Los subgrupos terapéuticos más frecuentes fueron los correspondientes a vacunas (29,2%), carbapenems (7,8%, 3,2% de ellos correspondientes al principio activo imipenem), otros antiepilépticos (5,9%), inhibidores de la recaptación de serotonina (5,8%) y antipsicóticos (4,9%). En el 12,2% de las ocasiones la reacción se produjo por interacción medicamentosa. En

50 casos había notificada como reacción adversa, además de la crisis epiléptica, fiebre (en el 90% el medicamento sospechoso pertenecía a los subgrupos terapéuticos correspondientes a vacunas). El 68,4% de las reacciones fueron graves. Hubo recuperación sin secuelas en el 85,8% de los casos. En el 10,5% de los casos existían factores contribuyentes. La relación de causalidad fue posible/probable en el 80,7% de los casos.

Conclusiones: Las mujeres en edad adulta son el grupo más afectado. Los fármacos pertenecientes al grupo terapéutico antiinfecciosos son los más frecuentemente implicados y de ellos, los subgrupos terapéuticos correspondientes a vacunas. Destaca el alto número de notificaciones relacionadas con imipenem y que, casi todas, se hayan producido en pacientes sin factores de riesgo especificados y a las dosis recomendadas. La gran mayoría de las crisis febriles están relacionadas con vacunas, aunque sólo un pequeño porcentaje de las crisis notificadas por vacunas se acompañan de fiebre. En general, las crisis epilépticas de origen medicamentoso son reacciones adversas graves, conocidas y que suelen recuperarse sin secuelas tras la retirada del fármaco. Debería prestarse mayor atención a la presencia de factores contribuyentes que implican un mayor riesgo de desarrollar la reacción adversa y a las interacciones farmacológicas.

157. PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE LOS DATOS DE PRESCRIPCIÓN DE QUE DISPONE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

J. Moliner, P. Carrera, J. Mozota, J.M. Abad, M. Ortega, D. Judez, J.I. Barrasa, J.I. García-Montero, M.J. Rabanaque

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Universidad de Zaragoza; Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios (GRISSA).

Antecedentes/Objetivos: La industria farmacéutica descubrió en la segunda mitad del siglo XX que influir sobre el médico era la mejor manera de aumentar las ventas y de conseguir que tuvieran éxito las novedades que introducía en el mercado. El objetivo es conocer la opinión de los médicos sobre el hecho de que los delegados de visita médica (DVM) de la industria farmacéutica dispongan de los datos de su perfil de prescripción de fármacos.

Métodos: El universo lo componen los 5038 médicos de la CA de Aragón, en 2008, y de los que se pudo obtener información de contacto mediante vías de acceso público. Se ha realizado una encuesta vía web, invitando a los médicos a participar a través de correo, electrónico o postal. La encuesta fue adaptada a partir de la publicada por Campbell en EEUU para medir opiniones y actitudes sobre el profesionalismo médico. La pregunta que mide la valoración del médico sobre la disponibilidad de datos es: "¿Qué opinión le merece que los representantes de las compañías farmacéuticas dispongan de los datos sobre la cantidad y tipo de medicamentos que usted prescribe?". Con respuestas: Bien/Mal/Indiferente". Las variables del médico que podrían ser variables explicativas fueron: sexo, edad, ámbito de trabajo, formación y tutoría de residentes. Se ha analizado la relación entre variables del médico y su opinión mediante el test de ji cuadrado, t de Student o U de Mann-Whitney, según tipo de variable.

Resultados: Se obtuvieron 659 respuestas válidas (13,1% tasa de respuesta). El 51% de los que respondieron fueron mujeres, el 40% tenían entre 40 y 50 años de edad y otro 35% más de 50 años, el 80% tenían exclusividad en el sistema sanitario público, el ámbito de trabajo se reparte el 50% en atención primaria y el 50% en atención especializada. El 34% había sido tutor en la formación de residentes. Al 58,6% de los médicos les parece mal que los DVM de la industria manejen los datos de sus perfiles de prescripción, un 35,6% se muestra indiferente y al 5,7% les parece bien. El porcentaje de opiniones negativas es superior entre los médicos de atención primaria, y entre los que reciben más visitas de DVM. También tienen peor opinión los

médicos de mayor edad, los que son tutores de residentes, y los que han recibido ayudas de la industria por participar en ensayos clínicos u otras investigaciones.

Conclusiones: La mayoría de los médicos tiene mala opinión sobre que los DVM conozcan sus datos de prescripción farmacéutica, dato similar al obtenido en encuestas en EEUU. Existen diferencias de opinión según variables del médico relacionadas con la accesibilidad del médico y con su experiencia profesional.

Financiación: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (PIURM07/13).

369. ¿INFLUYEN LAS ACTITUDES PROFESIONALES DE LOS MÉDICOS EN SU RELACIÓN CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA?

P. Carrera, J. Moliner, J. Mozota, J.M. Abad, M. Ortega, D. Judez, J.I. Barrasa, J.I. García-Montero, M.J. Rabanaque

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Universidad de Zaragoza; Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios (GRISSA).

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este trabajo es estudiar la relación de los médicos con la industria farmacéutica y analizar si las características del profesional y sus actitudes influyen en esa relación.

Métodos: Se ha realizado una encuesta, vía web, dirigida a los 5038 médicos del Sistema de Salud de Aragón en 2008, que fue adaptada, a partir de la publicada por Campbell en EEUU, para medir opiniones y actitudes sobre el profesionalismo médico. Se estudia la variable tipo de ayudas que el médico ha recibido de la industria en el último año y se analiza su relación con las características demográficas del médico, el número de delegados de visita médica (DVM) recibidos, y variables que reflejan una determinada actitud profesional, tales como: considerar necesarios más recursos para el sistema público, fomentar la participación de pacientes en ensayos, participar en iniciativas de mejora o implicarse en actividades sociales. Se realiza en primer lugar un análisis bivariante y posteriormente se aplican modelos de regresión logística.

Resultados: Se obtuvieron 659 respuestas válidas (13,1% tasa de respuesta). El 87% de los médicos dice haber recibido algo en el último año, el 71% libros u otro material de formación, el 55% inscripción en congresos y el 49% invitaciones a restaurantes. Un 25% estima en más de 500 euros lo recibido en el último año. Según el análisis bivariante se encuentran diferencias significativas con edad ($p = 0,039$) más del 95% de los que tienen menos de 30 años o más de 60, dicen haber recibido algo, y con el ámbito de trabajo, reciben el 93% de los que trabajan en hospitales de más de 500 camas y sólo el 74% de los que trabajan en centros de especialidades. No se observaron diferencias por género, ni por formación o dedicación a la sanidad pública. En cuanto a las actitudes profesionales, el 88% de los que están de acuerdo con incrementar los recursos en el sistema público reciben ayudas, frente al 50% de los que no están de acuerdo ($p < 0,01$). También existe una relación positiva entre la preocupación por actividades de Salud Pública y la recepción de ayudas. Este grupo recibe de media cuatro veces más DVD, 17,7 frente a 4,6 ($p < 0,01$). Según el modelo de regresión logística la probabilidad de recibir algo de la industria es mayor en los que consideran importante colaborar en materia sanitaria con la comunidad ($OR = 9,1, p < 0,01$), en los que trabajan en hospitales y, se incrementa al aumentar los DVM que reciben al mes.

Conclusiones: La relación del médico con la industria farmacéutica parece estar asociada con algunas de sus características o actitudes profesionales.

Financiación: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (PIURM07/13).

362. EVALUACIÓN INTERNA Y PRINCIPALES RESULTADOS DEL PROYECTO EUNETHTA (EUROPEAN NETWORK FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT)

I. Imaz Iglesia, J. González Enríquez, A.M. Blakely, S. Luengo, M. Polo de Santos, P. Cediél García, A. Sarría Santamera

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: EUnetHTA ha sido un proyecto financiado por la Comisión Europea entre 2006-2008. Su objetivo era establecer una red europea de ETES (Evaluación de Tecnologías Sanitarias) que proporcionara información útil para la toma de decisiones en política sanitaria de forma eficaz y sostenible. En el Proyecto colaboraron 63 organizaciones de 29 países europeos y participaron 243 investigadores. Uno de los 8 grupos de trabajo se dedicó a la evaluación interna y continua del proyecto. **Objetivos:** evaluar de forma continuada el desarrollo del Proyecto EUnetHTA y sus resultados finales.

Métodos: Se utilizaron las siguientes fuentes de información: encuestas anuales a los participantes, entrevistas semestrales a los líderes del proyecto, y los documentos generados por el Proyecto. **Criterios de evaluación:** 1) elaboración de los productos previstos puntualmente, 2) comunicación interna eficaz, 3) colaboración entre los grupos de trabajo, 4) participación dentro de los grupos, 5) compromiso con la sostenibilidad del Proyecto, 6) valor añadido del mismo.

Resultados: Principales resultados de la evaluación interna: 1) Los productos previstos en el Proyecto fueron elaborados puntualmente; 2 y 3) la comunicación interna y la coordinación entre grupos fueron valoradas como efectivas; 4) la participación dentro de los grupos fue desigual; 5) las organizaciones participantes apoyaron con recursos añadidos la consecución de los objetivos, y 6) los participantes consideraron positivo el establecimiento de una red de ETES, si bien advirtieron de riesgos para la independencia de las organizaciones. Los principales problemas detectados fueron los escasos recursos económicos, la elevada carga de trabajo y el idioma. **Resultados finales del proyecto:** A.) Modelo para la evaluación de tecnologías diagnósticas, B.) Modelo para la evaluación de tecnologías médicas y quirúrgicas, C.) Aplicación de los modelos a la evaluación de la angiografía con tomografía multicorte y el stent recubierto, D.) Elaboración de una guía para facilitar la adaptación de las evaluaciones ya realizadas a contextos nuevos, E.) Herramientas para el intercambio de información sobre tecnologías sanitarias emergentes, y F.) Guía para el desarrollo de nuevas unidades de ETES.

Conclusiones: La evaluación interna fue útil para detectar tendencias y hacer sugerencias de mejora durante el desarrollo del Proyecto, así como para realizar recomendaciones acerca del establecimiento futuro de una red europea de ETES, bajo los criterios de eficacia y sostenibilidad.

Financiación: Financiado por el programa de Salud Pública de la comisión Europea.

PÓSTERES I

Jueves, 29 de octubre de 2009. 9:00 a 10:00 h

Sala: Exposiciones

Nutrición y alimentación

Modera: María Pastor Valero

95. DETECCIÓN DE PATRONES DE CONSUMO DE ALIMENTOS EN LA POBLACIÓN GALLEGA MEDIANTE ANÁLISIS CLUSTER

M. Rodríguez-Girondo, M.E. Lado-Lema, A. Malvar, M.T. Pérez-Castro, S. del Pozo, X. Hervada

DXSP- Consellería Sanidade de Galicia; Universidade da Coruña; Fundación Española de Nutrición.

Antecedentes/Objetivos: La identificación de patrones alimentarios en una población permite actuaciones a nivel sanitario como la vigilancia de la evolución temporal hacia patrones más sanos, de grupos de riesgo nutricional, o la elaboración de recomendaciones dirigidas a la población. A partir de la encuesta sobre hábitos alimentarios de la población adulta gallega realizada entre 2006-2007 (n = 3.148), se efectuó un análisis multivariante con el objetivo de caracterizar posibles patrones de dieta existentes en la población gallega.

Métodos: Para obtener los patrones se realizó un estudio multivariante con la técnica análisis cluster, que midió la similitud de dieta entre individuos con 34 variables de consumo de alimentos y dividió la muestra en grupos homogéneos internamente y distintos entre sí. Se usó el criterio de agrupación de Ward y la distancia euclídea. En los distintos patrones se estudiaron variables que presumiblemente están relacionadas con diferencias en la dieta como: edad, índice de masa corporal (IMC), consumo energético, actividad física, hábitat, nivel de estudios, perfiles lipídico y calórico. La asociación entre los patrones y obesidad se evaluó mediante regresión logística. Los análisis se realizaron separadamente por sexo.

Resultados: Se identificaron 3 patrones principales con peculiaridades según el sexo y se nombraron de acuerdo al tipo y cantidad de alimentos consumidos: medio, prudente y fuerte. El patrón medio refleja consumos medios de la mayoría de grupos de alimentos en el global de la muestra y alrededor del 50% de individuos se adhiere a él. En ambos sexos, el patrón prudente constituye una alimentación saludable, menor actividad física, mayor IMC y es el patrón más envejecido. Incluye alrededor del 20% de la muestra y en él se observa el mayor número de individuos con dieta prescrita. Esto podría deberse a que este patrón sea una respuesta al aumento de peso asociado a la edad. En mujeres, se asocia positivamente con la obesidad. El patrón fuerte es el de alimentación menos saludable, efecto más acentuado en hombres. En ambos sexos se incluye población joven, con menor IMC, mayor consumo calórico y mayor actividad física. Hay un 32% de hombres adheridos frente a un 17% de mujeres.

Conclusiones: Se detectaron tres patrones alimentarios principales influidos por edad y sexo. Los jóvenes presentan una dieta menos saludable (menos frutas y verduras y más grasa) que parece mejorar con la edad, especialmente en mujeres. Esto podría ser una respuesta a la ganancia de peso que se suele asociar a edades más avanzadas. Estos resultados deben tomarse con cierta cautela debido a las limitaciones de los métodos de estimación de ingesta alimentaria.

287. HÁBITOS DE VIDA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA

M.T. Ledo Varela, M. González Sagrado, O. Izaola, D. de Luis

Hospital Universitario del Río Hortega.

Antecedentes/Objetivos: Los hábitos de vida adquiridos durante la infancia y juventud son fundamentales, pues van a condicionar el futuro estado de salud de la población. El objetivo es describir variables epidemiológicas de los hábitos de vida de la población universitaria y valorar la asociación entre la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y dichos hábitos.

Métodos: Los hábitos de vida (consumo de alcohol, hábito tabáquico y ejercicio físico) se valoraron mediante una encuesta auto-cumplimentada, entre los estudiantes de Nutrición Humana y Dietética de la U. de Valladolid de 2005 a 2008. Se evaluó igualmente sus FRCV según los parámetros objetivos de la IDF (International Diabetes Federation): perímetro de la cintura, tensión arterial, glucemia basal, trigliceridemia y HDL-colesterol en sangre. Posteriormente se valoró su posible asociación.

Resultados: 111 individuos contestaron la encuesta (18 hombres, 83,8% mujeres), con una mediana de edad de 20 años (rango intercuartílico 20-21), sin diferencias entre sexos. El 82% (n = 91) declaró realizar ejercicio físico (71,4% varones, 66,2% mujeres, NS). El 86,5% (n = 96) respondió en relación al hábito tabáquico. El 16,7% se declaró fumador. Al estratificar por sexo, encontramos hábito tabáquico en el 7,1% de los varones (1 caso) y el 28,3% de las mujeres (15 casos) (NS). El 72,1% respondió en relación al consumo de alcohol. 41 individuos declararon consumir vino (33%), cerveza (11,1%) o alcohol de alta graduación (55,6%). El 72,7% de los hombres (8/11) y el 47,8% de las mujeres (33/69) declaró beber alcohol (NS). Un 66,7% de los individuos (74 casos) no presentó ningún FRCV. El resto presentó al menos 1 factor de riesgo. No hubo diferencias por sexo ni por edad en la presencia de factores de riesgo cardiovascular. La práctica de ejercicio físico se asoció a menor riesgo cardiovascular, aunque sin diferencias estadísticamente significativas: practicantes (19 casos, 31,1% con algún factor de riesgo) frente a no practicantes (12 casos, 40% con algún factor de riesgo). El riesgo cardiovascular fue más frecuente, pero sin diferencias significativas, en los consumidores de alcohol (consumidores: 18 casos, 43,9%, no consumidores: 11 casos, 28,2%).

Conclusiones: En esta muestra no encontramos asociación entre factores de RCV y sexo, quizás debido a la edad joven de la muestra. A pesar de la juventud de la muestra, un tercio de los encuestados ya presenta al menos un factor de RCV, lo cual es elevado. Aunque las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas, se observa tendencia a la asociación entre hábitos de vida y factores de RCV, ya en edades tan tempranas. Estos datos epidemiológicos deben ayudar a la propuesta de planes de promoción y mejora de la salud en la población universitaria.

414. ANÁLISIS DE LA INGESTA DIETÉTICA Y CALIDAD NUTRICIONAL EN LA COHORTE EPIC-GRANADA

M.E. Molina, M.L. Escudero, M.J. Sánchez, E. Molina, J. Contreras, C. Martínez

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

Antecedentes/Objetivos: EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) es un estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico, en el que participan 10 países europeos y 23 centros, entre ellos, Granada. La cohorte de Granada se reclutó entre 1992 y 1996. Los hábitos alimentarios de una población constituyen un fac-

tor determinante de su estado de salud, pudiendo relacionarse con enfermedades de alta prevalencia, como cáncer, diabetes, etc. El objetivo es describir el patrón de consumo de energía y nutrientes y evaluar la calidad nutricional en base a ingestas recomendadas (IR).

Métodos: Estudio transversal. La información sobre dieta se obtuvo de cada uno de los 7.789 participantes (de entre 32-69 años) mediante cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos y recordatorio de 24 horas en un 8% de la cohorte. Se tomaron además medidas antropométricas. La ingesta dietética se analizó mediante Tablas de Composición de Alimentos diseñadas para EPIC, y se evaluó tomando como referencia las IR para la población española. Para definir riesgos de ingestas inadecuadas se establecieron los valores de corte > IR, IR, < 2/3IR (riesgo moderado) y < 1/3IR (riesgo elevado). El análisis descriptivo (media, mediana y frecuencias) se realizó con SPSS v.15. Se aplicó el test de t de Student para analizar posibles diferencias significativas (p < 0,05) entre dos medias.

Resultados: La ingesta media diaria de energía es de 2.501 kcal en hombres y 1.671 kcal en mujeres. Un 38,2% de la energía proviene de lípidos, un 18,3% de proteínas y un 43,5% de glúcidos. El aporte de lípidos y proteínas excede las IR (grasas saturadas > IR en un 70%). Este exceso se observa sobre todo en población de 40-49 años, que además presenta la ingesta calórica más alta. Se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al aporte de macro y micronutrientes (Fe, Mg y vitaminas D y E). El contenido de estos nutrientes en la dieta de las mujeres no es suficiente para cubrir los requerimientos de la población. Así, alrededor de un 55% de las mujeres de 40-59 años muestra un riesgo elevado de deficiencia de vitamina D y moderado de Fe. En los hombres, en torno al 40% presenta un riesgo elevado de deficiencia de vitamina D. No obstante, parte de los requerimientos de vitamina D se pueden satisfacer por la exposición solar.

Conclusiones: En la cohorte EPIC-Granada existe cierta desviación en la ingesta de nutrientes respecto a las IR, lo que puede ser debido a hábitos alimenticios inadecuados. Esta evaluación del estado nutricional proporciona elementos de decisión para incorporar recomendaciones dietéticas en los planes de salud.

418. EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE UN GRUPO DE MUJERES EN EDAD PERI Y MENOPÁUSICA INTEGRADAS EN UN ESTUDIO DE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

N. Rodríguez-Mesa, M.M. Fernández-Martínez, E. Jiménez-Alonso, H. Castillo-Bueno, E. Gregorio-Arenas, L. Rodríguez-Martín, M.E. Molina-Montes, P. Aranda-Ramírez

Facultad de Farmacia; Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Granada; Centro de Salud de Pinos Puente; Distrito metropolitano de Granada; Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: En mujeres menopáusicas las recomendaciones nutricionales, claramente distintas de las de los hombres, empiezan a cambiar respecto a las de adultas más jóvenes, siendo necesario incrementar o disminuir el aporte de determinados nutrientes. Además, los propios cambios hormonales pueden alterar la utilización nutritiva de los componentes de los alimentos, modificando el estado nutricional. El objetivo de este trabajo es la evaluación nutricional de un colectivo de mujeres peri y menopáusicas que forman parte de un estudio de intervención de Educación Nutricional. Tras esta evaluación nutricional se realizará una educación personalizada, incidiendo en los fallos nutricionales encontrados en cada mujer.

Métodos: La población estudiada está constituida por 36 mujeres con edades comprendidas entre 45-65 años. Se realizó una valoración de su estado nutricional, en base a las ingestas diarias recomen-

dadas (IDR), mediante encuesta alimentaria que constaba de un recordatorio de 48 horas y una frecuencia de consumo de alimentos. Los datos obtenidos han sido introducidos en el programa de nutrición AYS44, diseñado en el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Granada.

Resultados: La ingesta de energía es ligeramente inferior a los requerimientos nutricionales. En relación con los valores recomendados, el porcentaje de energía aportado por los glúcidos es inferior, y el de grasas y proteínas superior. La ingesta de vitaminas hidrosolubles se encuentra, en general, dentro de las recomendaciones. En cuanto a la ingesta de vitaminas liposolubles se observa que un 54% de las mujeres no cubre los requerimientos de vitamina D y un 50% los de vitamina E. Las necesidades minerales están ampliamente cubiertas con la dieta, excepto en el caso del Zn en que hemos encontrado una baja ingesta y el de calcio en el que un 30% de las mujeres no cubre los requerimientos.

Conclusiones: Existe una buena adecuación a los patrones de dieta saludable en nuestra población de mujeres. Se pone de manifiesto la preocupación por la salud de la mujer en esta etapa de la vida y su interés en una nutrición adecuada al no haber encontrado ingestas inferiores a las recomendadas, con excepción de las vitaminas E y D y el calcio. El déficit de estos nutrientes puede afectar a la salud ósea y promover la aparición de osteoporosis en estas mujeres.

436. PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA

M.T. Ledo Varela, M. González Sagrado, O. Izaola, D.A. de Luis

Hospital Universitario del Río Hortega.

Antecedentes/Objetivos: Aunque las enfermedades cardiovasculares son la manifestación clínica de la arteriosclerosis evolucionada, el proceso arteriosclerótico comienza en etapas tempranas de la vida, y guarda relación con la prevalencia de distintos factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Es de gran interés conocer qué FRCV están presentes ya al final de la adolescencia, pues condicionan la posterior salud cardiovascular de dicha población. Nuestro objetivo es describir parámetros antropométricos en población universitaria sana, pues la vigilancia epidemiológica de los FRCV es fundamental para proponer acciones comunitarias preventivas.

Métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de 111 estudiantes de Nutrición y Dietética de la U. Valladolid (2005-2008). Los parámetros antropométricos evaluados fueron los marcados como de riesgo cardiovascular según la IDF, SEEDO y OMS: perímetro de cintura (PC), índice de masa corporal ($IMC = \text{peso kg} / (\text{talla en cm})^2$), índice cintura-cadera (ICC), pliegue tricípital (PT), circunferencia del brazo (CB) y área muscular del brazo (AMB) según las tablas de Alastrúe y Frisancho.

Resultados: 17 casos (15,3%) presentaron PC elevado (obesidad central), sin diferencias estadísticamente significativas por sexo o edad. No hubo casos de obesidad global (OMS-SEEDO). 7 casos (6,3%) con ICC (OMS) elevado, no estadísticamente significativo (NS) por sexo o edad. En total, un 66,7% (74 casos) no presentó ningún FRCV. El resto (37) presentaron al menos 1 FRCV (NS por sexo o edad). El IMC, el PC y el ICC presentaron valores significativamente mayores en los individuos con riesgo ($p < 0,05$, $p < 0,001$ y $p < 0,001$, respectivamente). El porcentaje de sobrepeso II según el IMC fue mayor en los sujetos con FRCV. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre riesgo cardiovascular y la distribución por percentiles de PT, CB y AMB. Sin embargo, hubo una tendencia (NS) de la CB según Frisancho a presentar una mayor frecuencia de valores por encima del percentil 50 en el grupo de individuos con riesgo cardiovascular frente al de los sujetos sin factores de riesgo.

Conclusiones: Aunque sin asociación estadísticamente significativa entre los parámetros antropométricos analizados y un riesgo cardiovascular, se observa una tendencia a la significación, que implica que este subgrupo de población estará en riesgo de presentar un episodio cardiovascular en un cierto periodo de tiempo. La vigilancia epidemiológica de estas variables es fundamental, para retrasar en el tiempo la aparición de accidentes cardiovasculares. Estos datos sugieren que los parámetros antropométricos identificados como FRCV deben someterse a vigilancia epidemiológica, ya que tienen una enorme trascendencia a la hora de establecer criterios tanto de prevención primaria como secundaria.

504. FACTORES ASOCIADOS A UNA ADHERENCIA BAJA A DIETA MEDITERRÁNEO EN MUJERES SANAS EN EDAD FÉRTIL

C. Jiménez Aguilar, J. Gómez Fernández, R. Olmedo Requena, J. Mozas Moreno, A. Bueno Cavanillas, J.J. Jiménez Moleón

Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública; Universidad de Granada; Servicio de Obstetricia y Ginecología; Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Analizar los factores asociados a un nivel de adherencia mínimo/medio a un patrón de dieta mediterránea en mujeres sanas en edad fértil.

Métodos: Diseño: estudio transversal. Ámbito: área de referencia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Periodo de reclutamiento: junio de 2004 a marzo de 2007. Muestra: 1.047 mujeres seleccionadas en la ecografía de la semana 20 de embarazo, de nacionalidad española, edad ≥ 18 años y sin patologías que implicasen una modificación de su dieta habitual. Mediante el Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos de Martín Moreno et al (1993) se recogió información dietética referida al año previo al embarazo. Para conocer el grado de adherencia a la dieta mediterránea se utilizó el Índice de Adherencia empleado por Serra et al en población catalana. Para cada mujer se calculó el porcentaje de adherencia sobre un máximo de 45 puntos (3 puntos por 15 grandes grupos de alimentos: frutas, dulces, carnes...). Para definir el nivel de adherencia alto, medio y baja se utilizaron los terciles del porcentaje de adherencia. Para la identificación de factores asociados se aplicaron técnicas de regresión logística utilizando como categoría de referencia para la variable dependiente un nivel máximo de adherencia.

Resultados: La adherencia media a una dieta mediterránea antes del embarazo fue del 65,6% (DE 8,8), con un valor mínimo de 39,5 y máximo de 88,4%. Cuando se analizan los factores asociados a menor adherencia a la dieta mediterránea se comprueba que la edad y el nivel de actividad física se comportan como factores protectores, mientras que el hábito tabáquico y un menor nivel de estudios se comportan como factores de riesgo: OR ajustada de 1,9 (IC 95% 1,2-2,8) y 2,9 (IC 95% 1,9-4,4) para mujeres con estudios medios y primarios respectivamente, y de 1,8 (IC 95% 1,3-2,5) para fumadoras de menos de un paquete/día y 4,1 (IC 95% 1,4-11,7) para fumadoras de más de 20 cigarrillos/día. Para un nivel de adherencia medio se asociaron los mismos factores, aunque la fuerza de asociación fue menor. No hubo relación entre el grado de adherencia y el índice de masa corporal de la mujer.

Conclusiones: El nivel de adherencia a la dieta mediterránea es relativamente bajo en mujeres en edad fértil. Este bajo nivel se asocia a peores condiciones socioeconómicas y la presencia de potenciales factores de riesgo como el tabaco y el sedentarismo. La puesta en marcha de programas de promoción de la salud se hace necesaria.

Financiación: FIS PI 03/1207, Proyecto Excelencia Junta de Andalucía 05/942.

52. ASOCIACIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL CON EL TIPO DE INGESTA ALIMENTARIA Y LA NO REALIZACIÓN DE LAS COMIDAS PRINCIPALES

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

CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública; Universidad Autónoma de Madrid, Servicio de Epidemiología; Consejería de Sanidad de Madrid, Servicio de Medicina Preventiva; Hospital de Móstoles.

Antecedentes/Objetivos: Describir la asociación entre el patrón de consumo de alcohol, la ingesta alimentaria y los saltos en las comidas, en adultos de la Comunidad de Madrid.

Métodos: Encuesta telefónica a 12.037 personas, representativas de la población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid (SIVFRENT). Se definió binge drinking como la ingesta, en una misma ocasión en el último mes de ≥ 80 g de alcohol puro en hombres y ≥ 60 g en mujeres, y consumo promedio excesivo como ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres. Se clasificó a los sujetos como: nunca bebedores, bebedores anteriores, bebedores moderados sin binge drinking (BMSBD), moderados con binge drinking (BMBD), excesivos sin binge drinking (BESBD) y excesivos con binge drinking (BEBD). Se midió la preferencia por bebidas alcohólicas y su consumo durante las comidas. La dieta se estimó según el recuerdo de las ocasiones de ingesta en las últimas 24 horas, considerando el tipo de alimentos, el cumplimiento de objetivos nutricionales y la no realización de comidas principales. Se estimaron odds ratios (OR) con modelos de regresión logística, ajustados por variables sociodemográficas, consumo de tabaco e índice de masa corporal.

Resultados: Comparando con los nunca bebedores, fue más frecuente el consumo insuficiente de frutas y verduras (< 3 ocasiones/día) en los BEBD (OR = 1,71, IC 95%: 1,18-2,47), la ingesta insuficiente de lácteos (< 2 ocasiones/día), en BESBD (OR = 1,54, IC 95%: 1,14-2,07) y en BEBD (OR = 1,47, IC 95%: 1,11-1,96), el exceso de cárnicos (> 1 ocasión/día), en BMBD (OR = 1,25, IC 95%: 1,05-1,50) y BEBD (OR = 1,47, IC 95%: 1,10-1,95). Beber en las comidas también se asoció de forma significativa al incumplimiento de todos estos objetivos nutricionales. La preferencia por los destilados se asoció a una ingesta insuficiente de frutas y verduras (OR = 1,44, IC 95%: 1,16-1,79). Respecto a los nunca bebedores, fue más frecuente no tomar el desayuno en BMBD (OR = 1,64, IC 95%: 1,07-2,52), BESBD (OR = 2,67, IC 95%: 1,30-5,49) y BEBD (OR = 3,25, IC 95%: 1,93-5,48), así como en aquellos con preferencia por bebidas destiladas (OR = 1,51, IC 95%: 1,06-2,16). La probabilidad de saltarse la cena también fue superior en los BEBD (OR = 2,13, IC 95%: 1,14-3,95).

Conclusiones: Tanto el consumo regular excesivo como el binge drinking, beber alcohol en las comidas o la preferencia por bebidas destiladas se asocian de forma significativa a una ingesta dietética desequilibrada, e incrementan la probabilidad de no realizar alguna de las comidas principales del día.