

PÓSTER CON DEFENSA

Jueves, 5 de octubre de 2006
11:30 a 13:30

Servicios sanitarios

Modera: Adolfo Cestaño Martínez
Consejería de Salud. La Rioja

EFFECTIVIDAD Y UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN DIVERSAS PATOLOGÍAS DEL INTESTINO DELGADO

A. Ruano Raviña y L. Varela Lema

Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, Consellería de Sanidade.

Antecedentes y objetivos: La cápsula endoscópica es una tecnología innovadora que permite explorar de forma cómoda la totalidad del intestino delgado. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad y utilidad clínica de la cápsula endoscópica en el diagnóstico de diversas patologías del intestino delgado.

Método: Revisión sistemática de la literatura científica. Se revisaron múltiples bases de datos incluyendo MEDLINE, EMBASE, IBECOS, IME, LILACS, CANCERLIT, COCHRANE y CRD databases). Se elaboraron estrategias de búsqueda específicas para cada base de datos y se revisaron manualmente las referencias bibliográficas para recuperar estudios no identificados. La selección, lectura y valoración de los artículos fue realizada por dos investigadores de manera independiente y la calidad se midió con una escala diseñada específicamente. La escala cubre dos áreas: aspectos relacionados con la validez de los estudios (8 ítems) y aspectos relacionados con la aplicabilidad de los resultados (2 ítems). El peso asignado a cada parte fue del 80 y 20%, respectivamente.

Resultados: Se incluyeron 9 revisiones sistemáticas y 28 artículos originales (12 evaluaron sangrado gastrointestinal de origen oscuro, 9 enfermedad de Crohn, 4 síndromes familiares de poliposis, 1 enfermedad celíaca, 1 dolor abdominal crónico y 1 trasplante autólogo de células stem). El rendimiento diagnóstico de la cápsula para sangrado digestivo de origen oscuro osciló entre un 39%-77%, mientras que la enteroscopia por pulsión no superó el 40%, salvo en un estudio. La cápsula detectó hallazgos sugerentes en un 19-71% de los pacientes con sospecha de enfermedad de Crohn y las técnicas radiológicas en un 0-37% de los sujetos. En pacientes con sospecha de recurrencia la detección fue del 58%-81% y del 19-67%, respectivamente. La cápsula endoscópica detectó más pólipos que las otras técnicas de comparación pero permitió una peor localización y estimación del tamaño. Según la puntuación de calidad promedio otorgada por los dos investigadores, 18 de los 28 estudios incluidos alcanzaron valores comprendidos entre el 60-85%.

Conclusiones: La evidencia no es suficiente para establecer si podría ser utilizada como primera prueba diagnóstica en el sangrado intestinal y el Crohn. La evidencia no es suficiente en cantidad y/o calidad para establecer su utilidad en otras patologías diferentes a las anteriores. La cápsula está contraindicada en pacientes con estenosis y no permite la localización exacta de las lesiones.

Financiación: Proyecto FIS PI04/90017 de la convocatoria de evaluación de tecnologías sanitarias.

EFFECTIVIDAD DEL PROCESO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN CATALUÑA

J. Twose, M. Sanromà, M. Vázquez y R. Deulofeu
Organización Catalana de Trasplantes. Servei Català de Salut.

Antecedentes/objetivos: En 2005, Cataluña obtuvo 259 donantes válidos, que representan una tasa de donación de 37,0 por millón de población (pmp), similar a años anteriores. Ésta es, asimismo, superior a la tasa de donación española y del resto de países europeos. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad del proceso de donación y trasplante de órganos en Cataluña durante el período 2000-05 mediante el uso de diferentes índices de calidad.

Métodos: Los datos se han extraído del *Registro de Donación de Cataluña*. Se han estudiado el número de casos detectados (muertes encefálicas), donantes válidos, órganos extraídos y órganos trasplantados obtenidos en los hospitales autorizados de Cataluña (23 centros extractores) durante los últimos 6 años (1/1/2000-31/12/2005). Se detectaron 1993 casos de los cuales el 28% se rechazaron por diferentes motivos (principalmente por contraindicación médica o negativa familiar). Finalmente, se consideraron 1442 donantes válidos que ofrecieron 4783 órganos de los cuales 3882 fueron trasplantados. Se definió como índice de extracción (IE) el número de órganos extraídos (2 riñones o 2 pulmones representan 2 órganos) por donante válido; como índice de trasplante (IT), el número de órganos trasplantados por donante válido; y como porcentaje de utilización (PU) el número de órganos trasplantados entre los extraídos.

Resultados: En general, el IE fue de 3,3 [3,2-3,4]: por cada donante válido se extrajeron una media de 3,3 órganos; el IT fue de 2,7 [2,5-2,8]; y el PU fue de 81,2 [78,1-84,9]. Según el tipo de órgano, el IE de riñones fue de 1,9, 0,9 en hígados, 0,2 en corazones, 0,2 en pulmones y 0,1 en páncreas y el PU fue de 79,9, 79,5, 91,9, 86,2 y 81,4 respectivamente.

Conclusiones: Se trasplanta aproximadamente el 81% del total de órganos extraídos (3,3 órganos extraídos por donante válido) lo que representa una elevada efectividad del proceso. Aunque Cataluña presenta una de las mayores tasas de donación cadáver a nivel mundial, las listas de espera se mantienen elevadas. Por ello, las autoridades y los diferentes equipos hospitalarios están considerando nuevas estrategias como el programa de Cor-Aturat (corazón parado), la promoción de la donación de vivo y la reducción de las negativas familiares con el fin de aumentar el número de donantes.

RELACIÓN ENTRE LA INDICACIÓN APROPIADA Y PARÁMETROS DE RESULTADOS EN LA INTERVENCIÓN DE CATARATA

S. García¹, J.M. Quintana¹, U. Aguirre¹, N. González¹, I. Lafuente¹, I. Arostegui² y A. Escobar³

¹Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao. ²Universidad del País Vasco. ³Unidad de Investigación. Hospital de Basurto.

Antecedentes/objetivos: La cirugía de catarata es un procedimiento muy prevalente y en aumento. Además, se han observado altas tasas de variabilidad que apuntan a la existencia de infra y sobre-utilización del procedimiento. Nuestro objetivo es evaluar la relación entre el uso apropiado y la ganancia en parámetros de resultados en la intervención de catarata.

Métodos: Los criterios de uso apropiado fueron desarrollados mediante el método elaborado por la Corporación RAND junto con la Universidad de California (UCLA). Por otro lado, se reclutaron 2161 pacientes de 5 hospitales de nuestro área. Los oftalmólogos de los centros participantes recogieron las variables que forman parte del algoritmo de uso apropiado. Se les envió a los pacientes por correo postal el VF14 y el SF36 previamente a la intervención y a los dos meses de la misma. Se evaluó la tasa de uso apropiado globalmente, y por patología específica. Nos centramos en las intervenciones de catarata simple realizadas (1655) y analizamos la relación entre indicaciones apropiadas y ganancia en agudeza visual, en los componentes mental y físico del SF36 y en el VF14, así como entre las tasas de uso apropiado y de complicaciones entre los tres grupos (apropiados, dudosos, inapropiados). Para medir la asociación entre variables categóricas se usó el test de la Ji cuadrado, así como la t-Student y ANOVA para comparación de medias. Se asumió significación estadística cuando el valor de p fue menor de 0,05. Todos los cálculos se realizaron con el programa SAS Institute Inc. V8.02.

Resultados: Las tasas de uso apropiado se distribuyeron de la siguiente manera: apropiados 70,15%, dudosos 24,17% e inapropiados 5,68%. Observamos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de uso apropiado y la ganancia en AV (apropiados: 0,52 dudosos: 0,47 inapropiados: 0,35), así como en la ganancia de calidad de vida medida por el VF14 (apropiados: 24,96 dudosos: 21,53 inapropiados: 14,94) no así entre los grupos de uso apropiado y la ganancia en calidad de vida medida por el SF36 (cuestionario genérico) ni en la tasa de complicaciones.

Conclusiones: Existe una tasa de uso inapropiado que aunque baja debe de considerarse relevante. Los pacientes que se intervinieron dentro de la categoría de apropiado, ganaron más en agudeza visual y en calidad de vida medida por el VF14. El SF36 no detectó cambios en la calidad de vida en los pacientes de nuestra muestra. No hubo diferencias en la tasa de complicaciones entre los tres grupos.

VARIABILIDAD INTER-HOSPITALARIA EN LA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA DE CATARATAS. García¹, J.M. Quintana¹, U. Aguirre¹, N. González¹, I. Lafuente¹, A. Bilbao² y A. Escobar³¹Unidad de Investigación, Hospital de Galdakao. ²BIOEF: Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. ³Unidad de Investigación. Hospital de Basurto.

Antecedentes/objetivos: La intervención de catarata es frecuente en nuestro medio y se prevee en aumento. Es probable que se esté infra o sobreutilizando este procedimiento, lo que supone en los dos casos un uso inapropiado del mismo. Este uso inapropiado conlleva consecuencias negativas tanto clínicas, como económicas. El objetivo de este trabajo es evaluar la variabilidad en la práctica clínica a la hora de intervenir de catarata en los centros hospitalarios de Vizcaya y Álava pertenecientes a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Métodos: Este equipo investigador creó unos criterios explícitos de uso apropiado siguiendo la metodología RAND. Éstos se aplicaron a una muestra de 2161 pacientes de edades comprendidas entre 18 y 90 que se intervinieron de catarata mediante facoemulsificación en 5 hospitales públicos de Bizkaia y Araba. Según el algoritmo de uso apropiado, se clasificaron como intervenciones apropiadas, dudosas e inapropiadas. Analizamos la relación entre las tasas de uso apropiado y los diferentes centros de manera global y se ajustó por patología intervenida (catarata simple, catarata con retinopatía, catarata con patología asociada y catarata con distrofia corneal) y agudeza visual pre-intervención. Para medir la asociación entre variables categóricas se usó el test de la Ji cuadrado y ANOVA para comparación de medias. El test de Scheffe fue utilizado para las comparaciones múltiples. Se asumió significación estadística cuando el valor de p fue menor de 0,05. Todos los cálculos se realizaron con el programa SAS Institute Inc. V8.02.

Resultados: Las tasas de uso apropiado de los centros se situaban entre el 72,59% en el centro con mayor número de intervenciones apropiadas y 40,96% en el centro con menor número de intervenciones apropiadas, encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Se encontraron diferencias por centros en la agudeza visual preintervención y en la presencia de otras comorbilidades oculares. Fue este último centro en el que se realizaron más intervenciones de catarata asociada a otra patología (32,71%) y cuyos pacientes presentaban mayor agudeza visual preoperatoria ($p < 0,0001$ en ambos casos).

Conclusiones: Encontramos diferencias en las tasas de uso apropiado entre nuestros centros. Esto se debe a la agudeza visual preintervención y a la presencia o no de comorbilidades oculares. El uso de nuestros criterios de uso apropiado podría reducir estas diferencias.

Financiación: Beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias Proyecto PI030550.. Convocatoria de Redes Temáticas G03/202.

TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)M.I. Pasarín¹, S. Berra², A. García-Altés¹, A. Plaza³, A. Segura⁴ y B. Starfield⁵¹Agencia de Salut Pública de Barcelona. ²Agencia d'Avaluació de tecnologies i Recerca Mèdiques de Catalunya. ³Consorci Sanitari de Barcelona. ⁴Institut d'Estudis de la Salut. ⁵Universidad Johns Hopkins (EUA).

Antecedentes/objetivos: La necesidad de evaluación de los servicios sanitarios ha puesto en evidencia la falta de instrumentos para algunas áreas. B. Starfield y L. Shy diseñaron un conjunto de instrumentos para la evaluación del cumplimiento de las dimensiones de la APS (primer contacto, longitudinalidad, continuidad y globalidad de la atención, coordinación, atención familiar y comunitaria y competencia cultural). Objetivo: traducir y adaptar al sistema sanitario español y catalán los cuestionarios destinados a la población (PCAT-población) y a los responsables de los Equipos de Atención Primaria (EAP) (PCAT-EAP).

Métodos: Se siguieron las siguientes fases: 1) Selección de preguntas (sólo para el PCAT-población), 2) Traducciones directa (2 traductoras independientes) e inversa, 3) Adaptación al sistema sanitario español y catalán (panel de expertos), 4) Entrevistas cognitivas (19 personas usuarias y 6 coordinadoras de EAP) para valoración de la claridad y dificultades de los cuestionarios traducidos y adaptados. Las entrevistas se realizaron a personas potencialmente usuarias del cuestionario (población general y responsables de EAP respectivamente).

Resultados: Ninguno de los dos cuestionarios presentaron dificultades importantes en el proceso de traducción. La selección de preguntas para el PCAT-población, que debía formar parte de una encuesta de salud general, se realizó teniendo en cuenta: objetivos específicos de la encuesta de salud, otras preguntas de la encuesta de salud que servían para evaluar la APS (ej: globalidad de la atención) y tiempo máximo que podrían requerir estas preguntas. Finalmente, las versiones temporales de 44 preguntas para adultos y 44 la infantil, se redujeron a 15 y 24 respectivamente. El PCAT-EAP necesitó una mayor adaptación al sistema sanitario local, especialmente en la dimensión de globalidad. La adaptación se realizó a partir de una sesión de trabajo con expertos de la APS. De la versión original de 153 ítems, se obtuvo un cuestionario de 170 ítems (versiones en catalán y en castellano).

Conclusiones: Se han obtenido dos instrumentos para poder evaluar la APS, uno desde la perspectiva de la población formado por un conjunto de preguntas que pueden formar parte de una encuesta de salud general, y otro más extenso desde la perspectiva de los responsables de los EAP. Dichos instrumentos pueden contribuir a mejorar el proceso de evaluación de la APS.

Proyecto parcialmente financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS PI 052763)

EVALUACIÓN DE LA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS): PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y DESIGUALDADES

F. Daban, M.I. Pasarín, M. Rodríguez-Sanz, A. García-Altés, G. Cano-Serral, J.R. Villalba y C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: La reforma de la atención primaria (RAP) tenía como una de las áreas potenciales de mejora la realización de una atención más global, ampliando la intervención curativa a áreas más preventivas. El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto de la RAP en la realización de prácticas preventivas propias de la APS, intentando identificar la existencia de desigualdades sociales (por género o clase social), en la ciudad del Barcelona el año 2000.

Métodos: Estudio transversal a partir de la encuesta de salud de Barcelona del año 2000 (N = 10.000). Población de estudio: personas residentes en Barcelona, no institucionalizadas, de 15 años o más (el grupo de edad varía según la práctica preventiva analizada). Variables independientes: sexo, edad, clase social (según la propuesta de la SEE del año 1995) y tipo de centro de APS según el tiempo de reforma (RAP1: período 1984-1993, RAP2: 1994-1998, y No-RAP: reformado hacia menos de 1 año o no reformado en el momento de la encuesta). Variables de control: estado de salud percibido y cobertura sanitaria. Variables dependientes: consejo antitabaco a fumadores, detección precoz de la hipertensión arterial en mayores de 40 años y vacunación antigripal en mayores de 65 años. Análisis: 1) descriptivos con el porcentaje de declaración de recepción de cada una de las prácticas, estandarizado por edad y/o clase social; 2) multivariados, mediante modelos de regresión logística.

Resultados: La recepción de las prácticas preventivas es mayor en las áreas con mayor tiempo de instauración de la RAP, así para en el caso de los hombres mayores de 65 años un 70,6% del grupo RAP1 declararon haber recibido la vacuna antigripal versus al 47,9% del grupo No-RAP, y para las mujeres del 59,3 y 53,8% respectivamente. La toma de tensión arterial en mayores de 40 años fue del 74,5% en las mujeres del grupo RAP1 y del 66,8% del grupo No-RAP (hombres: 69,9 y 61,3 respectivamente). Respecto al estudio de la existencia de desigualdades, se detectó que para las mujeres fumadoras, el consejo antitabaco fue menos frecuente en las clases sociales más desfavorecidas (OR: 0,72 IC95%: 0,55-1)

Conclusiones: Se constata, a través de lo que declara la población, que la reforma de la APS ha facilitado que ésta haga una atención más global, con la realización de prácticas preventivas que han mostrado efectividad si se realizan en este nivel de la atención. Conviene que en la vigilancia de los servicios sanitarios se incorpore la vigilancia de la detección de desigualdades sociales.

Proyecto parcialmente financiado por la Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública (RCESP) (Núm. C03/09).

EL HÁBITO PREVIO: DETERMINANTE DE LA UTILIZACIÓN DE PRUEBAS CLÍNICAS Y VISITAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

M. Sandín-Vázquez y A. Sarría-Santamera

Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales, Universidad de Alcalá.

Antecedentes/objetivos. El "uso" de la atención primaria viene determinado por las consultas que realizan los pacientes y por las pruebas que reciben. Este trabajo estudia los factores asociados con la frecuentación en atención primaria y con la probabilidad de recibir las pruebas recomendadas para el control de la diabetes tipo 2.

Métodos. El estudio, observacional longitudinal, se realizó en 4 centros de atención primaria del Área 10 de la Comunidad de Madrid con pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 mayores de 55 años. Se recogieron variables de calidad de vida (EuroQol), pruebas clínicas (según las recomendaciones de la ADA) y utilización de servicios sanitarios en los 6 meses previos (t1), y posteriormente a los 6 meses (t2). Se definió hiperfrecuentador como más de 6 visitas en 6 meses. Se calculó el porcentaje de pacientes que recibieron dichas pruebas y el de hiperfrecuentadores en t1 y t2 y se realizaron análisis multivariantes con regresión logística para identificar las variables asociadas con la utilización de las pruebas y ser hiperfrecuentador en t2.

Resultados. La muestra estaba compuesta por 198 pacientes. La edad media fue 65,9 años. El 56,8% eran mujeres. Las tablas 1 y 2 muestran los principales hallazgos de este trabajo.

Tabla 1. Porcentaje de pacientes con las pruebas realizadas en t1 y t2. OR de recibir la prueba en t2 ajustada por edad, sexo, tener la prueba y calidad de vida en t1.

	% t1	% t2	OR prueba en t1	OR EuroQol en t1
Índice Masa Corporal	56,1	47,0	3,3 (1,8-6,0)	2,0 (0,6-6,7)
Tensión arterial	79,8	79,8	15,9 (6,4-39,6)	1,2 (0,2-6,5)
Colesterol	56,6	35,9	1,4 (0,8-2,6)	3,1 (0,9-10,5)
Glucemia	61,1	57,1	2,1 (1,2-3,8)	2,3 (0,7-7,6)
A1c en 6 meses	32,3	42,4	1,8 (1,0-3,3)	3,9 (1,1-14,0)
A1c en 12 meses	56,6	77,8	4,7 (2,2-10,0)	4,3 (1,0-18,0)
Fondo de ojo	36,0	44,0	5,2 (2,6-10,3)	1,5 (0,4-6,0)

Tabla 2. Porcentaje de pacientes con más de 6 visitas en 6 meses en t1 y t2. OR ajustadas por edad, sexo, hiperfrecuentación y calidad de vida en t1.

	% t1	% t2	OR Hiperfrecuentación en t1	OR EuroQol en t1
Hiperfrecuentador	53,9	48,3	3,9 (2,0-0,3)	0,6 (0,2-0,4)

Conclusiones. En este estudio se pone de manifiesto cómo la realización previa de pruebas de control es un poderoso determinante para la realización posterior de dichas pruebas. Igualmente, se observa que la hiperfrecuentación previa se asocia significativamente con la hiperfrecuentación posterior. Aunque podría esperarse que los pacientes con peor estado de salud tuvieran más visitas o recibieran más pruebas, no ha podido comprobarse una asociación de la calidad de vida de los diabéticos ni con la intensidad en el seguimiento ni con la frecuentación en atención primaria. Financiación. Este trabajo ha sido financiado, en parte, con la ayuda 01/39 del Instituto de Salud Carlos III.

EL COSTE DE LAS ENFERMEDADES DEL CEREBRO EN ESPAÑA

J. Alonso, M. Codony y P. Andlín-Sobocki

Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Karolinska Institutet.

Antecedentes/objetivos: Las enfermedades del cerebro (EC) tienden a dividirse en psiquiátricas y neurológicas, aunque tienen similitudes en su terapia y la investigación básica, y su estudio conjunto presenta ventajas para el establecimiento de políticas de salud. El European Brain Council (EBC) es una coordinadora de organizaciones europeas de tipo médico, organizaciones de pacientes e industria farmacéutica. La primera tarea del EBC es analizar la carga y el coste de las EC en Europa. Este estudio pretende analizar el coste de las EC en España.

Métodos: 12 EC distintas (la adicción, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, tumores cerebrales, la demencia, la epilepsia, la migraña y otros dolores de cabeza, esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson, trastornos psicóticos, la embolia y el trauma) fueron seleccionadas por un panel de expertos según criterios de coste y disponibilidad de datos publicados. La fuente principal para las revisiones fueron bases de datos (Medline y la Web of Science), registros nacionales y la web. 12 meses de datos de prevalencia fueron recogidos y estratificados según edad, género y gravedad del trastorno. Cuando no existían datos, se aplicaron las mejores estimaciones o datos extrapolados. Se identificaron los costes pertinentes disponibles (directos médicos, directos no-médicos e indirectos). Se transformaron a euros para el 2004 los datos económicos. Aquí se presentan resultados agregados de España imputados de los datos observados en otros países europeos.

Resultados: En el 2004, en España había 7.8 millones con una EC (Adicción, 192.000; trastornos afectivos, 1,3 millones, y trastornos de ansiedad, 1,5 millones). El trastorno más prevalente fue la migraña (3,6 millones). El coste total de todos los trastornos cerebrales fue de 19,3 billones de Euros. Los trastornos afectivos fueron los más costosos, seguidos por la demencia y la migraña. Entre los trastornos neurológicos, la embolia/apoplejía y la demencia fueron los más caros, seguidos por la migraña y la epilepsia. En conjunto, las EC cuestan a cada ciudadano unos € 481 por año. El coste de la asistencia sanitaria directa constituye un 31% del coste total, el coste directo no-médico un 29%, y el coste indirecto un 40%. Las EC constituyen un 10% del coste directo total de la asistencia sanitaria. El coste total de la EC constituye el 2% del PNB de España.

Conclusiones: La mayor parte del costo de las EC, en nuestro estudio, corresponde a costos indirectos. Las EC conllevan, para la sociedad, unos costos mayores que otras enfermedades crónicas tales como la diabetes o el cáncer. Nuestro estudio tiene muchas limitaciones, por lo que hacen falta estudios de campo diseñados específicamente para recoger información detallada sobre comorbilidad y sobre los costos indirectos asociados a las EC.

Financiado por H. Lundbeck A/S.

CONCEPTOS SOBRE COORDINACIÓN ASISTENCIAL. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUDD. Henao¹, M.L. Vázquez¹, I. Vargas¹, J. Coderch², Ll. Colomé³, J.R. Llopert⁴, J. Valls⁵, A. Verdagué⁶ y R. Ruiz⁷¹ Servei d'Estudis CHC. ² SSIBE. ³ Grup SAGESA. ⁴ BSA. ⁵ CSMS. ⁶ CSDM. ⁷ CSDT.

Antecedentes/objetivo: Ineficiencia en la utilización de recursos, pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y disminución en la calidad de la atención son algunas de las consecuencias de la falta de coordinación entre niveles asistenciales. La coordinación asistencial se ha convertido en una prioridad en muchos países y, especialmente, en la atención de problemas de salud crónicos en que participan múltiples servicios. Sin embargo, el análisis de la coordinación asistencial es un apartado escasamente desarrollado y la mayoría de los estudios se refieren a aspectos cuantitativos, sin tener en cuenta la opinión del personal de salud. El objetivo de esta comunicación es analizar las opiniones de los profesionales de seis organizaciones sanitarias integradas (OSI) de Cataluña sobre la coordinación asistencial.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo de tipo exploratorio, en seis OSI de Cataluña, mediante entrevistas individuales semi-estructuradas con un guión de entrevista. Se diseñó una muestra teórica de profesionales de diferentes niveles asistenciales. Se entrevistaron 24 informantes: 9 de atención primaria, 9 de atención especializada y 6 de sociosanitaria. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas textualmente. Se realizó un análisis del contenido de los datos, con generación mixta de categorías y segmentación por temas.

Resultados: Sobresale en el discurso de los profesionales la variedad de conceptos sobre coordinación asistencial, dado que cada uno la define según su experiencia. Entre los elementos que definen surgen la distribución de tareas, la coordinación intranivel e interniveles y el seguimiento del paciente. Sobre las dificultades frente a la coordinación, los profesionales consideran la presión asistencial como la más importante; además, mencionan la falta de comunicación entre los profesionales y la distancia geográfica entre centros. Opinan que la comunicación con los otros profesionales y una persona de enlace entre niveles son elementos facilitadores de la coordinación asistencial. Como estrategias para mejorar la coordinación, proponen aumentar el tiempo para realizar actividades de coordinación, conocer a los profesionales de los otros niveles asistenciales y las actividades que allí realizan.

Conclusiones: Con relación a la coordinación asistencial, los profesionales destacan variedad de elementos en su definición y coinciden en la presión asistencial como la barrera de mayor importancia. En consecuencia, para su mejorara plantean disponer de tiempo y actividades de contacto con otros niveles asistenciales. Parcialmente financiado por FIS (04/2688).

REGISTRO DE ARTROPLASTIAS DE CATALUÑA: RESULTADOS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS HOSPITALARIOS (CMBDH) ENTRE 1992 Y 2004V. Serra-Sutton¹, A. Allepuz¹, M. Espallargues¹ y X. Salvador²¹ Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona. ² Divisió de Gestió dels Registres d'Activitat, Calsalut, Barcelona.

Antecedentes/objetivos: El desarrollo e implementación del Registro de Artroplastias de Cataluña tiene como objetivo contribuir a la mejora de la calidad asistencial. La fase inicial del proyecto consistió en describir la evolución de las artroplastias de cadera (AC) y rodilla (AR) llevadas a cabo en Cataluña entre 1992 y 2004.

Métodos: Se realizó un estudio transversal de las altas de pacientes seleccionados a partir del CMBDAH usando los códigos del ICD-9-CM (procedimientos de artroplastias primarias y revisión: 81,51-81,55). Se analizó la información relativa a la edad, el sexo, el diagnóstico principal, las comorbilidades según las categorías de Elixhauser, la mediana de la estancia y la mortalidad intra-hospitalaria. Se calculó la carga de revisión y las tasas estandarizadas por edad y sexo por 10.000 habitantes de las intervenciones primarias de artroplastias.

Resultados: Durante este período el número de AC se incrementó de 1.596 a 7.786 y las AR de 435 a 9864, y sus tasas estandarizadas pasando de 2,9 a 10,1 en AC y de 0,7 a 13,4 en AR. La carga de la revisión también aumentó del 5,4% al 12% en AC y del 3,4% al 7,2% en AR. La principal indicación para las AC y AR fue la artrosis para las intervenciones primarias y el aflojamiento aséptico para las revisiones. En relación al perfil de los pacientes se incrementó la edad media de 70,9 años (Desviación estándar, DE:12,7) a 72,6 años (DE:12,8), así como el número de pacientes con tres o más de las categorías diagnósticas de Elixhauser pasando del 0,3% al 6,9% en AC y del 0,4% al 6,2% en AR. Por otra parte, el porcentaje de mujeres y la mortalidad intra-hospitalaria se mantuvieron constantes durante todo el período mientras que la mediana de la estancia descendió de 18 a 10 días en AC y de 23,5 a 9 días en AR.

Conclusiones: El incremento en las tasas quirúrgicas y la gravedad de los pacientes puede estar reflejando un aumento de la población candidata a la cirugía. Sin embargo, el perfil de los pacientes, las indicaciones para la intervención y la carga de la revisión fueron similares a la de otros países.

USO DIFERENCIAL DE SERVICIOS SANITARIOS ENTRE LOS JOVENES CONSUMIDORES DE HEROÍNA Y COCAÍNA

M.T. Brugal, Y. Castellano, F. Vallejo, A. Domingo-Salvany, G. Barrio, R. Ballesta, F. Gonzalez y L. de la Fuente

Agència de Salut Pública de Barcelona. C Nac Epidemiologia, Madrid. IMIM, Barcelona, Dep Med Preventiva. U Complutense, Madrid. FADA, Sevilla.

Antecedentes: La cocaína está sustituyendo a la heroína como sustancia generadora de problemas de salud, aunque se desconoce el consumo de servicios sanitarios que realizan ambos colectivos. Se analizan el uso de servicios de salud especializados (SME), de médico generalista (ME) y de tratamiento para el consumo de drogas (TD) entre los jóvenes (< 30 años) consumidores activos de heroína y/o cocaína.

Métodos: Estudio transversal de entrada a dos cohortes: una de consumidores de heroína (991) y otra de 607 consumidores de cocaína, reclutados mediante métodos de referencia en cadena y fuera de los servicios asistenciales. Entrevista cara a cara con cuestionario estructurado asistido por ordenador y parcialmente autoadministrado por audiocasi. Todas las variables estudiadas se refirieron al último año. Las variables dependientes fueron: uso de SME, MG y TD. Se realizó un análisis bivariado y se ajustaron tres modelos de regresión logística (uno para cada variable dependiente) para determinar factores asociados al uso de servicios.

Resultados: El 56% de los heroínomanos habían utilizado algún SME en el último año, el 46% habían sido atendidos por un MG y el 49% habían sido tratados por su drogadicción. Respecto a los usuarios de cocaína, el 47% habían utilizado SME (básicamente servicio de urgencias), un 81% MG y solo un 5% habían acudido a un TD. A nivel multivariado las variables explicativas para los heroínomanos fueron: A) uso de SME: ser mujer (OR = 1,5; IC95% 1,2-2,1) y ser inyector (OR = 2,8; IC95% 1,8-3,1). B) uso MG: ser mayor de 25 años (OR = 1,4; IC95% 1,1-1,9), ser mujer (OR = 1,3; IC95% 0,99-1,8), ser inyector (OR = 1,3; IC95% 1,1-1,7) y haber sido diagnosticado de una ETS (OR = 1,9; IC95% 1,2-3,3). C) uso de TD: ser mayor de 25 años (OR = 3,2; IC95% 2,4-4,3), ser dependiente a la heroína (OR = 3,4; IC95% 1,9-5,8), ser dependiente a la cocaína (OR = 1,4; IC95% 1,0-1,8) y el haber sido diagnosticado de enfermedad grave (EG) (OR = 2,3; IC95% 1,7-3,1). En los consumidores de cocaína las variables que se asociaron al uso de SME fueron: el haber sido diagnosticado de una ETS (OR = 3,4; IC95% 2,0-5,8) o haber sufrido una sobredosis (OR = 1,4; IC95% 1,1-2,0); al uso de MG fue el haber sido diagnosticado de EG (OR = 1,6; IC95% 0,9,2,7) y al uso de TD ser mayor de 25 años (OR = 5; IC95% 2,3-10,8).

Conclusiones: Los usuarios de heroína consumen más recursos sanitarios que los de cocaína, básicamente a expensas de los TD. Las variables explicativas del consumo de servicios en los heroínomanos son en su mayoría asociadas a los patrones de consumo, mientras que en los cocainómanos son por problemas de salud o la edad. Financiado por Fipse 3653/01 y 3035/99, RECEPT (C03/09) y RTA (G03/05).

UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS Y SERVICIOS POR MUJERES RESIDENTES EN JACA Y FACTORES RELACIONADOSM.S. Sanclemente¹ y M.J. Rabanaque²¹Farmacéutica de Administración Sanitaria (Jaca). ²Universidad de Zaragoza.**Antecedentes/objetivos:** Se pretende estudiar la utilización de medicamentos y servicios sanitarios en mujeres de entre 45 y 64 años residentes en Jaca y adscritas al Centro de Salud de dicha localidad, y estudiar los posibles factores relacionados.**Métodos:** Se realiza encuesta a una muestra de 219 mujeres (tasa de respuesta 76,84%), obtenida mediante muestreo aleatorio simple a partir de la base de tarjetas sanitarias del Centro de Salud de Jaca. La recogida de datos se realiza mediante encuesta realizada por un único entrevistador en el Centro de Salud entre febrero de 2004 y marzo de 2005. Se recogen datos sobre características socioeconómicas, estatus menopáusico, estilos de vida, estado de salud, utilización habitual de medicamentos y utilización de servicios sanitarios, siendo todos los datos referenciados por las mujeres. Se realiza un análisis de regresión logística, para conocer el efecto de diferentes variables, sobre la realización de consultas a medicina de Atención Primaria (AP), y sobre el consumo de medicamentos.**Resultados:** Un 76,1% de las mujeres ha realizado al menos una consulta a medicina de AP en los tres meses anteriores a la realización de la entrevista. La media de consultas a medicina de AP en el año anterior es de 8,60 (DE: 8,355) IC 95% (7,40-9,71). Un 66,2% ha consultado a ginecología al menos una vez en el último año. Por otro lado, en cuanto a realización de pruebas, destaca que un 89% de las mujeres se realizaron mamografías en los últimos uno o dos años. En el análisis de regresión logística, ajustando por diversas variables, se observa que la probabilidad de consultar a medicina de AP aumenta con la edad ($p = 0,029$) y con referir la existencia de alguna enfermedad crónica ($p = 0,002$). El 69,4% de las mujeres estudiadas toman medicamentos. Por grupos de edad, un 58,6% de las mujeres del grupo de 45 a 54 años y un 81,6% de las del grupo de 55 y 64 años, toma uno o más medicamentos de forma habitual ($\chi^2 = 14,785$; $p = 0,002$). Ajustando por diversas variables, mediante regresión logística, la probabilidad de consumir fármacos aumenta con estar en postmenopausia ($p = 0,011$), referir alguna enfermedad crónica ($p < 0,001$), percibir su salud como regular, mala o muy mala ($p = 0,009$), y con haber consultado al menos una vez a medicina de AP en el último año ($p = 0,005$).**Conclusiones:** La mayoría de las mujeres residentes en Jaca de entre 45 y 64 años utiliza servicios sanitarios y casi un 70% de las mismas utiliza medicamentos de forma habitual. Los factores relacionados con la realización de consultas a medicina de AP, son el aumento de la edad y padecer alguna enfermedad crónica. El aumento del consumo de medicamentos se relaciona con el estado postmenopáusico, enfermedad crónica, peor salud percibida, y realización de consultas a medicina de AP.**VITAMINAS HIDROSOLUBLES Y RIESGO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA. UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES**

M.J. Martínez, S. Palma, M.A. Martínez González, A. Delgado, C. de la Fuente y M. Delgado

Universidad de Jaén, Universidad de Navarra.

Antecedentes/objetivos: Las vitaminas hidrosolubles, como la vitamina C, la vitamina B12 y el ácido fólico influyen en el desarrollo de una estructura adecuada del tejido óseo, pero hay información escasa epidemiológica que relacione el nivel de estas vitaminas con las fracturas osteoporóticas. Se han analizado los niveles séricos de estas tres vitaminas con el riesgo de fracturas osteoporóticas en ancianos (> 65 años).**Métodos:** Se ha realizado un estudio de casos y controles hospitalario en el Hospital de Jaén. Se seleccionaron un total de 167 casos que tuvieron fractura osteoporótica entre los seis y 24 meses previos (para obviar los efectos de la reacción postraumática), sin ninguna enfermedad concomitante que altera la dieta o el nivel de vitamina C. Los controles se emparejaron 1:1 por sexo y edad (± 5 años) y se reclutaron de pacientes atendidos en consulta de ORL con los mismos criterios de exclusión de los casos. Se recogió información sobre factores de riesgo de fracturas mediante entrevista personal. La dieta se valoró mediante un cuestionario validado de frecuencia de alimentos. La vitamina C se determinó mediante HPLC. La vitamina B12 y el ácido fólico se midieron por técnicas de inmunoensayo inmunométrico. Se compararon medias mediante ANCOVA multivariante y la regresión logística condicional se empleó para calcular odds ratios (OR) por cuartiles de consumo o niveles en suero, ajustando por energía total.**Resultados:** Se encontró una diferencia de medias significativa en el análisis multivariable en los niveles de vitamina C en suero (no en los niveles de consumo), más elevados en los controles ($3,1 \pm 0,3$ vs $4,1 \pm 0,3$, $p = 0,012$), no así en las restantes vitaminas medidas. El análisis de la asociación por cuartiles de vitamina C en dieta (incluidos los suplementos de vitaminas) no reveló ninguna asociación significativa. Sin embargo, en los niveles en suero sí se detectó una asociación significativa, con una clara tendencia negativa ($p = 0,03$), a mayor nivel de vitamina C menor riesgo, que alcanzó una OR = 0,31 (intervalo de confianza del 95% = 0,11-0,87) en el cuartil inferior con respecto al superior. No se encontró ninguna relación con las demás vitaminas hidrosolubles.**Conclusiones:** El nivel sérico bajo de vitamina C, no la ingesta, se relaciona con el riesgo de fractura osteoporótica.**ANÁLISIS DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR TRAUMATISMOS EN CASTILLA Y LEÓN (1999-2004)**

F. Ardura Aragón, M.M. Sendino García*, F. Peña Ruiz*, J.R. Garmendia Leiza, J.M. Andrés de Llano y J. Ardura Fernández

GIR de Cronobiología Universidad de Valladolid. *Servicio de Sistemas de Información. SACYL.

Antecedentes/objetivos: *Objetivos:* Analizar los ingresos hospitalarios generados por lesiones traumatológicas durante 6 años en la población de Castilla y León**Métodos:** *Población y Métodos:* Estudio observacional retrospectivo analítico de la información obtenida del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) entre los años 1999 y 2004 de los hospitales públicos de las 9 provincias de Castilla y León integrados en la red de SACYL (Sanidad de Castilla y León) desde el 1 de enero de 1999 hasta el 31 de diciembre de 2004. Fueron atendidos por lesiones traumatológicas e ingresados en nuestros hospitales 68.806 pacientes. Se utilizó la codificación de la CIE-9 MC correspondientes a los tipos de traumatismos seleccionados entre todos los posibles de la lista de codificación: 800 a 897. *Análisis estadístico:* Para las variables continuas se obtuvieron Media, Mediana, Desviación estándar y P_c 25-75 y para las variables cualitativas la distribución de frecuencias. Se utilizaron los test de t-Student, Mann-Whitney, ji-cuadrado y Regresión logística. En cuanto al análisis ritmométrico se utilizó la Transformada Rápida de Fourier y el ajuste de curva coseno con 3 armónicos.**Resultados:** Se obtuvo una Densidad de Incidencia para ingresos por lesiones traumatológicas (Global SACYL) de 46 ingresos/10.000 hab/año. La distribución por sexos es de 1:1. La edad media es de $55,2 \pm 25,9$ años. La mediana para la estancia hospitalaria fue de 7 días. El 83% de los pacientes presentó al menos una fractura, siendo las extremidades inferiores las más numerosas (45%). En los niños, el 53% presentaron fracturas de extremidades superiores. El 61% de los pacientes precisó intervención quirúrgica. Fallecieron 1857 pacientes (2,7%). Globalmente, no existen diferencias estadísticamente significativas en el número de casos por año ni por día de la semana. Existe ritmo circanual con máximo en Agosto-Septiembre ($p = 0,000$).**ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD DE UNA RE-CLASIFICACIÓN AD-HOC DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS (PQS) REGISTRADOS EN DINAMARCA EN LA CUANTIFICACIÓN DE RIESGO PARA TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB (ECJ)**I. Mahillo¹, A. Rábano², M.J. Bleda¹, J. De Pedro Cuesta^{1,3}, A. Siden³, M. Cruz³, H. Laursen⁴ y K. M#olbak⁴¹CNE. ISCIII, Madrid; ²Fundación Hospital Alcorcón; ³Instituto Karolinska, Estocolmo; ⁴Statens Serum Institut. Copenhagen.**Antecedentes/objetivos:** Evaluar el efecto de una nueva clasificación de PQs en niveles de riesgo para la transmisión de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica en un hipotético estudio caso control danés**Métodos:** Los datos proceden del Registro Nacional de altas hospitalarias Danés 1977-2005, sobre 7434 PQs registrados al alta correspondientes a 78 pacientes Daneses con diagnóstico de ECJ y controles poblacionales representativos, 390 apareados por sexo, edad y municipio de residencia y 2470 de la población anual. Utilizando un método publicado se reclasificó cada procedimiento por un neuropatólogo en seis categorías de riesgo hipotético para la transmisión de la enfermedad, usando dos atributos: a) empleo de instrumental reutilizable, b) tejidos o estructuras anatómicas implicadas. Cada individuo fue asignado al nivel de exposición más alto de su cirugía. Las referencias temporales de la cirugía frente a las de comienzo clínico o fechas índices del apareamiento se ignoraron. Se cuantificaron sensibilidad y especificidad de la neurocirugía y la cirugía oftalmológica para los riesgos alto y alto-diluido frente a categorías de riesgo menor. El impacto en medidas de asociación se determinó por análisis de sensibilidad (S. Greenland 1998)**Resultados:** De setenta y un individuos sometidos a cirugía de riesgo alto y alto-diluido fueron sometidos a neurocirugía 60, sensibilidad 84,5% y a cirugía oftalmológica 11, sensibilidad 15,5% con valores predictivos positivos de 61,9% y 9,9%. Para cada una de estas cirugías consideradas de forma independiente los índices fueron sensibilidad 1 y especificidad 0,987 y 0,965 respectivamente. Al corregir los números de casos y controles expuestos y no expuestos utilizando la nueva clasificación como medida de la exposición, las modificaciones fueron: 1) de OR 1,68 IC95% 0,60-4,71 a OR 2,10 IC95% 0,65-6,74 para neurocirugía y de OR 2,24 IC95% 0,95-5,27 a OR 16,37 IC95% 4,62-57,94 para cirugía oftalmológica**Conclusiones:** La re-clasificación de PQs, utilizada como herramienta para determinar el hipotético riesgo de exposición de carácter individual para la adquisición de ECJ esporádica en Dinamarca, puede ser capaz de revelar efectos de la cirugía oftalmológica enmascarados por la utilización de categorías de exposición basadas en referencias anatómicas tradicionales, no sugiriéndose una utilidad similar en el análisis de la neurocirugía. Estos resultados no son válidos para su interpretación como los del citado estudio caso-control

BARRERAS Y FACILITADORES DE LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL: OPINIONES DE DIRECTIVOS DE ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS

D. Henao, M.L. Vázquez, I. Vargas, J. Coderch, L.I. Colomé, J.R. Llopart, J. Valls, A. Verdaguer y R. Ruiz

Servei d'Estudis del CHC, SSIBE, Grup SAGESSA, BSA, CSMS, CSdM, CSdT.

Antecedentes/objetivo: Ineficiencia en la utilización de recursos, pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y disminución en la calidad de la atención son algunas de las consecuencias de la falta de coordinación entre niveles asistenciales. La coordinación asistencial se ha convertido en una prioridad en muchos países y, especialmente, en la atención de problemas de salud crónicos en que participan múltiples servicios. Sin embargo, el análisis de la coordinación asistencial es un apartado escasamente desarrollado y los estudios existentes adoptan abordajes cuantitativos, sin tener en cuenta la perspectiva de los agentes involucrados en los procesos. El objetivo de la comunicación es analizar las opiniones de los directivos de organizaciones sanitarias integradas (OSI) sobre los elementos que facilitan y obstaculizan la coordinación asistencial

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio, en seis OSI de Cataluña, mediante entrevistas individuales semi-estructuradas, con un guión de entrevista. Se diseñó una muestra teórica de directivos de distintas áreas: primaria, especializada y de administración. Se entrevistaron 18 directivos. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas textualmente. Se realizó un análisis del contenido de los datos, con generación mixta de categorías y segmentación por temas.

Resultados: La definición de los directivos de las OSI sobre coordinación asistencial, en la que se destacan los canales de comunicación entre niveles, muestra diferencias marcadas según las organizaciones a que pertenecen. Algunos coinciden en que la coordinación agiliza la atención del usuario. Opinan que la coordinación interniveles es importante para el paciente pero, al mismo tiempo difícil. Algunos de los elementos que se citan como facilitadores de la coordinación son poseer objetivos comunes y un sistema de información compartido. Entre los elementos que dificultan la coordinación destacan la presión asistencial, el hospitalcentrismo e incentivos a la productividad. Como estrategia para mejorar la coordinación asistencial proponen la implicación de todos los profesionales en la toma de decisiones y en la implementación de las soluciones, así como la integración de servicios asistenciales.

Conclusiones: El concepto de coordinación asistencial de los directivos de las OSI difiere según su contexto laboral, pero coincide en cuanto a la importancia otorgada y a la identificación de diversos obstáculos para que sea efectiva. Para su mejora consideran central la participación de los profesionales de salud.

*Parcialmente financiado por FIS (04/2688)***PÓSTER CON DEFENSA**

Jueves, 5 de octubre de 2006

11:30 a 13:30

Brotos epidémicos*Moderador: Alberto Malvar Pintos**Dirección General de Salud Pública. Junta de Galicia***BROTE DE INTOXICACION POR HISTAMINA**D. Fenoll¹, J. L. García¹, E. González¹, P. Jiménez¹, F. Manzano¹, F. Pacheco² y A. Zancajo²¹Servicios Municipales de Salud, Concejalía de Sanidad, Ayuntamiento de Murcia;²Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Murcia.

Antecedentes/objetivos: Los brotes de intoxicación alimentaria por histamina no son frecuentes, así, en el año 2003 se declararon un total de 9 brotes en el Estado español. Presentamos el estudio epidemiológico de un brote, comunicado el 15 de julio de 2005 por el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad a nuestros Servicios.

Métodos: Se realizó encuesta epidemiológica a los tres comensales, tomando muestras de orina. Se inspeccionó el establecimiento donde se adquirió el alimento sospechoso, recogiendo muestras.

Se investigó el origen del alimento.

Resultados: Las afectadas eran tres mujeres (madre, hija y amiga de la madre), con edades entre 14 y 48 años que, en los días previos al inicio de síntomas, sólo habían coincidido en la comida realizada en el domicilio de las primeras el día 13/07/2005 a las 14:30 horas, no habiendo más asistentes. El periodo de incubación osciló entre 10 minutos y 1 hora. El cuadro clínico duró unas 7 horas, todas las afectadas tuvieron enrojecimiento facial y cefalea y sólo en un caso palpitaciones, náuseas, vómitos, diarrea y sequedad de boca; el síntoma más persistente fue la cefalea; no hubo ingresos hospitalarios. El menú consumido por las tres afectadas constaba de bonito a la plancha, patatas fritas y ensalada, del que no quedaban restos. El pescado fue adquirido el día anterior y refrigerado. Por la sintomatología y el consumo de bonito, se sospechó que estaba producido por histamina. Se inspeccionó el establecimiento donde se compró el bonito, siendo correctas las condiciones de manipulación y conservación; se determinó el origen, siendo adecuado.

Laboratorio: a) Se tomaron muestras de orina de las pacientes, utilizando como método de determinación de histamina el Radioinmunoanálisis, dos de ellas estaban por encima de los valores considerados normales (45-270 nmol/L), siendo de 332 nmol/L y 345 nmol/L, teniendo el tercer caso un resultado de 240 nmol/L. b) Se tomó una muestra de bonito, del mismo establecimiento aunque de distinto lote, no se detectó histamina por el método HPLC-Fluorescencia. c) Se requirió a la empresa distribuidora resultados de muestras de control, enviando los del lote que analizamos (distinto lote del causante del brote), siendo los todos los parámetros microbiológicos normales.

Conclusiones: Los resultados de las muestras de orina de dos afectadas confirman la hipótesis inicial de brote de intoxicación alimentaria por histamina, tras el consumo de bonito. Estos brotes pueden pasar desapercibidos, pues, a pesar de la explosividad de los síntomas, la duración escasa de los mismos hace que no se consulte con el médico. Se debería incluir el análisis de histamina en los controles realizados por las empresas alimentarias.

BROTE DE TIA NOSOCOMIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "PUERTO REAL" (HUPR)

J. Jiménez, M.L. Martín, M. Conde, C. Marín, R. Villanueva y E. Figueroa

Hospital Universitario "Puerto Real"

Antecedentes/objetivos: El sábado 20 de mayo de 2006 se notificó al teléfono de alerta epidemiológica la presencia de 20 casos de gastroenteritis leve autolimitada en las 12 horas anteriores en pacientes hospitalizados y acompañantes de éstos. Con la sospecha de toxoinfección alimentaria (TIA) se ha realizado un estudio epidemiológico con el objetivo de describir las características del brote y establecer su posible origen.

Métodos: Definición de caso: toda persona que almorzó o cenó del menú de la cocina del HUPR el día 19 de mayo de 2006 y que presentó síntomas gastrointestinales durante la noche ese mismo día o la mañana siguiente. Búsqueda activa de casos en las distintas áreas de Hospital. Encuesta epidemiológica a los 20 casos y 21 controles. Realización de estudio de casos y controles, con obtención de *odds ratio* y tasas de ataque por cada alimento del menú. Recogida de muestras de 10 casos para coprocultivo. Recogida de muestras de alimentos de la cocina del Hospital para su análisis. Inspección de las condiciones higiénicas de la cocina. Estudio de los manipuladores de alimentos.

Resultados: De los 20 casos informados, 13 fueron hombres y 7 mujeres. 14 eran pacientes ingresados y 6 eran familiares de algún paciente. El 90% presentaron diarrea, el 25% vómitos y el 20% náuseas.

La curva epidémica de inicio de los síntomas comienza con 2 casos a las 23 horas del día 19 de mayo, con un pico de 6 casos a las 1 hora del día 20 y otro con 3 casos a las 3, prolongándose con casos sueltos hasta las 10 horas. El estudio de casos y controles arroja una fuerte asociación entre el consumo de pescado rebozado en la cena y la toxoinfección, con una *odds ratio* de 3,7 (IC al 95% 1,02-13,79) y una tasa de ataque en expuestos de 8,1. La tasa de ataque en no expuestos a dicho alimento es de 3,2. El resto de alimentos consumidos presentan OR no significativas y diferencias menores entre las tasas de ataque en expuestos y en no expuestos. Ninguno de los coprocultivos fue positivo. En una de las muestras de alimento (merluza) se aisló *Shigella flexneri* serotipo 1-6.

En el momento actual se está realizando el estudio de los manipuladores, las evaluaciones sobre algunas prácticas y elementos estructurales de la cocina y la determinación de *Shigella* en nuevas muestras de alimento a través del laboratorio de referencia.

Conclusiones: Se trata de un brote de toxoinfección alimentaria nosocomial que en el estudio epidemiológico aparece asociado a la ingesta de pescado rebozado procedente del menú de la cocina del hospital. Los coprocultivos de los afectados no han aportado información, y el único cultivo positivo de los alimentos sugiere como posible etiología la toxina de *Shigella*, obtenida de una muestra del mismo pescado que el utilizado para realizar el menú.

Financiación: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

BROTE SUPRACOMUNITARIO DE HEPATITIS B EN DEPORTISTAS DE ORIENTACIÓN

V. Hernando¹, P. Soler², L. García³, V. García⁴, M.L. Fajardo⁵, F. González⁶, J.M. Echevarría⁷, R. Jardi⁸ y S. De Mateo²

¹Programa de Epidemiología Aplicada de Campo. ²Centro Nacional de Epidemiología. ³Instituto de Salud Pública Comunidad de Madrid. ⁴Consejería Sanidad Murcia. ⁵Consejería Salud Junta Andalucía. ⁶Consejería Sanidad Comunidad Valenciana. ⁷Centro Nacional de Microbiología. ⁸Hospital Vall D'Hebrón

Antecedentes/objetivos: En Mayo de 2005 la Agencia de Salud Pública de Barcelona notifica un posible brote de hepatitis B (HB) con 3 casos residentes en Barcelona y que podrían estar relacionados con otras 2 personas de Madrid. El antecedente común fue practicar deporte de orientación. Este consiste en una carrera al aire libre, donde se deben localizar determinados elementos mediante brújula y mapa. Los deportistas se clasifican por sexo y edad en distintas categorías de competición. Es frecuente que se produzcan heridas en las carreras, especialmente en terrenos agrestes. Aunque poco frecuente, el riesgo HB se ha asociado a la práctica deportiva. Entre 1956-1963 se produjeron más de 500 casos de HB en estos deportistas en Suecia, pero no existen antecedentes en España. Se realizó un estudio descriptivo de los casos para confirmar la existencia del brote y su caracterización.

Métodos: Se diseñó un cuestionario que recogía información sobre heridas en las carreras, material de cura compartido, relaciones sexuales, entre otros datos. Se definió como caso a todo deportista de orientación que hubiera sido diagnosticado de HB aguda entre febrero-octubre 2005. Además se realizó un estudio microbiológico de las secuencias virales.

Resultados: Se identificaron 11 casos de HB: 5 en Cataluña, 3 en Madrid, 1 en Murcia, Valencia y Andalucía. Un 82% eran hombres y la edad media fue 35 años. El primer caso apareció en febrero y el último en octubre. Ninguno estaba vacunado, si bien 3 de ellos entraban en el calendario vacunal. Cinco competían en categoría de Elite y los demás en las categorías H35 y H40. Durante el periodo de incubación participaron en diferentes carreras. Las heridas se las curaban ellos mismos, siempre al final de la carrera. Se descartó la vía sexual, como mecanismo de transmisión, excepto en el último caso. Ninguno refirió inyectarse sustancias dopantes, ni compartir material cortante. En las 6 muestras analizadas se identificó el genotipo/subtipo D/ayw2 del Ag-HBs.

Conclusiones: Se confirmó la existencia de un brote de HB en estos deportistas. El descriptivo no mostró ningún factor de riesgo, aunque la producción de lesiones sangrantes podría facilitar la transmisión del HB durante las carreras. Se recomienda la educación sanitaria de los corredores, la no participación con una herida sangrante sin cubrir, retirar objetos contaminados con sangre, llevar cubiertos brazos y piernas para evitar cortes y reforzar la vacunación en jóvenes.

BROTOS DE SARAMPIÓN E IMPORTANCIA DEL PERSONAL SANITARIO EN LA TRANSMISIÓN. ESPAÑA AÑO 2006

M.V. Martínez de Aragón, I. Peña-Rey, M.T. Castellanos, B. Suárez Rodríguez y E. Alcalde Cabero

Centro Nacional de Epidemiología, Madrid.

Antecedentes/objetivos: Desde el inicio del plan de eliminación del sarampión hasta el año 2005 se han detectado 21 brotes. La mayoría de pequeño tamaño y autolimitados a excepción de uno en Almería en 2003, con 186 casos.

Objetivo: Describir las características de los brotes ocurridos en España durante 2006 y valorar el papel del personal sanitario en la transmisión. Valorar la situación actual y los brotes en el la región europea de la OMS y en el resto del mundo.

Métodos: Se analizan los datos notificados al plan de eliminación del sarampión y se revisan las bases de datos de la OMS para mostrar la situación actual en la región europea de la OMS y en el resto del mundo.

Resultados: Durante el año 2006 se han producido 6 brotes. Entre los que destacan: uno en la Rioja que empezó a finales de 2005 con 18 casos, en los que una médica enferma transmitió la enfermedad a los dos primeros casos identificados. Se aisló el genotipo D6, sin identificación de la fuente de infección. En la Comunidad de Madrid (CM), en febrero comenzó un brote importado de Reino Unido, por el genotipo B3, con 108 casos notificados hasta la semana 21. El 10% de los casos fueron en personal sanitario perteneciente a 7 centros diferentes. En Canarias se produjo un brote por el genotipo B3 con 14 casos, probablemente importado, el caso primario fue atendido por un médico que se contagió y pudo transmitir la infección posteriormente. En la región europea se han producido brotes importantes por diferentes genotipos: en Rumania, por D4, Reino Unido por B3, exactamente igual al de la CM, en Alemania D6, en Dinamarca B3, en Suecia B3, en Ucrania D6, y en Grecia D6. Y también en el resto del mundo: Venezuela, México, Estados Unidos de América, Canadá y Australia.

Conclusiones: Desde el año 2005 se están produciendo brotes en todo el mundo, cuya magnitud y edad de afectación es variable según las bolsas de susceptibles, dependientes de la fecha de introducción de la vacuna y las coberturas alcanzadas en cada momento y país, lo que ocasiona diferencias importantes entre los países. Los brotes europeos se han producido por importación de casos de otros países de la misma región. La OMS establece para conseguir y mantener la eliminación del sarampión, un máximo de 5% de susceptibles entre los mayores de 9 años; lo que implica revisar la susceptibilidad de la población y actuar en consecuencia. En España destaca la frecuente afectación del personal sanitario, con el papel amplificador de la transmisión que conlleva. Es necesario incidir en la recomendación de conseguir la inmunidad de todo el personal sanitario.

GESTIÓN INICIAL Y CONTROL DE UN BROTE DE SALMONELLOSIS RELACIONADO CON UN ALIMENTO DE AMPLIA DISTRIBUCIÓN

S. Guiral Rodrigo, R. Carbó Malonda, H. Vanaclocha Luna, J. Berenguer Muñoz, P. Botella Rocamora y F. González Morán en representación de las Unidades de Epidemiología

Área de Epidemiología. Generalitat Valenciana.

Antecedentes/objetivos: Entre los días 26 y 27 de julio de 2005 se notificaron 8 brotes de Toxoinfección alimentaria en 5 municipios dispersos en la C.Valenciana (CV), con características sugerentes de salmonelosis. El objetivo es describir la gestión inicial de la información generada en la notificación de pequeños brotes familiares coincidentes en el tiempo, de cara a adoptar con rapidez las medidas de control adecuadas.

Métodos: Estudio descriptivo cualitativo a partir de la notificación de brotes familiares y de una encuesta específica para la caracterización de los grupos familiares (Gf) afectados. Confirmación documental del lugar de adquisición e identificación del producto.

Resultados: Los brotes afectaron inicialmente a 25 personas en grupos familiares sin relación directa entre ellos, pero con el antecedente común de haber consumido un mismo tipo de alimento. La comprobación de que el alimento implicado en todos los casos correspondía a pollo asado precocinado envasado al vacío, de una misma marca y adquirido en la misma cadena de supermercados, permitió en 48h establecer la existencia de un único brote comunitario en el ámbito de la CV, con posibilidades de afectar a otras CCAA. Dicha evidencia generó con urgencia una Alerta Epidemiológica en la CV para la detección y caracterización de nuevas agrupaciones de casos y la comunicación al CNE del probable riesgo supracomunitario. A la vez se generó una Alerta Alimentaria para gestionar con urgencia el riesgo asociado a dicho alimento. El 28 de julio la empresa distribuidora retiró el producto voluntariamente de sus lineales en todo el territorio nacional. El día 29 se confirmó Salmonella C2 en muestras humanas y del alimento implicado. De los 445 Gf afectados en la CV (1017 casos) el 83,2% (370 Gf) adquirieron el producto entre el 20 y el 28 de julio, solo 12 grupos (2,7%) refirieron la compra con posterioridad a la fecha de la intervención. El cese de aparición de nuevas familias afectadas en los primeros días de agosto, excluyendo situaciones de transmisión secundaria, es un criterio para evaluar la efectividad y oportunidad de la medida de control adoptada. La toma de decisiones se basó en un estudio descriptivo cualitativo de los diferentes brotes familiares. Se priorizó la retirada del producto a pesar de la ausencia de un estudio de asociación que proporcionara evidencia científica en cuanto al vehículo de la infección.

Conclusión: La exhaustividad y oportunidad de los estudios cualitativos de pequeños brotes aportan evidencia para la toma de decisiones ante brotes cuya magnitud se sospecha elevada por estar implicados productos o riesgos de amplia distribución.

VALOR DEL ESTUDIO DESCRIPTIVO EN LA IDENTIFICACIÓN DE UN BROTE DE PAROTIDITIS EN UN ÁREA DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

A. Villaverde, A.M. Caro, I. Méndez, S. Jiménez, J. Donado, D. Herrera y P. Martínez

Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC), Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; Servicio de Salud Pública del Área 5 de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: En el año 2006 se viene presentando un incremento de casos de parotiditis en Madrid; en Marzo de este año se constató en un área de esta comunidad un aumento de casos concentrados en escolares vacunados. El objetivo de nuestro trabajo es demostrar el vínculo entre los diferentes casos de este brote a través del estudio descriptivo.

Métodos: Estudio descriptivo del brote en términos de persona, lugar y tiempo. Las fuentes de información fueron la notificación de las EDO y la encuesta epidemiológica con entrevista telefónica a los casos. Se ha analizado el estado vacunal y las actividades extraescolares. Se definió como caso a un enfermo con inflamación aguda de las parótidas, descartadas otras patologías, con confirmación serológica o vínculo epidemiológico con un caso confirmado entre el 10/03/06 y el 20/05/06 y que asiste o está relacionado con algún alumno de un colegio de la localidad en el que se han presentado casos.

Resultados: Se identificaron 54 casos, todos ellos españoles. La media de edad es de 9,6 años, 52% hombres. El brote empieza en un colegio A y se difunde a otros cinco con los que tiene vínculo epidemiológico por ser familiares o realizar actividades extraescolares conjuntas. Se extiende entre las semanas 10 y 19 con un pico en las semanas 16 y 17. El 68% de los casos asisten al mismo colegio A, cuya tasa de ataque es de 7,2% (máxima en 4ª y 5ª primaria: 19,8% y 11,3% respectivamente). Los síntomas más frecuentes fueron: inflamación parótidas 100%, fiebre 88%, malestar 54%, cefalea 46%. En 31/54 casos se realizó serología, confirmatoria en 23/31. Estado vacunal: 1ª dosis: 98% (67% Rubini, 33% Jeryl-Lynn, (J-L)); 2ª dosis: 94% (2% Rubini, 98% J-L). El 7,4% de los casos no tienen ninguna dosis de J-L, 59% una dosis y 30% dos dosis. No se recibieron notificaciones de médicos del sector privado y el 30% de los casos se identificaron a través de búsqueda activa. Como respuesta al brote, se realizó la revacunación de todos los alumnos de los colegios afectados que tenían menos de dos dosis de vacuna J-L (421 revacunados).

Conclusiones: Se logró identificar el vínculo epidemiológico entre los diferentes casos de parotiditis en el área. La mayoría de los casos habían sido vacunados con Rubini, aunque el 30% tenían dos dosis de J-L. El estudio sugiere la necesidad de ampliar la revacunación en toda la cohorte de niños/as que tienen menos de dos dosis de vacuna tipo J-L y propiciar un aumento en la notificación entre los médicos privados.

AMPLIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN AMBIENTAL EN UNA INTOXICACIÓN ESTAFILOCÓCICAM.J. Torrado Fábregas¹, A. Feijóo-Montenegro¹, A. Boulosa Cortés¹, B. Nores Blanco¹ y A. Pousa Ortega²¹Delegación Provincial de Sanidade de Pontevedra. ²Dirección Xeral de Saúde Pública (Xunta de Galicia).

Antecedentes/objetivos: Un tronco de mazapán elaborado en una pastelería, que contaba con un manipulador portador de *Staphylococcus aureus* fue el responsable de un brote de intoxicación estafilocócica. El manipulador conocía su estado de portador por una revisión dentro del sistema de autocontrol, pero no recibió ninguna recomendación específica. El objetivo del estudio fue determinar los factores que habían contribuido al brote más allá de la mera presencia de un portador.

Métodos: Para determinar los factores contribuyentes a la contaminación, supervivencia y multiplicación se realizó una evaluación de riesgos cualitativa. Se analizaron muestras de mazapán y de otros productos allí elaborados. Se tomaron muestras nasofaríngeas de manipuladores y se valoró sus conocimientos en materia de higiene mediante una encuesta que incluía variables sobre conocimientos específicos en higiene, microorganismos de interés, especialmente sobre *Staphylococcus*, formación recibida y actitudes en la aplicación de los conocimientos. Además, se observaron las prácticas de manipulación e higiene.

Resultados: Resultaron positivas a *St. aureus* las muestras de alimentos recogidas en el hogar y en la pastelería, tanto mazapán como otros pasteles, y en 5 de los 13 manipuladores, pero sólo el de uno de ellos, el ya identificado antes del brote, era del mismo tipo que el del alimento del brote. El factor de contaminación fue, pues, ese manipulador. La contaminación es posterior al proceso de horneado por lo que el factor de supervivencia no procede y el factor de multiplicación y de formación de toxina se comprobó que fue la ausencia de refrigeración. El 69% de los manipuladores decían conocer el *Staphylococcus* pero el 38,4% no lo asocia con alimento alguno. Aunque el 100% reconocen que las prácticas correctas de higiene reducen el riesgo de contaminación, la observación de prácticas puso en evidencia su falta de aplicación, caso del lavado de manos y uso de mascarillas. El 100% no habían recibido formación que la impartida para obtener el antiguo carnet de manipulador.

Conclusiones: A pesar de que dicen conocer perfectamente las medidas para prevenir las intoxicaciones, en concreto la estafilocócica, se comprobó que estas no se aplican ni después de verse implicados en un brote. En la medida que lo observado en este brote sea generalizable, es evidente que hay que poner más énfasis en la formación de manipuladores. Además para comprobar lo extendido de este problema es conveniente incorporar en la investigación de brotes, estudios sobre conocimiento y prácticas de los manipuladores.

EVOLUCIÓN DE LOS BROTES DE SALMONELOSIS VEHICULADOS POR ALIMENTOS. CATALUÑA, 1990-2004N. Torner¹, A. Domínguez¹, L. Ruiz¹, A. Martínez¹, R. Bartolomé², E. Sulleiro², A. Teixidó¹, A. Plasencia¹ y Grupo de Trabajo de Enfermedades Transmisibles de RCEP¹Dirección General de Salud Pública. Generalitat de Catalunya. ²Servicio de Microbiología. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Antecedentes/objetivos: En la mayoría de países desarrollados las salmonelas no tífoidas ocupan el primer lugar como agentes responsables de casos esporádicos y brotes de gastroenteritis vehiculados por alimentos.

El objetivo del estudio fue investigar la evolución del número de afectados, hospitalizados y defunciones de los brotes de salmonelosis vehiculados por alimentos, en especial por aquellos que contienen huevo, y compararla con la de brotes de otras etiologías.

Métodos: Se revisaron todos los informes de los brotes de toxoinfecciones alimentarias notificados durante el período 1990-2004 en Cataluña. De cada brote se recogieron las variables año, estacionalidad (Junio-Septiembre), ámbito (familiar, restaurante, escuela, hospital, residencias y otros), número de afectados, hospitalizados, defunciones, agente causal y alimento implicado. Como medidas de asociación se calcularon OR y sus intervalos de confianza del 95%. Para determinar la tendencia lineal se calculó el coeficiente de Pearson (R²).

Resultados: Se detectaron 1857 brotes de toxoinfección alimentaria, de los cuales 961 (51,7%) fueron causados por *Salmonella* (15.364 enfermos, 1.668 hospitalizaciones y 4 defunciones). De los 896 brotes restantes, 237 (12,7%) fueron causados por otros agentes etiológicos y 659 (35,5%) fueron excluidos del estudio ya que no se pudo determinar su etiología. El porcentaje de brotes familiares y tasa de hospitalización fueron significativamente mayores en los brotes de salmonelosis que por otras etiologías OR: 2,12 (IC95%: 1,57-2,88) y OR: 2,97 (IC95%: 2,56-3,44) respectivamente. El 50,2% (482/961) de los brotes de salmonelosis fueron vehiculados por huevo, mientras que los brotes de otra etiología sólo lo fueron el 5,1% (12/237) OR: 18,87 (IC95%: 10,41-34,18). La evolución anual del número de brotes familiares vehiculados por huevo fue ascendente (R²:0,74), pero no en los brotes de otros ámbitos.

Conclusiones: Los brotes de salmonelosis vehiculados por alimentos que contienen huevo son una causa importante de enfermedad y hospitalización, por lo que deberían dedicarse más esfuerzos a su prevención. Dado que el ámbito familiar es en el que más se producen estos brotes y la tendencia es ascendente, las medidas de prevención además de ir dirigidas a los puntos de producción, procesamiento, elaboración y distribución de los alimentos, también deberían orientarse hacia los consumidores, que con prácticas culinarias adecuadas pueden contribuir a disminuir la carga que supone esta enfermedad.

Financiación: Fondo de Investigaciones Sanitarias. Red de Centros de Investigación en Epidemiología y Salud Pública (nº 03/09) y P105/2366.

BROTE DE GASTROENTERITIS EPIDÉMICA POBLACIONAL POR NOROVIRUS

R. Acuña Castillo*, C. Bellido Bellido**, T. López Lorca*** y D. Almagro Nievas****

*Técnico de Salud Ambiental. **Farmacéutica. ***Auxiliar de enfermería. ****Epidemiólogo. Distrito Sanitario Metropolitano de Granada.

Antecedentes/objetivos: Las alertas poblacionales por gastroenteritis (GEA) vírica epidémica son frecuentes a nivel mundial producidas con un mecanismo de transmisión persona a persona o de exposición común. El día 16 de diciembre de 2005 se nos comunicó la existencia de un brote de GEA con una hipótesis etiológica de consumo de agua de la red pública por antecedentes de cortes periódicos. El objetivo fue describir y analizar la investigación clínica, epidemiológica, microbiológica y ambiental de un brote epidémico de gastroenteritis aguda dado en una población rural de Granada.

Métodos: El diseño de estudio fue casos-control. Definición de caso: paciente que presentó algún síntoma o signo de gastroenteritis (vómitos, diarrea, dolor abdominal, fiebre, náuseas y malestar general) durante un periodo entre el 1 de diciembre hasta el 31 de diciembre y residente en Campotejar. Como control se tomaron todos los familiares sanos que habían en familias con antecedentes de casos durante el periodo definido como epidémico. Población de estudio fue 1441 habitantes (padrón2005) de los que se tomaron 30 casos y 28 controles. Intervenciones: Mediante encuesta epidemiológica se investigó la relación entre la enfermedad y distintas variables independientes: características personales (edad, sexo, antecedentes de casos familiares, consumo de agua del grifo, fuentes no conectadas y/o de botella) tiempo (día de inicio de síntomas) y lugar (familia y calle donde vivía). Se solicitaron 4 coprocultivos con la indicación de estudio de bacterias enteropatógenas y virus entéricos, incluyendo el estudio de norovirus por microscopía electrónica. Se realizó test de hipótesis χ^2 y el cálculo de OR ajustada y cruda (IC 95%) mediante análisis de regresión logística múltiple.

Resultados: La tasa de ataque recogida durante todo el mes de diciembre fue de 3,82% (55/1441). Los síntomas más importantes fueron diarrea y dolor abdominal. Hubo casos repartidos por toda la población y no hubo ningún ingreso. La curva epidémica reflejó una transmisión de persona a persona. En relación al consumo de agua no hay ninguno sospechoso estadísticamente de ser el vehículo de la enfermedad. Tener antecedentes familiares de GEA fue un factor de riesgo (ORa 44,81, IC95% 7,58;262,5). La duración de la enfermedad fue entre 24-48 horas. La inspección de la red de agua estaba bien y los encuestados manifestaron cortes periódicos. Los 4 coprocultivos fueron negativos a bacterias enteropatógenas y dos positivos a norovirus.

Conclusiones: Desde el punto de vista clínico, curva epidémica y el aislamiento en heces de virus, hacen sospechar de una gastroenteritis con posible mecanismo de transmisión de persona a persona producida por norovirus.

IMPLICACIÓN DE LOS MANIPULADORES DE ALIMENTOS EN LOS BROTES DE GASTROENTERITIS VÍRICA

A. Martínez¹, N. Torner¹, L. Ruiz¹, A. Domínguez¹, R. Bartolomé² y el Grupo de Trabajo para el Estudio de las Gastroenteritis víricas en Cataluña

¹Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. ²Departamento de Microbiología. Hospital General Vall d'Hebrón. Barcelona.

Antecedentes/objetivos: Estudiar los brotes de gastroenteritis aguda de etiología vírica en Cataluña y conocer la posible implicación de los manipuladores de los alimentos en dichos brotes.

Métodos: Se han analizado los brotes declarados a las Unidades de Vigilancia Epidemiológica desde el 15 de octubre de 2004 al 31 de octubre de 2005. Se han considerado las variables: agente etiológico, ámbito del brote (familiar o comunitario), mecanismo de transmisión y posible participación de los manipuladores.

Resultados: Durante el período en estudio se han notificado en Cataluña 57 brotes de gastroenteritis vírica, 53 causados por Norovirus, 1 por Adenovirus y en 3 no se pudo confirmar la etiología. De la totalidad de los brotes declarados, 11 pertenecen al ámbito familiar; el resto de brotes se han producido en hostelería (20), en residencias geriátricas o de personas disminuidas (11), hospitales o centros sociosanitarios (6), casas de colonias (5), escuelas (2), centros de acogida (1) y campus de verano (1). En 21 de los 46 brotes no familiares, el mecanismo de transmisión ha sido alimentario (45,6%), interpersonal en 23 (50%), hídrico en 1 (2,2%) y en 1 de ellos (2,2%) no se ha podido conocer el mecanismo de transmisión del brote. En todos los brotes de origen alimentario se ha realizado estudio de manipuladores. Los resultados de laboratorio han mostrado presencia de Norovirus en heces de manipuladores pertenecientes a 14 de los brotes (70%). En 10 de ellos (71,4%) se ha considerado la implicación del manipulador como factor contribuyente a la toxoinfección alimentaria; en los otros 4 brotes (28,6%) se ha excluido su implicación debido a que los manipuladores habían estado expuestos a los alimentos sospechosos (3 brotes) y a que el genotipo del manipulador positivo a Norovirus no coincidía con el de los afectados (1 brote). Los resultados confirmatorios mediante epidemiología molecular están pendientes.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en el estudio revelan el importante papel que juegan los manipuladores como vehiculadores de brotes de gastroenteritis vírica. La educación sanitaria de las personas que trabajan en establecimientos de restauración colectiva es una medida fundamental en la prevención de estos brotes.

Financiación: Fondo de Investigaciones Sanitarias, proyecto PI030877

VARIACIÓN EN EL PATRÓN DE PRESENTACIÓN DE LOS BROTES POR NOROVIRUS EN ESPAÑA A LO LARGO DEL AÑO

M.C. Varela, P. Ordóñez, A. Torres, E.V. Martínez y G. Hernandez
Centro Nacional de Epidemiología. Madrid. España.

Antecedentes/objetivos: Los norovirus son causa frecuente de brotes de gastroenteritis en España y la causa más frecuente de gastroenteritis en distintos países. Sin embargo su patrón de presentación todavía no está suficientemente estudiado. Nuestro objetivo es estudiar el patrón de presentación de los brotes por norovirus en España en los distintos meses del año.

Métodos: Se han estudiado los brotes producidos por norovirus notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica durante el periodo 2002-2004. Se utilizó el test de chi-cuadrado para la comparación de proporciones.

Resultados: Se notificaron 108 brotes en 2002, 57 en 2003 y 107 en 2004. Los brotes se produjeron a lo largo de todo el año, pero en 2002 se observaron dos picos: uno entre mayo y julio y otro en octubre; en 2003 y 2004 se observó un pico en invierno. En cuanto al mecanismo de transmisión únicamente se observan diferencias a lo largo del año en el 2004, produciéndose en diciembre el 17% de los brotes alimentarios y sólo el 1,6% de los de transmisión directa ($p = 0,02$). Por el contrario en octubre se produjeron el 25,8% de los brotes directos y el 6,7% de los alimentarios ($p = 0,03$). En cuanto al ámbito de ocurrencia de los brotes, en el mes de octubre se produjeron: para el año 2002 el 20% de los brotes en geriátricos y ningún brote en otros ámbitos ($p = 0,03$), para 2003 el 29,4% de los brotes en geriátricos y el 7,7% en otros ámbitos, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa, y para 2004 el 31,9% de los brotes en geriátricos y el 8,7% en otros ámbitos ($p = 0,03$).

Conclusiones: Los picos observados en invierno en nuestro estudio estarían en consonancia con lo publicado para otros países. Por otro lado observamos un pico inusual en primavera-verano en 2002 coincidiendo con lo ocurrido ese año en otros países europeos en que se produjo un aumento del número de brotes por norovirus, acompañado de un pico en primavera-verano, asociado a la introducción de una nueva variante. El mayor número de brotes alimentarios en diciembre de 2004 podría coincidir con las fechas navideñas y con el aumento del consumo de marisco, ya que este alimento es un vehículo frecuente de norovirus. El mayor número de brotes de transmisión persona - persona en octubre, (mes que coincide con el comienzo del pico invernal observado en nuestro estudio) de ese mismo año podría deberse al mayor número de brotes en geriátricos que se observa en ese mismo mes en los tres años estudiados. Es necesario continuar la vigilancia de los brotes de norovirus para detectar cualquier cambio en su patrón de presentación, y realizar estudios que permitan explicar la existencia de un posible patrón específico en los geriátricos.

CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LOS CASOS DE SARAMPIÓN NOTIFICADOS EN EL TRANCURSO DE UN BROTE EPIDÉMICO. GRAN CANARIA FEBRERO-MARZO 2006

A. García Rojas, P. García Castellano, F. Troncoso Mendoza, M. Sánchez Oñoro, F. Artiles Campelo, I. Horcajada Herrera, B. Lafarga Capuz, M. Pérez González y M. Mosquera Gutierrez

Dirección General de Salud Pública, Laboratorio de Microbiología Hospital de Gran Canaria, Centro Nacional de Microbiología Majadahonda.

Antecedentes/objetivos: Dentro de las características fundamentales del Plan de Eliminación del Sarampión en Canarias, podemos subrayar la recogida y análisis de las particularidades descriptivas de presentación de la enfermedad en las islas, para poder adoptar de forma continuada las estrategias y actividades necesarias para avanzar en su eliminación. Se presentan las características descriptivas de los casos de Sarampión notificados en el transcurso de un brote epidémico verificado en la isla de Gran Canaria, durante el periodo temporal Febrero-Marzo de 2006 según ficha epidemiológica establecida en el plan

Métodos: Se analizaron los procesos notificados según ficha epidemiológica establecida en el plan, a la Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica desde la identificación del caso índice del brote, el día 1 de febrero, hasta la notificación el 14 de Marzo, del último caso incluido en dicho proceso. Se estudiaron las siguientes variables: Clasificación de los casos, tipo de declaración, semana de notificación, distribución geográfica, distribución según grupos de edad, clínica presentada, estado vacunal y recogida de muestras

Resultados: Se declararon 34 casos sospechosos de los cuales 19 (56%) fueron descartados, 14 (41%) confirmados y 1 (3%) quedó como compatible al negarse el afectado a que se le pudiera hacer la correspondiente investigación. Todos los enfermos aparecieron en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria y en la zona sur de la Isla. El 69% de ellos se declaró en el periodo temporal comprendido entre el 20/02/06 y 09/03/06. El 80% tenía una edad igual o superior a los 16 años, estando el mayor volumen de enfermos (40%) en las edades comprendidas entre los 26 y 35 años. El 33% estaba correctamente vacunado con Triple Vírica. Los síntomas más frecuentes fueron exantema (100%), fiebre(100%) y tos (73%).

Conclusiones: La finalización del brote con un total de tan solo 15 casos, nos permite concluir que la cobertura de baño frente a esta enfermedad en Gran Canaria es muy alta, quedando una bolsa de susceptibles a partir de los 16 años de edad, fundamentalmente entre los 26 y 35

ESTUDIO DE UN BROTE DE SHIGELLOSIS CON 146 CASOS RELACIONADO CON UNA FERIA. CIUDAD REAL 2005

J. Castell, M. Chico, R. Rodolfo Saavedra, A. Santos Azorín y G. Gutiérrez Ávila.

Servicio de Epidemiología, DGSP, Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.

Antecedentes/objetivos: El 3 de septiembre de 2005, el Servicio de Salud Pública de Ciudad Real conoció la existencia de 20 casos de gastroenteritis en el municipio de Daimiel. Se inició una investigación siguiendo los criterios de los CDC, con los objetivos de determinar la causa o causas del brote y establecer medidas de control. La mayor parte de los afectados eran jóvenes que habían visitado la feria que se estaba celebrando en la localidad. La revisión de la bibliografía no proporcionó ningún brote de esta etiología producido por un mecanismo similar al que presentamos.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo y otro analítico de casos y controles. En el descriptivo se incluyeron todas las variables de interés disponibles en las historias clínicas de los pacientes. Se diseñó un estudio de casos y controles apareado, por edad (más o menos 5 años de diferencia), sexo y no haber asistido a la feria junto al caso (para evitar el overmatching). Pudimos incluir a 65 casos y a 65 controles. Se llevaron a cabo inspecciones de establecimientos y toma de muestras tanto de alimentos como biológicas.

Resultados: Se notificaron 196 casos, de los cuales 146 cumplieron criterios para considerarlos como casos confirmados. El estudio descriptivo sugería una fuente común que habría actuado en un corto espacio de tiempo. El estudio de casos y controles apareado, mostraba una asociación con el consumo de patatas con salsa en uno de los chiringuitos (OR: 17,5; IC 95%: 4,21-72,8; $p < 0,0$) La regresión logística mostraba asociación únicamente con haber comido patatas en el chiringuito 2, precisamente el establecimiento en el que se había elaborado y vendido una salsa artesana compuesta de leche, ajo y aceite y que se había mantenido a temperatura ambiente en días de calor extremo. De las muestras obtenidas de salsas, heces de enfermos y manipuladores, se obtuvieron 20 coprocultivos positivos para *Shigella sonnei* en enfermos; mientras que el resto fueron negativas, en el chiringuito 2 no existían restos de la salsa sospechosa en el momento de la toma de muestras.

Conclusiones: El estudio epidemiológico sugería que una salsa de elaboración artesanal y clandestina, compuesta de ajo, leche y aceite pudo ser la probable fuente de la infección, lo que hace que cobre especial importancia la necesidad de intensificar las labores de inspección en estos festejos, en los cuales a veces se relajan los controles por interferencias en la competencias municipales con otras administraciones y que como en el caso que presentamos puede ocasionar la aparición de un importante número de casos de enfermedad, perfectamente evitables.

DEPORTE DE ORIENTACIÓN: UN BROTE DE HEPATITIS B ENTRE SUS CORREDORES

H. Pañella, C. Rius, A. Vilella, M. Campins, J.A. Caylà, C. Elias, A. Botia, L. Curiel e I. Badosa

Agència de Salut Pública de Barcelona. Hospital Clínic de Barcelona. Hospital de la Vall d'Hebrón.

Antecedentes/objetivos: En mayo de 2005 se detectó, en Barcelona, una agrupación de casos de hepatitis B (HB) entre corredores de orientación. En 1957, en Suecia, se transmitió el virus (VHB) en este deporte, sin identificar el mecanismo. El atleta realiza recorridos, distintos según categorías de edad y sexo, pasando por unas balizas, ayudados de un mapa, con registro horario manual o electrónico. El objetivo es identificar el mecanismo de transmisión del brote en corredores de Liga española o de Cataluña de la temporada 2004-2005.

Métodos: Se definió como caso, a un orientador que en el 2004-2005 se le diagnosticó una HB aguda. A los casos se les realizó la encuesta epidemiológica, recogiendo información clínica, de la transmisión y del virus. Se usó un cohorte retrospectivo (desde Agosto de 2004) y prospectivo (desde Mayo de 2005) para evaluar la hipótesis de transmisión. Los criterios de inclusión fueron, ser orientador de la federación catalana o española y haber corrido en al menos una carrera durante 2004-2005 compartiendo circuito con un caso. Se incluyeron 459 orientadores (160 catalanes y 299 del resto de España) se buscaron portadores y más casos mediante serología. En Cataluña se realizó una encuesta telefónica a los 160 atletas a riesgo, recogiendo variables de exposición (categoría, heridas, comentar recorridos, ver sangre).

Resultados: Hasta octubre de 2005 aparecieron 11 casos en 5 comunidades autónomas distintas. Como mínimo, una transmisión se dio en carreras catalanas y otra fue sexual. En febrero, en competición de Liga española coincidieron 9 casos, durante el periodo de viremia del primer caso que, además, se hizo una herida en la mano. La búsqueda de fuentes de infección en la cohorte, fue negativa, con una cobertura en Cataluña del 98% y en el resto de España del 23%. Las exposiciones con mayores tasas de ataque (TA), para los corredores que compartían circuito, oscilo entre un 3% y un 25%, según la carrera. Ver sangre en puntos que tocan tuvo una TA del 8,7% y hacerse heridas del 2,8%. La transmisión se confirmó, porque el riesgo de ser caso en corredores que compartieron circuito, fue 99,4 (IC 95% 12,5-789,04) veces superior al de los que no corrieron en aquella carrera. También porque las 8 cepas del VHB analizadas, fueron del serotipo Davw2 y se agruparon en la misma rama del estudio filogenético del virus.

Conclusiones: La investigación confirmó la transmisión del VHB entre corredores de orientación. La hipótesis más probable sería la transmisión del VHB por las manos a partir de heridas que se hacen al correr. El vehículo común serían las pinzas de las balizas por donde pasan, puesto que el mayor riesgo estuvo en el hecho de compartir circuito o parte del mismo.

PÓSTER CON DEFENSA

Jueves, 5 de octubre de 2006

11:30 a 13:30

VIH/Sida, Tuberculosis, Otras enfermedades infecciosas y Vacunas*Moderador: José Ramón Blanco Ramos**Servicio Riojano de Salud***REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LAS RECAIDAS DE TUBERCULOSIS: REINFECCIONES VS REACTIVACIONES**E. Cruz¹, L. Paz², E. Fernández¹, M.L. Pérez del Molino³ y M.V. Túñez⁴

¹Programa galego de prevención e control da tuberculose. Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. ²Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade. ³Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. ⁴Servicio de Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

Antecedentes/objetivos: El desarrollo de tuberculosis activa en una persona previamente infectada implica preguntarse si esto representa una recrudescencia del organismo de la infección inicial (reactivación) o una infección por una nueva cepa de *M. tuberculosis* (reinfección), motivo de debate durante décadas y términos no siempre claramente bien definidos en la literatura científica. El desarrollo de técnicas de biología molecular (RFLP), ha permitido la clasificación genotípica de las cepas con un nivel alto de sensibilidad y especificidad. Partiendo de esta información nuestro objetivo fue la realización de una revisión sistemática con el fin de saber si todas las recidivas de tuberculosis son en realidad reinfecciones o en algunos casos se trataría de fracasos terapéuticos, a pesar de haber sido clasificados clínicamente como casos curados de su primer episodio.

Métodos: Se realizó una búsqueda de la literatura científica existente en las principales bases de datos bibliográficas: MEDLINE y PREMEDLINE, EMBASE, HTA (Health Technology Assessment), COCHRANE DATABASE, DARE, LILACS, entre otras. Sin límite de fecha de inicio y hasta abril de 2005. Los términos utilizados fueron: *tuberculosis, reinfection, endogenous reactivation, exogenous reactivation, infection, recurrence, relapse y restriction fragment length polymorphism*. Los artículos se seleccionaron en base a criterios explícitos y fueron clasificados en función del nivel de calidad de la evidencia científica.

Resultados: De la búsqueda realizada en la literatura científica existente se recuperaron un total de 544 artículos de los cuales, tras una primera revisión y en base a la lectura de los resúmenes, se seleccionaron 41. De estos sólo 27 cumplieron los criterios de inclusión y se localizaron para ser evaluados, para posteriormente excluir 13 más tras su lectura crítica. Finalmente se incluyeron 14 artículos en las tablas de evidencia de esta revisión sistemática (de tres de ellos sólo se pudo localizar el abstract).

Conclusiones: La reactivación parece ser la causa más frecuente de recaída. Sólo un estudio ha evidenciado de forma clara que la reinfección es superior a la reactivación. No obstante, cabe reseñar que en algunos estudios estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Financiación: Consellería de Sanidade y Consellería de Innovación, Industria e Comercio (Dirección Xeral de Investigación e Desenvolvemento).

CARACTERIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS EN GUIPÚZCOA DURANTE 2005

R. Sancho*, M. Basterrechea*, M. Jiménez** y M. Amondarain**
 *Subdirección de Salud Pública de Guipúzcoa; **Gestoras de casos de Osakidetza.

Introducción: Más de la mitad de los casos de tuberculosis que se presentan en Guipúzcoa son formas pulmonares que evolucionan generalmente sin complicaciones utilizando el tratamiento estándar y que podrían ser abordadas sin ingreso hospitalario.

Objetivos: Describir los niveles asistenciales utilizados por estos enfermos y analizar el patrón de ingreso hospitalario según variables de interés.

Métodos: Se estudian todos los casos con diagnóstico de tuberculosis en Guipúzcoa durante el año 2005. Se recogió información de las características del caso a partir de la hoja EDO; para el lugar de 1ª consulta, primer especialista consultado, si hubo o no ingreso, fecha del mismo y fecha de alta se ha utilizado la entrevista personal y/o telefónica con el paciente así como la información aportada por su médico de familia y/o el médico que realizó el diagnóstico de la tuberculosis. Esta información fue recogida por las Gestoras de Casos de tuberculosis. Se describe la utilización de servicios en este proceso. Mediante la prueba de ji cuadrado se compara la proporción de ingresados según distintas variables y se hace un análisis ajustado mediante regresión logística; las variables consideradas han sido: comarca sanitaria, sexo, edad, situación microbiológica, localización pulmonar y VIH.

Resultados: Durante 2005 en Guipúzcoa han sido notificados 169 casos. El primer contacto de los pacientes con el sistema sanitario se produce en: atención primaria 51,5%, servicio de urgencias 26,6%, en el contexto de un estudio de contactos el 4,1%, un servicio especializado en el 14,8% y un 3% en otro tipo de servicio. El 33,7% de los casos se diagnosticó en un servicio de neumología, el 18,9% en la UEI, el 32% en Medicina Interna, el 8,3% en otros servicios especializados y el 3,6% en Atención Primaria, no disponiéndose de esta información en el 3,6% de los casos. El 63,3% de los casos fueron ingresados en un centro hospitalario, siendo la estancia media de 18,1 días (DE: 16,7). En el análisis univariante únicamente se observan diferencias significativas en la variable localización con una proporción mayor de ingresos en las formas extrapulmonares. En el análisis ajustado esta variable es la única que presenta un coeficiente significativo.

Conclusiones: Más de un cuarto de los enfermos de tuberculosis realizan su primera consulta en el servicio de urgencias. A pesar de las recomendaciones existentes, el 63% de los casos son ingresados en un hospital.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION INMIGRANTE DIAGNOSTICADA DE TUBERCULOSIS RESISTENTE A ANTITUBERCULOSOS

B. Sanz, T. Blasco por el grupo de colaboradores con el proyecto ATBIM*
 Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/objetivos: En la Comunidad de Madrid (CM), desde el año 2000, ser inmigrante aparece como primera variable asociada a la TB. Conocer la sensibilidad antibiótica de las cepas de *Mycobacterium tuberculosis* es un aspecto básico para planificar el tratamiento y de priorizar estrategias de control. El objetivo de este trabajo es identificar, que variables se asocian a la TB resistente entre la población inmigrante, con el objetivo de incrementar la sospecha en dichos pacientes.

Métodos: Estudio transversal. Sujetos: inmigrantes, mayores de 15 años, no internos en prisión, diagnosticados de TB en 14 hospitales de la CM, en el año 2003. Las muestras se cultivaron en medios sólidos (Lowenstein Jensen, Coletos o ambos) y/o en medios líquidos (MGIT960). Los antibiogramas frente a drogas de primera línea se realizaron en los servicios de microbiología de los hospitales (medio líquido MGIT) y/o en el Laboratorio de Referencia de Micobacterias del Centro Nacional de Microbiología (método de Canetti et al.). De cada caso se recogió un cuestionario con información clínica/sociodemográfica. Análisis de los resultados: se elaboró una base de datos en SPSS 13.0. Se realizó un análisis de frecuencias de las variables categóricas y una distribución de medidas de tendencia central de las variables cuantitativas, posteriormente se realizó un análisis univariante y multivariante por medio de una regresión logística.

Resultados: Se aislaron un total de 268 cepas de *Mycobacterium tuberculosis*. Se obtuvo de la sensibilidad de 221 cepas. En la muestra existe un claro predominio de hombres (66,5%), es una población joven con una edad media de 32,9 años (DSE: 11,5). El grupo más representado procede de Latinoamérica (46,2%), seguido de Europa del Este (15,8%) y Marruecos 17,6%. La tasa de resistencias totales fue de 14%; resistencias en casos nuevos 12,6%, resistencias en casos previamente tratados 27,3%. Entre las resistencias totales, las cepas multiresistentes fueron más frecuentes entre los bebedores de riesgo [OR (IC 95%): 5,73 (1,07; 30,57)]. En las cepas aisladas de casos nuevos, las resistencias totales se asociaron a la edad [OR (IC 95%): 1,06 (1,01; 1,12)]; las resistencias a isoniazida se asociaron a tener menor edad [OR (IC 95%): 0,92 (0,86; 0,99)] y a un mayor retraso diagnóstico [OR (IC 95%): 1,002 (1,00; 1,004)].

Conclusiones: Es necesario tener en cuenta variables sociodemográficas como la edad, y el consumo de alcohol ya que pueden indicar un mayor/menor riesgo de tener una TB resistente. Es necesario disminuir el retraso diagnóstico de la TB en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (Ref. SBPY 1254/02-02); Fondo de Inversiones Sanitarias (Ref. PI 040465)

EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN UNOS DE LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS: 2000-2006

A.M. Pérez-Meixeira¹, A. Ramos-Martos², J.B. Cacho-Calvo³, M. Sánchez-Concheiro³, B. Rubio-Gribble⁴ y A. Cobos-García¹

¹Servicio de Salud Pública. Área 10. Instituto de Salud Pública. ²Servicio de Medicina Interna. ³Servicio de Microbiología. ⁴Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Comunidad de Madrid.

Antecedentes: En el control de la Tuberculosis se viene observando, en el área de salud, un descenso paulatino entre la población autóctona, con un incremento entre la población inmigrante, por lo que las cifras de incidencia no descienden todo lo esperable. El Área 10 de la Comunidad de Madrid tiene una población de 311.468 habitantes y la población inmigrante representa el 11,3%.

Objetivo: Describir las características de la enfermedad tuberculosa en los últimos años y las posibles diferencias entre enfermos según su procedencia.

Métodos: Se incluyen en el análisis los casos de tuberculosis declarados desde el año 2000 al 2005, residentes en el Área. Variables estudiadas: demográficas y de enfermedad: diagnóstico, datos de laboratorio, situaciones de riesgo y evolución. Se utiliza los datos del padrón continuo y los de Tarjeta Sanitaria Individualizada. Se realiza un análisis comparativo entre los casos de enfermedad en las diferentes poblaciones, estimando las Odds Ratio con el intervalo de confianza al 95% mediante regresión logística.

Resultados: El peso porcentual de los casos declarados en inmigrantes oscila entre 12,8% en 2000 hasta 61,7% en 2005. La tasa de incidencia entre la población autóctona ha caído desde 13'65 por cien mil en 2000 a 6 por cien mil en 2005, al tiempo que las de población inmigrante ascienden hasta un 80 por cien mil en 2005. En ambas poblaciones, la mayoría de enfermos son hombres (61'6%) jóvenes entre 25 y 45 años, pero en la población autóctona la curva de edad se desplaza hacia grupos más mayores. La localización más frecuente de la enfermedad es respiratoria (72'8%), con confirmación microbiológica (cultivo positivo 74'2%). Un 5% presenta resistencia a fármacos de primera línea. El factor de riesgo más frecuente es el contacto con otro enfermo tuberculoso (40%), siendo generalmente un conviviente (75%). En el 74% de los casos se ha realizado correctamente el estudio de contactos, tanto en medio familiar como laboral. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas respecto a las variables de residencia, diagnóstico, forma de presentación y evolución de la enfermedad. Solo encontramos diferencias significativas en la edad ($p < 0,05$).

Conclusiones: La población inmigrante que enferma por tuberculosis en nuestro Área es más joven que la autóctona y presenta menos factores de riesgo asociados. Esto concuerda con los datos de otros estudios sobre inmigrantes, que consideran el hecho de inmigrar como un factor predisponente para numerosas patologías, sobre todo aquellas influenciadas por las condiciones sociales e higiénico-sanitarias.

PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN Y ENFERMEDAD TUBERCULOSA ENTRE LOS CONTACTOS DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS EN POBLACION INMIGRANTE

P. Godoy*, J. Álvarez, G. Carmona, M. Alesdà, A. Pumares, I. Barra-beig, N. Fullia, J. Caylà y A. Domínguez

Servicios Territoriales del Departamento de Salud de Lleida. Facultad de Medicina. Universidad de Lleida.

Antecedentes/objetivos: La transmisión de la infección tuberculosa puede presentar características específicas en la población inmigrante. El objetivo del estudio fue comparar la prevalencia de la infección y enfermedad entre los contactos de casos en inmigrante en comparación autóctonos.

Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico de prevalencia de la infección y enfermedad entre los casos incidentes de casos tuberculosis registrados el año 2005, en Cataluña, excepto la ciudad de Barcelona, con una población de 5.402.131 habitantes. Se realizó una encuesta epidemiológica para cada caso de tuberculosis y sus contactos. Las variables del estudio fueron variables de los casos índices (país de origen, edad, sexo, localización de la Tb, Rx tórax, bacteriología y retraso diagnóstico) y de los contactos (presencia de infección y enfermedad tuberculosa). El diagnóstico de la infección se realizó con 2 U de tuberculina PPD RT 23 y se consideraron positivas la reacción ≥ 5 mm en no vacunados y ≥ 15 mm en vacunados con el BCG. El riesgo de infección y enfermedad tuberculosa en contactos de inmigrantes en comparación a los autóctonos se determinó con la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se detectaron 872 casos de tuberculosis de los cuales 51,3% (447/872) tenían completado el estudio de contactos y de ellos el 77,2% (345/447) correspondían a casos en población autóctona y el 22,8% (102/447) a casos en inmigrantes. La prevalencia global de la infección fue del 33,9% (791/2331). Esta prevalencia fue superior entre los contactos de inmigrantes (42%; 209/490) que entre los contactos de casos autóctonos (31,6%; 582/1841) y estas diferencias fueron estadísticamente significativas (OR = 1,6; IC 95% 1,3-2,0). Se detectaron 36 nuevos casos de tuberculosis (10 entre los contactos de inmigrantes y 26 entre los casos autóctonos). La prevalencia de la enfermedad también fue superior entre los contactos de inmigrantes (1,9%; 10/522) que en los contactos de casos autóctonos (1,3%; 26/1970), pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. El 94,4% de los casos secundarios (34/36) tenían el mismo país de origen que el caso índice.

Conclusiones: La mayoría de los casos secundarios (94,4%) aparecen en contactos con el mismo país de origen que el caso índice. Se debe mejorar el estudio de contactos entre la población inmigrante para reducir el riesgo de infección y enfermedad, especialmente entre los contactos con el mismo país de origen que el caso índice.

Financiación: ¿Tuberculosis: una enfermedad importada? (FIS 04/2109)

EFFECTO DOSIS RESPUESTA DE LA VACUNA TRIPLE VÍRICA EN UNA COHORTE DE ESCOLARES AFECTADOS DE PAROTIDITISA.M Caro¹, A. Villaverde¹, S. Jiménez², I. Méndez², J. Donado¹, D. Herrera¹, y P. Martínez-Pardo²¹Programa de epidemiología aplicada de campo, Instituto de Salud Carlos III. ²Área 5 de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

Antecedentes/objetivos: Durante marzo-mayo de 2006 se presentó un brote de 56 casos de parotiditis en escolares de 8 a 11 años de una localidad de la Comunidad de Madrid. El 68% se concentraron en un solo colegio. Esta cohorte de edad corresponde a niños vacunados a los 15 meses con la cepa Rubini de parotiditis, escasamente inmunógena, y cuya segunda dosis a los 4 años fue cepa Jeryl-Lynn (J-L). Ante la aparición del brote las autoridades de Salud Pública revacunaron con una dosis de triple vírica (TV) cepa J-L a todos los alumnos que tenían menos de dos dosis previas J-L. Este brote coincide con un aumento generalizado de casos de parotiditis en España durante 2005-6. El objetivo de este estudio es analizar la relación del brote con el tipo y número de dosis de vacuna recibidas

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva definida como los alumnos de las aulas de 3º, 4º y 5º elemental del colegio afectado, por concentrar la mayoría de los casos (n = 28). Búsqueda activa del estatus vacunal y clasificación de la exposición en función del número de dosis y cepa vacunal. Se identificaron las dosis recibidas de cepa Rubini y J-L. Estimamos tasas de ataque (TA) y riesgo relativo (RR) con IC 95% según el número de dosis J-L recibidas, y eficacia vacunal (EV) de 1 y 2 dosis de vacuna J-L (EV = 1-RR). Programas: SPSS y Epi-info

Resultados: Cohorte formada por 227 niños entre 8 y 11 años, 53,2% varones. TA global: 13,9%, máxima en niños de 9 (13,5%) y 10 años (21,4%), sin diferencias por sexo. Obtuvimos Información completa sobre estado vacunal de 198 niños: 98,5% tenían primera dosis de TV, de las que 69,7% eran Rubini. 85,4% tenían segunda dosis, 2,5% Rubini. Así, 18 niños tenían cero dosis de vacuna J-L, 139 una dosis y 41 dos dosis. TA: 22,2% para cero dosis de J-L, 15,1% para 1 dosis y 7,3% para 2 dosis. Los RR correspondientes tomando como referencia 2 dosis son: 2,06 (IC 95%: 0,65-6,58) para 1 dosis y 3,04 (IC 0,76-12,20) para cero dosis. La eficacia vacunal es 32% para una dosis y 67% para dos dosis. La ausencia de significación estadística es atribuible al tamaño de la muestra, con la que se obtiene una potencia del 17%

Conclusiones: Se confirma la presencia de un brote de parotiditis que afecta especialmente a niños parcialmente vacunados con cepa Rubini, y revacunados con una sola dosis de cepa J-L, evidenciándose un claro efecto dosis-respuesta dependiente del número de dosis de cepa J-L recibida. Consideramos que la reparación de brotes y los hallazgos de este estudio justifican que se considere la revacunación con una segunda dosis de vacuna J-L para los niños que sólo tienen una dosis de vacuna de este tipo.

UTILIDAD DEL SISTEMA DE FARMACOVIGILANCIA EN LA IDENTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS POR VACUNASM. Zambrano Casimiro, MM. Álvarez Díaz y J.M. Ramos Aceitero
Servicio de Epidemiología. Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

Antecedentes/objetivos: Las vacunas se definen por la Ley del Medicamento como medicamentos biológicos empleados para provocar la inmunidad activa. El perfil de seguridad no puede evaluarse totalmente en los ensayos clínicos hasta que no se utilicen de forma generalizada en la población. Nuestro objetivo es valorar la utilidad de un sistema de vigilancia en la identificación de reacciones adversas (RA) a vacunas.

Métodos: Se realiza una búsqueda activa en la base de datos del Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV), a través del Centro Regional de Farmacovigilancia de Extremadura, identificándose notificaciones sobre sospechas de RA a vacunas en Extremadura desde enero de 1990 hasta mayo de 2006. Como criterio se establece que la vacuna sea el fármaco sospechoso de RA. Se realiza un descriptivo retrospectivo. Los datos se expresan en porcentajes.

Resultados: Se recibieron 70 notificaciones de RA a vacunas que recogían un total de 77 vacunas y 156 tipos de RA. De las 77 vacunas identificadas, la de mayor frecuencia pertenecían a "vacunas asociadas y componente tetánico" con 33 notificaciones (42,86%). De los 156 tipos de RA identificadas, la de mayor frecuencia eran las clasificadas en "trastornos generales" con 60 notificaciones (38,46%) y 32 (20,51%) en "trastornos en zona de aplicación". De las 70 notificaciones recibidas, 66 (94,29%) procedían de tarjeta amarilla (TA), 3 (4,29%) de la industria farmacéutica y 1 (1,43%) por TA e industria. Según la procedencia de las notificaciones, 47 (67,14%) procedían de origen extrahospitalario y 23 (32,86%) intrahospitalario. Los pacientes afectados eran en 41 notificaciones (58,57%) hombres y 29 (41,43%) mujeres. En 69 (98,57%) notificaciones la RA estaba descrita en la ficha técnica y 1 caso no. En 67 notificaciones (95,71%), la RA mejora con la retirada de la vacuna. Por gravedad, 48 (68,57%) eran leves, 20 (28,57%) moderadas y 2 (2,85%) mortales. En 41 (58,57%) notificaciones los pacientes se recuperaron sin secuelas.

Conclusiones: Aunque se desconoce el número de vacunas administradas para poder valorar si el número de notificación es significativo, la posibilidad de RA inesperada y de gravedad importante (el 28,57% de las notificaciones de RA provocaron baja laboral o ingreso hospitalario), hace necesarios la utilización de sistemas de vigilancia que permitan generar señales que alerten de nuevas RA y en último lugar, la realización de estudios epidemiológicos para la identificación de factores y grupos de riesgos, orientando esta información a contribuir en la mejora del perfil de seguridad de las vacunas.

Financiado por Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura.

NEUMONÍA NEUMOCÓCICA DEL SECTOR BARBASTRO, ¿ESTAMOS CONCIENCIADOS DE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN?P. Rodrigo^{1,2}, MA. Malo¹, M. Griabal³, C. López⁴, A. Carvajal⁴, P. Herrera⁵ y J.M. Donado²¹Medicina Preventiva Hospital Barbastro, ²Programa Epidemiología Aplicada de Campo, CNE, ³Residente Medicina Familiar y Comunitaria, ⁴Serv Microbiología, Hosp. Barbastro, ⁵Serv Neumología, Hosp. Barbastro.

Antecedentes/objetivos: La Neumonía por Neumococo (NN) es la más frecuente en el ámbito extrahospitalario. La efectividad de la vacuna polisacárida 23 valente es del 65 al 84%. Está indicada en mayores de 65 años y en menores con factores de riesgo, estando disponible desde el año 1999. En nuestro Sector es administrada bajo prescripción del Servicio de Neumología y posterior visado de Inspección Médica. Los objetivos de este estudio fueron, conocer la incidencia de NN en el Sector de Barbastro (SB) en el periodo 2004, 2005 y primer trimestre del 2006; describir las NN con variables sociodemográficas, valorando factores de riesgo para padecer la enfermedad; conocer la implementación del programa de vacunación y su registro

Métodos: Estudio descriptivo de las neumonías por neumococo (NN) en el periodo descrito. Variables: edad, sexo, tabaquismo, enfermedad inmunosupresora, obstrucción crónica al flujo aéreo (OCFA), DM, alcoholismo, cirrosis, enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal crónica, estancia, evolución, vacunación.

Fuentes de información: CMBD, Informes de alta, Codificación de informes de urgencias, Base de datos de Microbiología, registro de vacunación de neumococo. Se calculan Incidencias, tasas de Factores de Riesgo y tasa de Letalidad

Resultados: La población del SB es de 102.000 hab, siendo el 25% mayor de 65 años. La incidencia de todas las Neumonías (TN) en SB fue de 235,3; 451,9 y 107,8 por 100000 hab en 2004, 2005 y 2006 respectivamente. La tasa de ingresos por TN en el periodo analizado es 3,1%. De las neumonías por germen conocido, el 77,3% fue neumococo. La incidencia de NN es de 19,6; 44,1 y 39,2 en dicho periodo. La edad media es 71 años (IC 95%:66,9-75,0), el 61,3% corresponde a hombres (p: < 0,05). La estancia media es 10,1 días. El 78,6% presentan al menos un factor de riesgo, siendo el 54,6% enfermedad cardiovascular, 29,3% OCFA, 22,6% tabaquismo, 20% DM, 14,6% consumo elevado de alcohol. La tasa de letalidad es de 6,6%. El 5,3% de los pacientes ingresó en UCI, todos ellos menores de 65 años. De estos dos grupos de pacientes, el 89% presentaban factores de riesgo. De todas NN, sólo un caso estaba vacunado y evolucionó favorablemente. El 5º de Neumología tiene registrados 434 pacientes vacunados

Conclusiones: En el periodo de estudio la incidencia de NN presenta una tendencia al alza. Su letalidad y gravedad es elevada en grupos de riesgo. Se detecta baja cobertura de vacunación en población diana. Es necesario mejorar y unificar los registros e incidir en la necesidad de la vacuna en población de riesgo y mayores de 65 años

 NUEVAS TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA. LA EXPERIENCIA DE MONTAJE DE UN SISTEMA DATA WAREHOUSEJ. Astray¹, R. Gènova¹, J. Hernández¹, M. Díaz¹, L.M. Ancos, R. Dorado y A. Rojo¹DG Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

Introducción: Los sistemas de información en salud pública pueden utilizar las nuevas tecnologías con el objetivo de disponer la información necesaria, de calidad y en tiempo convirtiendo los datos en información. La incorporación de datos en sistemas data warehousing facilita extraordinariamente el desarrollo la función de salud pública: toma de decisiones, evaluación de impacto de intervenciones, informes de salud, estudios epidemiológicos, etc.

Métodos: Se diseñó y autorizó (ley de protección de datos) un fichero único (Sistema de Información en Salud Pública, SISPAL) que sustenta toda la información necesaria en Salud Pública. Se ha creado un sistema de Data Warehouse basado en procesos OLTP (Online Transaction Process) que recoge los datos necesarios para la vigilancia epidemiológica, análisis de morbilidad, vacunas de los centros de AP de la Comunidad de Madrid, etc. Se dispone de bases de datos poblacionales nominales (TIS y Padrón). Los datos pasan de un Área de Montaje (Analysis Manager), en la que se disponen de servicios de integración, al "almacén" de datos, desde donde pueden ser consultados mediante cubos OLAP (Online Analytical Processing), utilizando a nivel de usuario las herramientas Proclarity y Análisis de Cubos de Excel, a la vez que se integran en las aplicaciones correspondientes.

Resultados: SISPAL proporciona información para procesos de análisis y toma de decisiones en la organización a tiempo real, integrando los datos desde sistemas heterogéneos y validados. La descarga semiautomática de datos ha aligerado a los profesionales de las tareas de "comunicación a salud pública". La organización de los datos en grupos con significado lógico ha permitido el desarrollo de sistemas de información individualizados que han posibilitado la retroalimentación a los médicos y profesionales que suministran la información al sistema, por Unidades funcionales e incluso CIAS (por ejemplo, la captación de personas en campañas de vacunación como la de la meningitis C, rubéola, neumococo, gripe, etc). Al mismo tiempo almacena datos en estructuras optimizadas para extracción y consulta: informes, gráficos estadísticos, archivos externos, etc.

Conclusión: La utilización de las nuevas tecnologías en el desarrollo de sistemas de información en salud pública ofrece unas enormes posibilidades. La incorporación de estos sistemas es un elemento de ayuda al profesional y evidencia que hace falta una reflexión colectiva sobre la necesidad de disponer de sistemas de información homogéneos.

ESTRATEGIAS DE INMUNIZACIÓN ANTE UN BROTE DE PAROTIDITIS EN UN DISTRITO SANITARIO

P. Barroso García, A. Lucerna Méndez, A. Navarro Monzón, C. Fernández Oropesa y M. Bonillo Muñoz

Distrito Sanitario Levante Alto Almanzora, EP Hospital Poniente. Almería.

Antecedentes/objetivos: En el Distrito Levante Alto Almanzora se sustituyó en el año 1999, la cepa vacunal Rubini por la Jeryl Linn para la vacunación de parotiditis, además en el 2004 se adelantó la segunda dosis de triple vírica de los 6 a los 3 años. Objetivo: realizar medidas de prevención referidas a inmunización tras un brote por virus de la parotiditis G1 declarado en 2005 en dicho distrito

Métodos: Estudio descriptivo. Variables: edad, tipo de población, situación vacunal y coberturas vacunales por cohortes y Zonas Básicas de Salud (ZBS). Tras la declaración del brote se comunicaron a las ZBS actuaciones de prevención referidas a vacunación en contactos susceptibles y población pediátrica. Se realizó una auditoría para conocer el estado de la red de frío. Fuentes de información: ficha de declaración de enfermedad, cartilla de vacunaciones, aplicación informática de vacunación infantil y datos de auditoría

Resultados: Se notificaron 145 casos. El grupo con más casos fue el de 15 a 19 años con 31 (21,4%). 4 fueron inmigrantes. 76 casos (52%) tenían vacunación documentada, 69,7% con dos dosis, 54 de éstos (71,1%), tenían última dosis en el 1999 o posteriormente. El grupo con mayor número de vacunados fue el de 10 a 14 años con 29 casos (25 con dos dosis). En los menores de 5 años, 6 casos sólo tenían 1 dosis de vacuna. En los mayores de 24, no se documentó ninguna dosis. Medidas preventivas: se vacunó un adulto susceptible y ningún adulto inmigrante; se comprobaron coberturas de vacunación, con segunda dosis, en las cohortes de nacidos entre 1993 y 2001 (las de nacidos entre 1993 y 1997 tenían cobertura superior a 85%); se administró segunda dosis vacunal a los nacidos entre 1998 y 2001 mejorando la cobertura, con mayor aumento (en un 37,8%) en la de 1999. En los 47 puntos de vacunación había 63 frigoríficos, con antigüedad entre 1 y 20 años, 16 tenían termómetro clásico. Se reemplazaron 19 frigoríficos con más de 14 años y se enviaron 63 termómetros de máxima y mínima

Conclusiones: Un porcentaje importante de la población afectada en el brote estaba vacunada con cepa Jeryl Linn, de ahí la necesidad de vigilar las cepas del virus y realizar estudios de eficacia vacunal. Tras cambio de calendario vacunal se detectaron cohortes con baja cobertura de segunda dosis, por ello, se mejoró dicha cobertura. No se han encontrado registros vacunales en adultos, es necesario mejorar los sistemas de información sobre vacunación en dicha población. Dadas las dificultades encontradas, se considera necesario establecer estrategias para población adulta e inmigrante, en el ámbito de Comunidad Autónoma. No se detectaron deficiencias de la red de frío, pero se renovó el material existente

EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE LAS VACUNAS NO SISTEMÁTICAS EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN CATALUNYA

E. Borràs, A. Domínguez y J. Batalla

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Antecedentes/objetivos: En los últimos años han aparecido nuevas vacunas de las que solo algunas han sido objeto de introducción en el calendario de vacunaciones sistemáticas. El objetivo ha sido conocer la cobertura de las vacunas no incluidas en dicho calendario en una muestra representativa de niños < 3 años en Catalunya.

Métodos: Se realizó un estudio transversal retrospectivo mediante encuesta telefónica aleatoria estratificada. La población estudiada estaba formada por 630 niños nacidos en octubre de 2001 en Catalunya. El tamaño de la muestra se calculó con una precisión de 0,05% y una probabilidad esperada de cobertura sistemática de 0,97%; resultando el tamaño de 45 niños por estrato (rural y urbano) de las 7 regiones sanitarias (en total 8 pero se unieron dos por tamaño) excepto, Barcelona Ciudad que es urbana. La fuente de información para la selección muestral fueron los ayuntamientos de los municipios y el padrón de estos. Se calcularon las coberturas de las vacunas antihépatitis B, A+B y A, antineumocócica conjugada 7-valente y antivaricelosa. Para el análisis estadístico se calcularon los porcentajes y los intervalos de confianza al 95%.

Resultados: De los 630 niños, el 38,73% (34,85-42,61) iniciaron la vacunación antineumocócica conjugada 7-valente. De estos el 70,08% (64,13-76,03) habían completado la pauta vacunal. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los estratos rural y urbano, y tampoco por región sanitaria, observándose mayor cobertura en Girona (45,5%). El 14,60% (11,76-17,44) de los niños habían iniciado la vacunación con VHB, de los cuales el 83,70% (75,60-91,78) habían recibido tres dosis. El 6,66% (4,64-8,69) habían iniciado la vacunación con VHA+B, de los cuales el 80,95% (67,88-94,02) habían recibido tres dosis. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los estratos rural y urbano para la cobertura de VHB y VHA+B, pero sí entre las regiones sanitarias para la VHA+B oscilando entre 14,4% (Barcelona Ciudad) y 3,3% (Costa de Ponent) ($p = 0,0062$) y también para VHB entre 23,2% (Barcelona Ciudad) y 9,9% (Costa de Ponent) ($p = 0,047$). El 0,32% (0,04-1,14) habían recibido la vacunación con VHA, siendo estos de la Región de Lleida. El 8,30% (6,03-10,48) de los niños habían recibido la vacuna antivaricelosa, no se observó diferencias significativas entre los estratos y sí entre las regiones sanitarias observándose mayor cobertura en Barcelona Ciudad (15,6%) y menor en Tarragona/Terres de l'Ebre y Costa de Ponent (3,3%) ($p = 0,015$).

Conclusiones: El hecho de observarse coberturas más elevadas de estas vacunas, en dos regiones sanitarias, Barcelona ciudad y Girona, puede explicarse por una mayor utilización de pediatría privada. La baja cobertura de VHB y VHA+B puede deberse a que los padres opten administrárselas a los 12 años en el programa piloto que se lleva a cabo en las escuelas.

Este trabajo ha sido realizado con fondos FIS (PI 052366 y RCESP C03/09).

BAJA VALIDEZ DEL AUTOINFORME SOBRE ESTADO VACUNAL FRENTE A VHB EN JÓVENES CONSUMIDORES DE HEROÍNA. IMPLICACIONES

F. Vallejo, C. Toro, L. de la Fuente, V. Jiménez, TC Silva, L. Royuela, M. Neira y S. Ruiz

Centro Nacional de Epidemiología. Madrid. Hospital Carlos III. Madrid. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Fundación Hospital de Alcorcón. European Monitoring Center for Drug and Drug Abuse. Lisboa. Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias. Sevilla

Antecedentes/objetivos: Evaluar la validez del autoinforme del estado vacunal frente a VHB en los jóvenes consumidores de heroína (inyectores y no inyectores) de Barcelona, Madrid y Sevilla, donde existen prevalencias de vacunación diferentes y llevan varios años con programas de reducción de daños.

Métodos: Estudio transversal de entrada a una cohorte con 949 participantes de las ciudades de Barcelona (352), Madrid (412) y Sevilla (185), reclutados fuera de servicios de tratamiento por métodos de referencia en cadena. Se realizó entrevista cara a cara con cuestionario estructurado y se recogió una muestra de sangre en papel secante. Con Elisa se determinaron anti-HBc y anti-HBs, con el punto de corte en 8 UI/L. Se definió como vacunados a los positivos para anti-HBs y negativos para anti-HBc. Un 10,6% indicó que no conocía si se había puesto la vacuna, por lo que el análisis se restringió a 848. Para evaluar la concordancia entre el estatus vacunal autoinformado y el obtenido por analítica se calculó el porcentaje de acuerdo y el estadístico kappa (κ), así como el valor predictivo positivo de autoinformar que habían recibido alguna dosis de vacuna.

Resultados: El 53,8% afirmó haber recibido alguna dosis, sin diferencias significativas entre inyectores y no inyectores, ni entre ciudades. El porcentaje de vacunados por serología fue del 21,0% con diferencias significativas entre inyectores (23,4%) y no inyectores (16,6%) ($p < 0,05$) así como entre ciudades (33,1% en Barcelona, 12,5% en Madrid y 18,0% en Sevilla). ($p < 0,000$). La concordancia entre autoinforme y serología fue del 51,9%, sin diferencias entre ciudades, ni entre inyectores y no inyectores. Todas las κ fueron menores de 0,1. El valor predictivo positivo del autoinforme fue inferior al 25% en todas los estratos, salvo en la ciudad de Barcelona en que se elevó al 37%. El 31% (281) de los que indicaron que estaban vacunados eran realmente susceptibles.

Conclusiones: La validez del autoinforme sobre el estado vacunal frente a la hepatitis B sigue siendo muy bajo pese al incremento de vacunados que se ha producido entre los más jóvenes. Para no perder oportunidades de prevención debe seguir recomendándose la política de "No preguntes, toma una muestra de sangre, pon una dosis de vacuna y procura que vuelva a recoger los resultados", para así tener nuevas opciones de vacunar si fuera preciso.

Financiado por Fipse 3035/99, FIS- PI051384 (RECEPS)- y FIS: PI050959 (RTA).

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR GARRAPATAS (ETG) EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA EN LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS.

V. Ibarra, L. Metola, J.R. Blanco, M. Sanz, A. Portillo, S. Santibáñez, L. Pérez y J.A. Oteo

Área de E. Infecciosas y Med. Prevent. Complejo Hosp. S. Millán-S. Pedro de La Rioja.

Antecedentes/objetivos: Las garrapatas constituyen actualmente los vectores de enfermedades infecciosas más importantes en países industrializados. El objetivo de este estudio es conocer las ETG presentes en La Rioja, su incidencia, y distribución estacional y geográfica.

Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes atendidos por ETG en el Hospital de La Rioja (1 de enero/03 - 31 de diciembre/05). Realización de encuesta clínico-epidemiológica con datos de filiación, área geográfica y localización anatómica de la picadura y clínica.

Resultados: Se han detectado 112 personas con ETG. 39 con borreliosis de Lyme (BL), 34 con DEBONEL (*Dermacentor borne necrosis erythema lymphadenopathy*), 21 con fiebre botonosa (FB) y 2 con fiebre africana transmitida por garrapatas (ATBF). 6 presentaron fiebre sin otra sintomatología tras picadura de garrapata, que respondió a la doxiciclina. En ellos los estudios microbiológicos realizados fueron negativos. Durante el periodo de estudio no se produjo ningún caso de anaplasmosis humana (previamente descrita en nuestro medio). Todos los casos de BL se diagnosticaron entre abril y noviembre. Los casos de DEBONEL se produjeron de finales de octubre a principios de mayo. El diagnóstico de FB se realizó en todos los casos entre mayo y agosto. Los 2 casos de ATBF se produjeron en junio. En ambos pacientes las manifestaciones clínicas aparecieron al regreso de Sudáfrica. En el 90% de los casos de BL, la picadura de garrapata se produjo en las Sierras de la Demanda o de Cameros. Todos los pacientes diagnosticados de FB vivían en zonas del Valle del Ebro. Los pacientes diagnosticados de DEBONEL referían el antecedente de picadura por una garrapata de gran tamaño, que se produjo en todos los casos en La Rioja Baja. La BL fue más frecuente en hombres (67%) y los pacientes tenían una edad media de 47 años. El DEBONEL fue más frecuente en mujeres (59%) y los pacientes tenían una edad media de 37 años. La mayoría de los pacientes diagnosticados de FB fueron hombres (86%) y la edad media fue de 54 años.

Conclusiones: 1) La BL, el DEBONEL y la FB constituyen las ETG más frecuentes en nuestro medio. 2) Existe la posibilidad de ETG importadas de otras zonas. 3) La mayoría de los casos de BL se producen desde finales de primavera hasta principios de otoño. El DEBONEL se diagnostica durante meses fríos del año y FB en los cálidos. 4) Esta distribución estacional se correlaciona con los periodos de máxima actividad de sus vectores (*I. ricinus*-BL, *D. marginatus*-DEBONEL, *R. sanguineus*-FB). 5) La distribución geográfica de las ETG también se correlaciona con el distribución de sus vectores: BL - Sierra, DEBONEL-Rioja Baja y FB-Valle del Ebro.

PAPEL DE LAS PULGAS (*CTENOCEPHALIDES FELIS* Y *C. CANIS*) COMO VECTORES DE INFECCIONES EN EL SIGLO XXI

A. Portillo¹, L. Pérez-Martínez¹, J.R. Blanco¹, S. Santibáñez¹, V. Ibarra¹, M. Vallejo², M. Perucha³ y J.A. Oteo¹

¹Área Enf. Infecciosas y Med. Prevent. Complejo Hosp. S. Millán-S. Pedro de La Rioja. ²Hosp. domiciliaria. Fundación Hospital de Calahorra. ³Serv. Epidemiología. Consejería de Salud. Gob. La Rioja.

Antecedentes/objetivos: A lo largo de la historia las pulgas han jugado un papel muy importante como vectores de enfermedades infecciosas (peste, tífus murino...). En los últimos años se ha ampliado el espectro de las enfermedades que son capaces de transmitir al comprobarse que también pueden vehicular *Bartonella* spp. El objetivo de esta comunicación fue conocer la prevalencia de *Rickettsia* spp. y *Bartonella* spp. en pulgas de gatos y perros (*Ctenocephalides felis* y *C. canis*) de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Métodos: Durante 2005, se recogieron 148 pulgas (128 *C. felis* y 20 *C. canis*) de 30 animales domésticos (perros y gatos). Se llevó a cabo amplificación por PCR de los genes *gltA* y *ompB* de *Rickettsia* spp., y del gen ARNr 16S de *Bartonella* spp. Las muestras positivas para *Bartonella* sp. se analizaron posteriormente con cebadores específicos (*ribC*) para *B. clarridgeiae*, *B. henselae* y *B. quintana*. Los productos de PCR fueron secuenciados.

Resultados: El 16.9% de las pulgas (18 *C. felis* y 7 *C. canis*) analizadas portaban *Rickettsia* sp. Las secuencias nucleotídicas fueron 100% idénticas a *R. felis*. En 24 *C. felis* y 1 *C. canis* se encontró *Bartonella* sp. al emplear como diana de PCR el gen ARNr 16S. En un segundo paso, al amplificar un fragmento del gen *ribC* especie-específico de *B. henselae*, *B. clarridgeiae* y *B. quintana*, 3 de estas 25 muestras fueron positivas para *B. henselae* (12%), 6 correspondieron a *B. clarridgeiae* (24%) y las restantes (16/25; 64%) no se amplificaron con ninguna de las 3 especies analizadas. Cuatro de las 148 pulgas estudiadas estaban co-infectadas con *R. felis* y *Bartonella* sp.

Conclusiones: *R. felis* (16,9%), *B. clarridgeiae* (4%) y *B. henselae* (2%) fueron detectadas en *Ctenocephalides* spp. recogidas de animales domésticos en la Comunidad Autónoma de La Rioja. La detección de *B. clarridgeiae* podría tener implicaciones clínicas y epidemiológicas en nuestra área. Otras especies de *Bartonella* distintas de *B. clarridgeiae* y *B. henselae* podrían estar presentes en pulgas de la Rioja.

Financiación: Plan Riojano I+D+i, Gobierno de La Rioja (ANGI 2004/17).

INCREMENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN BARCELONA

P. García de Olalla, H. Pañella, P. Gorrindo, R. Clos y J.A. Caylà
Agencia de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: En los últimos años se está observando un cambio en la tendencia hacia el aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Estos datos junto a la aparición de brotes (sífilis y hepatitis A que se han producido en hombres homosexuales en Barcelona) sugieren que se están produciendo cambios en epidemiología de las ITS en nuestro medio.

Métodos: Estudio descriptivo y de tendencias de los casos de sífilis, infección gonocócica e infección por VIH en Barcelona entre 2001-2005. La información relacionada con la sífilis y la infección gonocócica proviene del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria numérica (EDO) y del Sistema de Notificación Microbiológico de Cataluña (SNMC). El primer sistema recoge semanalmente las declaraciones numéricas, el segundo aporta información sobre los aislamientos microbiológicos, así como la edad y el sexo del paciente. La información sobre el VIH proviene de un Sistema de Notificación Voluntaria, en él se recogen variables socio-sanitarias de interés. Se calculan tasas de incidencia y se realiza un χ^2 de tendencias. Se utilizan las actualizaciones anuales del Padrón Municipal de la ciudad.

Resultados: Se declararon 702 casos de sífilis, 608 de infección gonocócica y 1.409 nuevos diagnósticos de VIH. Desde el 2001 se observa un cambio en la tendencia ($p = 0,001$ en el caso de la sífilis y $p = 0,005$ en el caso de la infección gonocócica). Así, la tasa de sífilis ha pasado de 1,5 casos/100.000 hab. en el 2001 a 14,8 casos/100.000 hab. en el 2005 (incremento del 866%). El incremento de la infección gonocócica fue del 330%. En el caso del VIH las tasas han pasado de 13,4 casos/100.000 hab. en el 2001 a 17,13 casos/100.000 hab. en el 2005 ($p = 0,36$). En el 2005 los aislamientos de *T. pallidum* y *N. gonorrhoeae* correspondían en el 72% y en el 79% de los casos a hombres, respectivamente. El 43% de los casos de sífilis y el 79% de las infecciones gonocócicas tenían entre 18 y 29 años. En relación al VIH el 78% de los casos eran hombres, la edad media al diagnóstico fue de 36 años (DE: 10,8), sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las relaciones homosexuales entre hombres fueron la vía de transmisión en el 34% de los casos. La edad se desconocía en un 30% de los casos y la vía de transmisión en un 41%.

Conclusiones: Se observa un cambio en la tendencia por un aumento en las declaraciones numéricas de las infecciones gonocócicas y de la sífilis. Los diagnósticos de VIH se mantienen estables. En las tres infecciones el patrón corresponde a hombres jóvenes. Ante el incremento que se observa tanto en el ámbito nacional como internacional y por la convergencia de varias epidemias (sífilis, VIH) desde el punto de Salud Pública sería aconsejable que estas ITS fueran de notificación obligatoria individualizada.

LA COBERTURA ANTIGRI PAL EN PERSONAL SANITARIO. CANARIAS TEMPORADAS 2004-2005 Y 2005-2006

A. García Rojas, D. Trujillo Herrera, J. Solís Romero, F. Navarro Vázquez y D. Núñez Gallo

Dirección General de Salud Pública. Gerencia de Atención Primaria. Gran Canaria.

Antecedentes/objetivos: El colectivo sanitario ocupa un lugar fundamental dentro de los grupos diana a los que va dirigida la vacunación antigripal. A pesar de ello, las coberturas que históricamente se han obtenido en Canarias, han sido muy bajas. A partir de la temporada 2004-2005 se diseñó un plan de intervención sobre este colectivo tendiente a aumentar esta cobertura. Se presentan los resultados obtenidos.

Métodos: Se estudiaron las coberturas para cada Área de Salud, diferenciando entre el nivel primario de Atención y el Especializado. Dentro del Especializado, se evaluó a su vez, la cobertura obtenida en los distintos hospitales de la Comunidad Autónoma. Como numerador usamos el número de vacunas administradas y como denominador el personal sanitario adscrito, a cada ámbito concreto analizado.

Resultados: Tanto en la temporada 2004-2005 como en la 2005-2006, la cobertura obtenida en el nivel primario de atención fue superior a la del nivel especializado, un 54% y 48% respectivamente frente a un 24% y un 31%. Sin embargo, la cobertura en el nivel primario descendió 6 puntos de la primera temporada analizada a la segunda, mientras que el sector especializado aumentó en 7 puntos. En general, y en los dos niveles, las coberturas alcanzadas en las islas periféricas fue superior a la de las islas capitalinas.

Conclusiones: La tendencia creciente en las coberturas antigripales alcanzadas en el personal estudiado, nos permiten concluir la aceptabilidad de los elementos específicos diseñados para este fin, y refuerzan la necesidad de continuar aplicando este tipo de actuaciones.

PÓSTER CON DEFENSA

Jueves, 5 de octubre de 2006
11:30 a 13:30

Vigilancia epidemiológica

Moderadora: Socorro Fernández Arribas
Dirección General de Salud Pública y Consumo. Junta de Castilla y León

EL CMBD COMO HERRAMIENTA DE VIGILANCIA DE LAS ZOO-NOSIS

A. Estirado, M. Ordoñas, C. García-Fernández, S. Cañellas, A. Gutiérrez, I. Rodero y L. García

Sección de Enfermedades Transmisibles, Servicio de Epidemiología, Instituto de Salud Pública, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Las zoonosis son enfermedades con importantes repercusiones sanitarias y socioeconómicas, algunas de las cuales se están convirtiendo en enfermedades emergentes. El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) es un sistema nacional de vigilancia de datos hospitalarios. El objetivo de este estudio es valorar la influencia del criterio de análisis definido para explotar el CMBD como herramienta de vigilancia epidemiológica de determinadas zoonosis de interés en la CM. **Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo del CMBD de la CM de los años 2002 a 2004. Se seleccionan los registros de residentes en la CM en cuyo diagnóstico principal figuren las zoonosis incluidas en las EDO (leishmaniasis, triquinosis y brucelosis) y otras consideradas de interés (cisticercosis, fiebre Q e hidatidosis). Se determinan los ingresos de un mismo paciente por la misma enfermedad a lo largo del período de estudio, identificando aquellos con el mismo número de historia clínica en cada centro hospitalario, igual fecha de nacimiento, sexo y código diagnóstico en la variable diagnóstico principal. Se describe el número de casos para cada año y para el total del período, eliminando y sin eliminar los ingresos, y el porcentaje de ingresos para el total del período.

Resultados: Se detectaron 59 casos de brucelosis: 6 en 2002, 20 en 2003 y 33 en 2004, 2 de los cuales eran ingresos. En leishmaniasis el 32,41% de los 253 casos eran ingresos, eliminándolos se pasó de 57 a 51 casos en 2002, de 108 a 60 en 2003 y de 88 a 60 en 2004. Sólo ingresaron 2 casos de triquinosis, en 2004, y no eran ingresos. En la cisticercosis el porcentaje de ingresos fue del 16,49% de los 97 casos detectados: en 2002 los casos pasaron de 26 a 25, en 2003 de 33 a 27 y en 2004 de 38 a 29. Se observaron 59 casos de fiebre Q: 13 en 2002, 19 en 2003 y 21 en 2004, de los cuales 1 era ingreso. En la hidatidosis el 8,84% de los 441 casos detectados eran ingresos: en 2002 se pasó de 131 a 125 casos, en 2003 de 143 a 123 y en 2004 de 167 a 153. Al aumentar la duración de la serie mejora su calidad al ser mayor el número de ingresos depurados. El mayor porcentaje de ingresos se observa en leishmaniasis y cisticercosis, y su exclusión influye tanto en la magnitud como en la tendencia de la estimación. La mayoría de ingresos afecta a los grupos de edad con más casos, por lo que el patrón de la distribución por edad se ve suavizado al eliminarlos.

Conclusiones: En el análisis del CMBD para la vigilancia de las zoonosis es fundamental definir unos criterios adecuados a la evolución de estas enfermedades y tenerlos en cuenta al interpretar los resultados para realizar una vigilancia más ajustada a la situación real.

PALUDISMO EN ESPAÑA: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 2000-2005

L.P. Sánchez Serrano, M.O. Díaz García, M.P. Ordóñez Banegas, A. Torres Frías, L. Sobrino Vegas, M. García Hontoria, G. Hernández-Pezzi, M. Hernández Domínguez y L. Simón Méndez
Centro nacional de Epidemiología. ISCIII.

Antecedentes/objetivos: Desde 1285 está documentada la presencia del paludismo en España, pero es en los inicios del siglo XX, cuando debido a los estragos que causaba la enfermedad en el país se inicia su vigilancia, desarrollándose una amplia normativa antipalúdica. El paludismo se incluyó como enfermedad de declaración obligatoria en el año 1944, cuando todavía se comunicaban miles de casos anualmente. La década de los 50 supone el control de la enfermedad y la disminución de los casos comunicados. En 1961, se informaron los últimos 19 casos autóctonos. En 1964 España recibe el certificado oficial de erradicación. Desde entonces, su patrón epidemiológico ha cambiado presentándose en forma de casos importados.

Objetivos: Conocer la tendencia de la declaración de casos en España. Pauta geográfica de presentación, características personales de los enfermos y motivos del viaje a zona endémica.

Métodos: Se ha utilizado la información de los casos comunicados de paludismo a la Red nacional de Vigilancia, a través de sus dos subsistemas, declaración individualizada y numérica. Se ha realizado un estudio descriptivo entre 2000 y 2005. El estudio incluye la tendencia, características de los enfermos y del viaje.

Resultados: En los últimos 6 años se han declarado 2035 casos de paludismo (media de 339,16). 2034 son importados y 1 es autóctono (paludismo de aeropuerto). La enfermedad afecta principalmente a varones (razón de masculinidad = 1,54). El 48,27% de los enfermos tienen entre 21 y 40 años, 7,29% menos de 4 años y 8,36% entre 5 y 10 años. El 78,43% de los casos proceden de África, siendo Guinea Ecuatorial el país implicado en mayor número de casos, seguido por Nigeria y Senegal. *P. falciparum* es la especie más extendida, más del 60% de los casos son producidos por *P. falciparum*, encontrándose en todas las áreas palúdicas. Se ha comunicado la enfermedad por otras especies como *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale* y parasitaciones mixtas. El motivo del viaje fue turismo (33,9%), el 51,1% eran inmigrantes, 6,2% por trabajo y 8,9% por otros motivos.

Conclusiones: 1) Aumenta ligeramente los casos declarados. 2) Predominan los varones adultos. 3) Los niños representan más del 15% de los casos, dada la gravedad de la enfermedad en ellos, se debe recomendar la administración de profilaxis incluso a bebés, además de utilizar las medidas de barrera que impidan las picaduras del vector. 4) La visita a África, especialmente a los países del Golfo de Guinea, es el riesgo más relacionado con los casos en España. 5) El alto número de inmigrantes, que viajan a sus países de origen sin profilaxis, son un grupo de riesgo elevado.

DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA INCIDENCIA DE GRIPE DECLARADA POR LA RED DE MÉDICOS CENTINELA DE CASTILLA Y LEÓN

S. Tamames Gómez¹, J.J. Castrodeza Sanz¹, I. Gracia Ahufinger², J.M. Eiramos Bouza², A.T. Vega Alonso³, J.L. García Cuesta⁴ y R. Ortiz de Lejarazu Leonardo²

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Valladolid. ²Área de Microbiología. Universidad de Valladolid. ³Dirección General de Salud Pública y Consumo. Junta de Castilla y León. ⁴Departamento de Geografía. Universidad de Valladolid.

Objetivos: La geoestadística permite la interpolación de datos espaciales a partir de valores conocidos en determinadas localizaciones, mediante regresión y para procesos estocásticos con distribución normal. Las Redes de Médicos Centinela aportan datos en principio adecuados para este tipo de análisis. Los objetivos de este estudio son: (1) describir la distribución espacial de la incidencia de gripe en Castilla y León, y (2) evaluar la adecuación de las técnicas geoestadísticas para la predicción de la incidencia en localizaciones donde se desconoce.

Métodos: Se calculó la incidencia de gripe por 100.000 habitantes para cada uno de los 34 Médicos Centinela durante las cuatro semanas centrales de la epidemia 2004-2005 (semanas 52^a de 2004 a 3^a de 2005). Se realizó una transformación logarítmica de los datos. Se halló el semivariograma empírico y se ajustó a un modelo teórico de tipo esférico. Se realizó la interpolación mediante *kriging* ordinario. Para mostrar la incidencia de gripe predicha por el *kriging* se elaboró cartografía de isolinias mediante ArcGIS® 9.0. Se evaluó la predicción mediante validación cruzada.

Resultados: El análisis previo reveló distribuciones de asimetría izquierda: medias de 209,8 (desviación estándar (DE) 393,23), 515,9 (DE 1060,15), 551,3 (DE 610,48) y 461,8 (DE 549,14) por 100.000 habitantes-semana respectivamente, con medianas de 0, 24,4, 339,6, y 318,1 por 100.000 habitantes-semana respectivamente. La cartografía muestra una distribución heterogénea del fenómeno, con áreas de incidencia superior a los 1.250 casos por 100.000 habitantes-semana mientras otras áreas no superan los 250 casos por 100.000 habitantes-semana. La validación cruzada dio valores entre -0,060 y 0,005 para el Error Medio de la Predicción (valor óptimo: 0) y entre -0,101 y 0,014 para el Error Medio Estandarizado de la Predicción (valor óptimo: 0).

Conclusiones: El método de *kriging* permite describir la distribución espacial de la incidencia de gripe durante el período epidémico, e interpolar el valor de la misma allí donde se desconoce. Los datos declarados por la Red de Médicos Centinela de Castilla y León, con transformaciones mínimas, son útiles para este análisis. La validación cruzada muestra unos valores próximos a los considerados óptimos, lo cual indica una buena calidad de las predicciones.

INGRESOS POR COMPLICACIONES DE VARICELA EN LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN DE MURCIA.V. García^a, A. García^a, L. Hernando^b, R. García^a, M.E. Gutiérrez^a y C. Navarro^a*S. Epidemiología^a, S. Planificación^b. Consejería de Sanidad. Murcia^{a,b}*

Introducción: La varicela es una enfermedad típica de la infancia que presenta alta incidencia pero en general cursa sin complicaciones. En el año 2004 se registró un pico de incidencia en la región que podría relacionarse parcialmente, independientemente de las variaciones periódicas propias de la enfermedad, con el incremento de la natalidad en la región (45% mayor en 2004 respecto a 1999). La alta incidencia en 2004 motivó una investigación sobre la hospitalización por varicela como indicador de gravedad de la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo de los ingresos por varicela a partir de los datos del diagnóstico al alta (códigos de la CIE-9: 052.0, 052.1, 052.7, 052.8, 052.9) del CMBD de todos los hospitales de la región en el periodo 1999-2004 en relación con los datos numéricos de incidencia procedentes del sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Se analizaron frecuencias y tendencias mediante X2.

Resultados: En el periodo estudiado la incidencia de varicela presentó dos picos, en 1999 (1031,4 casos/10⁵ hab.) y en 2004 (1291 casos/10⁵ hab.). El porcentaje de casos hospitalizados respecto al total de casos declarados fue bastante estable en el quinquenio 99-03 (0,47%-0,65%) aumentando a 1,08% en 2004. El diagnóstico al alta de la mayoría de los hospitalizados en el periodo 99-04 fue varicela sin mención de complicación (50%-64%) seguido por neumonitis (16,7%-27%) otras complicaciones especificadas (11,1%-21,4%) y no especificadas (0%-8,5%) y encefalitis (1,7%-5,6%). Se observa una tendencia al aumento de ingresos por varicela sin mención de complicación ($p < 0,001$), por complicaciones especificadas ($p < 0,001$) distintas de la encefalitis y neumonitis y, en menor medida, por neumonitis ($p = 0,02$). No se registra incremento de encefalitis. La mediana de ingresos anuales por encefalitis fue de 2 casos (rango 1-3) afectando mayoritariamente a < 10 años mientras que para la neumonitis la mediana fue de 12,5 casos (6-33) afectando principalmente a los mayores de 15 años. En el sexenio 99-04, un 11% de los ingresos por complicaciones de varicela correspondieron a < 1 año, 43% a niños de 1-9 años y 46% a ≥ 10 años. La letalidad osciló entre 0 y 0,019% en el periodo (0,006% en 2004), con una media de 1 fallecimiento anual.

Conclusiones: El porcentaje de hospitalizados en 2004 respecto a los casos de varicela declarados fue mayor que en el quinquenio previo (1,1% vs 0,5-0,7%). La mitad de los ingresos correspondieron a casos de varicela sin mención de complicación. De los ingresos por varicela complicada, el incremento se debe fundamentalmente a complicaciones especificadas distintas de encefalitis o neumonitis y en menor medida a neumonitis. No se ha registrado aumento de letalidad por varicela en el periodo estudiado.

EVOLUCIÓN DE LA MENINGITIS NEUMOCÓCICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 1998-2005

M.A. Gutiérrez, A. Estirado, A. Arce, E. Córdoba, M.C. Sanz, C. García-Fernández y M. Ordoñez

Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: La meningitis neumocócica es la única enfermedad invasiva por *Streptococcus pneumoniae* que se vigila en la Comunidad de Madrid. La disponibilidad de una vacuna conjugada eficaz en menores de 2 años, hace necesario conocer la incidencia y las características epidemiológicas de los casos de esta enfermedad. El objetivo de esta comunicación es describir la incidencia y las características epidemiológicas de los casos de meningitis neumocócica presentados en la Comunidad de Madrid, en el período 1998-2005.

Métodos: Fuentes de información: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) en el período 1998-2005 y Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) en el período 1998-2004. En el sistema EDO la meningitis neumocócica se incluye en el epígrafe de Otras Meningitis Bacterianas que excluye la meningitis meningocócica y la meningitis por Hib. En el CMBD se selecciona el código 320,1 (meningitis neumocócica) de la CIE-9-MC tanto en el diagnóstico principal como en el primer diagnóstico secundario. Se calculan tasas de incidencia por 100.000 habitantes.

Resultados: En el período 1998-2005 se han notificado 308 casos de meningitis neumocócica al sistema EDO. La incidencia anual ha oscilado entre 0,51 (año 1998) y 0,80 (años 1999 y 2005), con una incidencia media anual de 0,70 casos por 100.000 habitantes. La incidencia es mayor en varones que en mujeres (0,86 vs 0,55); así como en los menores de 5 años (5,12) y especialmente en los menores de 1 año (13,30). En este período se han notificado 45 fallecidos por esta causa (letalidad 14,6%). El número de casos y la incidencia de meningitis bacterianas notificados en este período se han mantenido más o menos estable, así como la proporción de casos debidos a neumococo; incrementándose la proporción de casos confirmados de este grupo de enfermedades. En el período 1998-2004 se han registrado en el CMBD 292 casos de meningitis neumocócica. La incidencia ha oscilado entre 0,65 (año 1998) y 0,96 (año 2003), con una incidencia media anual de 0,77 casos por 100.000 habitantes. La incidencia media anual en menores de 5 años ha sido de 4,19 y en menores de 1 año de 12,46. La evolución de la incidencia muestra un ligero incremento en los últimos años, a expensas sobre todo de los menores de 1 año.

Conclusiones: La incidencia de la meningitis neumocócica en ambos sistemas de información es similar, aunque se observa una ligera infranotificación en el sistema EDO (0,70 vs 0,77). Los menores de 5 años, y especialmente los menores de 1 año son el grupo de edad más afectado por esta patología. El incremento de la incidencia observado en el CMBD en los menores de 1 año puede deberse a la mejora en la confirmación diagnóstica.

CAUSAS DE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO (IVE) REALIZADAS EN ARAGÓN. AÑOS 2001-2005

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

Servicio de Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.

Objetivos: Tras 20 años de la despenalización de la IVE, la frecuencia de esta práctica sigue aumentando en nuestro país y cambian las características de las mujeres que abortan. El objetivo del estudio es describir las causas que han motivado la realización de una IVE en los últimos cinco años.

Métodos: Estudio de las causas de IVE en mujeres aragonesas recogidas en el Registro de Aragón, de 2001 a 2005. Se han analizado las variables causa según año de intervención, grupo de edad, semanas de gestación y método de interrupción. Para el análisis se han agrupado las variables de causa en tres categorías (causa psíquica, otras causas, violación), y la variable otras causas en cuatro.

Resultados: Entre 2001 y 2005 se ha realizado el 42,8% (11784) de las IVEs de los últimos 16 años de Aragón. La causa psíquica ha motivado casi el 96,5% (11367), otras causas el 3,5% (411), violación (4) y sin causa constatada (2). La distribución de causas ha sido constante todos los años. La causa psíquica varía con la edad; 98,7% en menores de 30 años y 93,1% en mayores ($p < 0,001$). En estas el promedio de gestación fue de 8,5 semanas (DE 2,9), en otras causas 17,8 semanas (DE 3,8) ($p < 0,001$). El método más utilizado fue la aspiración o miniaspiración por jeringa en las de causa psíquica (86,4% vs 15,3%, $p < 0,001$) y el legrado en las de otras causas (41,6% vs 5,9%, $p < 0,001$). En el análisis de las 411 causas físicas, el 83% (341) se deben a anomalías congénitas, un 12,9% (53) a enfermedad materna, un 3,2% (13) a afecciones perinatales y un 1% (4) a anomalías congénitas y enfermedad materna. De las anomalías congénitas, el 41,4% son anomalías cromosómicas (2/3 Down), el 14,5% malformaciones del aparato circulatorio y 13,0% del sistema nervioso. En las de causa materna el 49,1% fueron enfermedades infecciosas. Respecto al método utilizado se observan diferencias significativas entre las distintas causas ($p < 0,001$); el más frecuente en la enfermedad materna es la aspiración (66%), en las anomalías congénitas el legrado (46,3%) y en las afecciones perinatales otros métodos (61,5%).

Conclusiones: Se observa un incremento del número global de IVEs en este quinquenio. Llama la atención el gran porcentaje de causas psíquicas como causa de IVE para cuya comprensión son necesarios otros tipos de estudio que señalen la conveniencia de implementar medidas dirigidas a la prevención de embarazos no deseados. En las de causas físicas se observa un mayor porcentaje de anomalías congénitas, mayor que en otros estudios revisados, siendo las más frecuentes las cromosómicas. El análisis de la variable causa junto a otro tipo de estudios es un factor determinante para la puesta en marcha de campañas sobre métodos de planificación familiar.

CARGA HOSPITALARIA DE ENFERMEDAD POR GASTROENTERITIS PRODUCIDAS POR ROTAVIRUS

B. Suárez Rodríguez, M.V. Martínez de Aragón e I. Peña-Rey

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

Antecedentes/objetivos: Las gastroenteritis (GEA) por rotavirus son causa importante de mortalidad en países en vías de desarrollo y de morbilidad en industrializados y uno de los principales motivos de ingreso en niños. Se estima que casi el 95% de los niños se infectan antes de los 5 años.

Objetivo: Estimar la carga hospitalaria atribuible a GEA por rotavirus, la mortalidad asociada y comparar con lo observado en otros países.

Métodos: Análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos del registro nacional de altas hospitalarias (período 1998-2002 último disponible), consistentes para todo el período. Se detallan los ingresados durante 2001 incluyendo aquellos con alta en 2002. Se consideran casos cuyo motivo de ingreso corresponde con enfermedades infecciosas intestinales (CIE-9-MC:001-009) diferenciando rotavirus (008.61), y casos con otra causa de ingreso con diagnóstico acompañante de alguno de estos códigos (GEAs nosocomiales). La mortalidad procede del Registro de defunciones (Instituto Nacional de Estadística).

Resultados: Durante 2001 hubo 27.510 ingresados con GEA (carga global de GEAs atendidas en hospital: 68,3/100.000 habitantes); 77,1% ingresos por GEA y 24,6% GEAs nosocomiales. El 15% fueron por rotavirus; que se concentran en la infancia: (53% < 1 año; 97% < 5 años). El 14,5% de los ingresos por GEA fueron por rotavirus (7,6 ingresos/100.000 habitantes), el 24,1%, en < 5 años, 35% en < 1 año. El 46,5% de los ingresos por rotavirus son < 1 año, el 82% < 2 años y el 97% < 5 años. (358 ingresos/100.000 niños < 1 año; 102/100.000 niños de 1 a 4). La proporción de rotavirus en las GEAs nosocomiales es ligeramente superior en general (16,8%; 2,8 rotavirus nosocomiales /100.000 habitantes) y por edad, concentrándose en infancia: 40% < 6 meses; 91% < 2 años. Promedio de estancia ingresados por rotavirus 4,4 días (DE: 2,4), ligeramente inferior a ingresados por otras GEAs: 5,3 (DE: 5,5). Las infecciones nosocomiales tienen estancia más prolongada, tanto para rotavirus 12,3 (DE: 24,2), como para otros microorganismos: 15,7 días (DE: 24,7). Durante 1999 a 2002 sólo se ha consignado una defunción debida a rotavirus (niño de 0 meses, año 2000). Los rotavirus presentan estacionalidad en invierno, diferenciándose de las GEA por otros agentes.

Conclusiones: El rotavirus es responsable de elevada proporción de GEAs infantiles que requieren hospitalización y nosocomiales, pero no causa mortalidad. Los resultados concuerdan con los de países europeos y desarrollados en importancia relativa, tasas ingreso, distribución etaria, días de estancia y estacionalidad.

RELACIÓN DEL CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE) CON PROBLEMAS RENALES EN DIABÉTICOS

J.R. Ipiéns Sarrate, S. Martínez Cuenca, M.B. Adiego Sancho, J.P. Alonso Pérez de Agreda, L.J. Urdániz, M.J. Alberto, P.A. Sánchez, M.C. Navarro, Red de Médicos Centinelas de Aragón

Gobierno de Aragón. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Vigilancia en Salud Pública. Subdirección Provincial de Salud Pública de Huesca. Subdirección Provincial de Salud Pública de Zaragoza. Subdirección Provincial de Salud Pública de Teruel.

Objetivos: 1) Describir el perfil diabético de los pacientes, su consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y su función renal. 2) Relacionar consumo de AINE y función renal en diabéticos.

Métodos: Estudio descriptivo y estudio retrospectivo de casos-controles del consumo de AINE e indicadores de daño renal. Casos: pacientes con alteración de parámetros renales. Controles: pacientes sin alteración. Exposición: Consumo de AINE. Información recogida por ficha de datos. Ámbito: Red de Médicos Centinela de Aragón. Período: 50 semanas de 2005.

Resultados: En el estudio descriptivo los 584 pacientes incluidos tuvieron las siguientes medias: edad 68 años, índice de masa corporal 29,8 (normal: 21-25) y tiempo de evolución de enfermedad 10,4 años. El 5,14% fue diabetes tipo 1. La hipertensión arterial se halló en el 63% y la nefropatía no diabética en el 6,3%. El tratamiento insulínico se realizó en el 20% (90% de los tipo 1). El ácido acetil-salicílico como antiagregante se prescribió en el 30%. El 55,9% habían consumido AINE en alguna modalidad de consumo. El 52,4% consumieron en los últimos 12 meses, el 17,1% en años anteriores al actual (mínimo 6 meses/año) y 13,5% habían consumido AINE de forma variable en el año actual y anteriores. Los grupos más frecuentemente consumidos fueron acetícos (37,8%) y propínicos (29,7%). En el estudio de casos-controles, las diferencias del aclaramiento de creatinina en consumidores y no consumidores fueron escasas. La micro o macroalbuminuria fueron superiores en consumidores (31,1%) que en no consumidores (19,2%) de AINE. Se observó asociación entre el consumo de AINE en cualquier modalidad de consumo e incremento de la albuminuria de cualquier tipo (OR = 1,90; IC 95% = 1,20 - 3,02). En diabéticos tipo 1 el riesgo de incremento de albuminuria fue superior (aunque no significativo) que en diabéticos tipo 2.

Conclusiones: En el perfil del diabético destaca la elevada media de IMC, el porcentaje de hipertensos, aunque bien controlados, y el aceptable grado de función renal según el CíCR. Se refleja una asociación de micro y macroalbuminuria con el consumo de AINE, que parece ser mayor en diabéticos tipo 1, pero el escaso número probablemente impide alcanzar el nivel de significación. La determinación de la cifra de albuminuria parece ser mejor método que los basados en la creatinina para el control del estado nefrológico en diabéticos, máxime cuando coincide la toma de AINE. La red centinela parece un adecuado ámbito para la realización de este tipo de estudios, aunque existen dificultades para la estandarización de resultados y consumos.

EVALUACIÓN DE LOS BROTES DE ETIOLOGÍA ALIMENTARIA NOTIFICADOS EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA EN EL PERIODO 2001-2005

L. Salamanca-Rodríguez¹, L. Vilorio-Raymundo², T. Pelayo-Cortines², C. Sánchez-Barco¹ y D. Herrera-Guibert¹

¹Programa de Epidemiología Aplicada de Campo. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid. ²Sección Vigilancia Epidemiológica. Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de Cantabria.

Antecedentes/objetivos: En la actualidad las enfermedades de origen alimentario constituyen un problema de salud pública y su manifestación fundamental es a través de brotes epidémicos. Por ello la realización de estudios epidemiológicos y la identificación de los factores contribuyentes en los brotes son importantes para establecer medidas de control y prevención. En Cantabria la declaración de brotes es obligatoria y los brotes alimentarios representan más del 70% de los notificados. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la notificación y estudio de los brotes de origen alimentario en esta comunidad y valorar la calidad de los informes de estos brotes.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de la base de datos de brotes de toxoinfecciones alimentarias notificados en la comunidad de Cantabria desde 2001 a 2005. Se analizó la estructura y funcionamiento del sistema. La aceptabilidad se valoró a través de la participación y el grado de cumplimiento de las variables. Se analizó la oportunidad en la notificación, en el estudio del brote y en la intervención. Asimismo los informes de brotes se evaluaron de acuerdo a la existencia de estudio descriptivo, estudio analítico, microbiológico, ambientales, recomendaciones, medidas de control y factores contribuyentes.

Resultados: Se notificaron al sistema nacional de vigilancia un total de 82 brotes en el periodo de estudio, con un total de 1064 afectados de los cuales 175 necesitaron hospitalización. De las 26 variables escogidas para el análisis, el 42% está cumplimentada totalmente en la base de datos. En el 20% de brotes, se han realizado estudios descriptivos y en el 1% de brotes se ha realizado estudio analítico. Del total de brotes, en un 85% se conoce la fecha de notificación. El retraso medio entre la fecha de inicio de síntomas y fecha de notificación es de 8 días (rango 0-84); el retraso entre la fecha de inicio de síntomas y estudio del brote es de 44 días (rango 2-146); el retraso entre la fecha de inicio de síntomas y las medidas de intervención es de 96 días (rango 38-215). En el 59% de brotes se ha identificado el agente, de éstos, predominan 46% *Salmonella sp* y *Salmonella enteritidis* en un 46%.

Conclusiones: Las variables de análisis de brotes tiene una baja cumplimentación. El nivel de realización de estudios de brotes es bajo. El retraso medio entre la notificación, el estudio y las medidas de intervención es superior en cualquier caso a una semana. Es evidente la necesidad de mejorar en el estudio de brotes epidémicos.

AGENTES CAUSANTES DE ENTERITIS EN CATALUÑA, 1995-2004

P. Ciruela, A. Martínez, M. Oviedo, S. Hernández y A. Domínguez

Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya

Objetivos: Estudiar la tendencia y estacionalidad presentada por los microorganismos causantes de enteritis en Cataluña durante el período 1995-2004 y conocer los grupos de edad más afectados por cada uno de ellos.

Métodos: Se han analizado las declaraciones de enteritis realizadas por los laboratorios hospitalarios al Sistema de Notificación Microbiológico de Cataluña durante el período 1995-2004. Los microorganismos considerados han sido *Salmonella* no tifódica, *Campylobacter*, *Shigella*, *Yersinia*, *Vibrio*, *Escherichia coli* enteropatógena, Rotavirus y Adenovirus. Las variables epidemiológicas estudiadas han sido año, estación y edad. Los intervalos de confianza han sido calculados mediante la prueba binomial con un nivel de significación estadística $\alpha = 0,05$.

Resultados: Durante el período en estudio se han notificado en Cataluña 71.154 microorganismos causantes de enteritis, siendo los más frecuentes *Salmonella* (46,1%), *Campylobacter* (38,3%) y Rotavirus (12,5%), los cuales han mantenido porcentajes similares respecto del total durante todos los años del período en estudio. *Salmonella*, *Campylobacter*, Rotavirus y adenovirus han presentado una tendencia ascendente, mientras que el resto de microorganismos se han mantenido estables. La distribución estacional de los tres agentes más frecuentes muestra considerables diferencias. *Salmonella* presenta sus cifras máximas en verano (37,7%; IC95% 37,2-38,2) y mínimas en invierno (13,6%), *Campylobacter* no muestra un patrón estacional sino que permanece estable durante todo el año y Rotavirus presenta sus cifras máximas en invierno (70,5%; IC95% 69,5-71,4) y mínimas en verano (2,7%). La mayor parte de los casos de *Salmonella* se han presentado en niños de 1 a 4 años (35,5%; IC95% 35,0-36,0), y personas mayores de 60 años (13,9%; IC95% 13,5-14,3). *Campylobacter* ha supuesto el 50,7% (IC95% 50,1-51,3) en niños de 1 a 4 años, seguido de entre los niños de 1 mes y 1 año (23,0%; IC95% 22,5-23,5). Rotavirus ha afectado sobre todo a niños de 1 a 4 años (51,6%; IC95% 50,1-52,7) y los comprendidos entre 1 mes y 1 año (41,9%; IC95% 40,8-42,9).

Conclusiones: *Salmonella*, *Campylobacter* y Rotavirus han sido los agentes causantes de enteritis más notificados en Cataluña. *Salmonella* y Rotavirus han presentado claros patrones de estacionalidad, mientras que *Campylobacter* se ha mantenido estable a lo largo del año. Los grupos de edad más afectados por *Campylobacter* y Rotavirus han sido los niños más pequeños mientras que *Salmonella*, además de afectar a niños pequeños ha afectado a las personas de mayor edad.

SITUACIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. ESPAÑA 2005

B. Suárez, V. Martínez de Aragón, T. Castellanos, I. Peña-Rey y E. Alcalde

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

Antecedentes: Mantener una situación libre de polio y evitar la reintroducción del virus requiere mantener elevadas coberturas vacunales y un sistema activo de vigilancia, con alta sensibilidad, notificación e investigación de todos los casos sospechosos de parálisis flácida aguda (PFA), para detectar y descartar oportunamente y con criterios de calidad, la posible existencia de casos de poliomielititis.

Objetivos: Evaluar la calidad del sistema de vigilancia mediante los indicadores establecidos por la OMS referentes a la sensibilidad y cobertura del sistema, notificación oportuna e investigación adecuada y análisis de muestras en el laboratorio.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los casos de PFA notificados a la Red Nacional de Vigilancia durante 2005. Cálculo de indicadores de calidad (sensibilidad, oportunidad en notificación e investigación y proceso de muestras por laboratorio) a partir de las variables recogidas en la ficha epidemiológica, para el año 2005 y evolución desde la certificación de la erradicación en España.

Resultado: En 2005 se notificaron 44 casos de PFA (0,73 casos por 100.000 < 15 años) (estándar OMS: > = 1/100.000). Todos estaban correctamente vacunados. En el 45,5% la parálisis cursó con una progresión rápida, en el 29,5% lenta y en el 25,0% se desconoce. Tres de los casos presentaron asimetría. A los 60-90 días se encontró parálisis residual en 10 casos. El 75% tenían como diagnóstico definitivo Síndrome de Guillain-Barré y mielitis transversa el 11,4%. El 50% de los casos fueron notificados en ≤ 7 d desde el inicio de síntomas y el 70,5% en ≤ 7 d desde el ingreso. El 100% de los casos en fueron investigados en < 48 horas. En el 100% se hizo la revisión a los 60-90 días y se informó el diagnóstico definitivo. El 77,3% tienen dos muestras de heces independientemente del momento en que fueron tomadas. Si se consideran 2 muestras de heces "adecuadas" tomadas en los 14 días siguientes al inicio de síntomas o del ingreso (indicador de calidad), el porcentaje es de 65,9% y del 72,7% respectivamente. El % de casos con resultados de laboratorio en < 28 días, para la primera y segunda muestra, alcanza el estándar de la OMS del 80%. Resultado consistente a lo largo de los años desde la implantación del sistema.

Conclusiones: Los indicadores de calidad referentes a la investigación epidemiológica y de laboratorio, una vez detectados los casos por el sistema, tienen cifras superiores o cercanas al 80%, estándar de calidad de la OMS. Los indicadores referentes a la calidad del laboratorio también son cercanos al estándar propuesto por la OMS. El fallo se produce en la oportunidad de la notificación, con retraso consiguiente en la toma de muestras adecuadas. Es necesario sensibilizar al personal sanitario de la existencia de riesgo de importación de casos de polio.

UTILIDAD DE LOS DATOS DE MORTALIDAD PARA EVALUAR LA EXHAUSTIVIDAD DEL REGISTRO DE SIDAL. Puell¹, M.J. Bleda², D. Herrera¹ y M. Diez²¹Programa de Epidemiología aplicada de Campo (PEAC), Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Centro Nacional de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivo: El estudio de la correlación entre los registros de mortalidad y SIDA ha constituido la base para el análisis de la calidad de la información sobre esta enfermedad. En 1996, tras la aparición del tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARGA), aumentó la esperanza de vida en enfermos de VIH/ SIDA, lo que supuso un cambio significativo en este aspecto. Por ello el objetivo de nuestro estudio es la evaluación del método empleado para el análisis de la exhaustividad de los registros de SIDA en España

Métodos: A partir de los datos de incidencia disponibles en el Registro Nacional de SIDA (RNS) y de los de mortalidad disponibles en el Instituto Nacional de Estadística (INE) se calcularon las tasas de incidencia y mortalidad desde 1986 hasta 2003 para cada comunidad autónoma, tanto globales como estratificando por sexo. El análisis estadístico consistió en el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson/Spearman entre ambas tasas en cada uno de los años y en el estudio de la evolución de dicho coeficiente desde 1986 y 2003. El análisis estadístico se realizó con SPSS 14.0.

Resultados: En el período comprendido entre 1986 a 1996 el coeficiente de correlación entre la tasa de incidencia y mortalidad se mantuvo en valores elevados, indicando que cuando aumentaba el valor de una tasa, aumentaba también la otra (rango: 0,64-0,91). Sin embargo, a partir de 1997, y con la progresiva introducción del TARGA, se observó un paulatino descenso en el coeficiente de correlación entre las tasas de incidencia y mortalidad entre 1997-2003 (rango: 0,13-0,61). Este descenso obtuvo su valor más bajo en el año 2000. Estratificando por sexo, se observa la misma tendencia en los dos periodos antes mencionados, aunque el rango de valores fue en el periodo 1986-1996 para hombres de 0,69-0,94 y para mujeres de 0,46-0,93; en el periodo 1997-2003 para hombres de 0,32-0,71 y para mujeres de 0-0,70.

Conclusiones: El análisis de los datos muestra que en el periodo 1986-1996 las tasas de mortalidad obtenidas del INE eran un buen indicador de las tasas de incidencia de SIDA. Sin embargo, en el periodo 1997-2003 se observa como la correlación entre ambas tasas disminuye de forma paulatina (además de fluctuar mucho entre año y año). Esto indica que tras la diseminación masiva del TARGA en España, a partir de 1996, la letalidad del SIDA disminuyó, por lo que la tasa de mortalidad por sida ha dejado de ser un buen indicador de la tasa de incidencia. Por ello, se concluye que actualmente en España la utilización de los datos de mortalidad por sida para evaluar la exhaustividad del Registro de casos de sida es inadecuada.

GRADO DE CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA GALEGO DE PREVENCIÓN E CONTROL DA TUBERCULOSE

E. Cruz y E. Fernández

Programa galego de prevención e control da tuberculose. Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade.

Antecedentes/objetivos: Galicia, desde el año 1995, cuenta con el *Programa galego de prevención e control da tuberculose*, que realiza una captación y seguimiento activo de todos los casos a través de siete Unidades de prevención y control de la tuberculosis. La meta del Programa es disminuir la mortalidad, morbilidad y transmisión de la enfermedad hasta niveles que no constituyan un problema de salud en la Comunidad, siendo sus objetivos específicos: 1) constatar la curación de, al menos, el 90% de los casos, 2) conseguir una cobertura diagnóstica superior al 70% de la incidencia estimada, 3) realizar las prácticas adecuadas de diagnóstico que permitan la detección de nuevos casos e infecciones recientes, como mínimo al 70% de los contactos íntimos y convivientes de los casos bacilíferos registrados, 4) conseguir que, en al menos el 60% de las pautas de tratamientos de la infección tuberculosa instaurados, se documente su correcta cumplimentación. El objetivo de este trabajo es comprobar el grado de consecución de los objetivos del programa.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, basado en los datos del Registro Galego de Tuberculose, siendo el ámbito toda Galicia y el período analizado los años 1996-2005.

Resultados: La incidencia de la tuberculosis en Galicia pasó de 72,3 casos por 100.000 habitantes en 1996 a 37,6 en el 2005, siendo la disminución por término medio anual del 7,1%. Los porcentajes de curaciones sobre el total de casos fueron: 82,6%; 85,0%; 87,2%; 86,9%; 86,8%; 89,1%; 89,1%; 88,0%; 89,0% para los casos que iniciaron tratamiento en los años 1996 a 2004. Estas cifras son siempre superiores al 90% si excluimos del denominador los trasladados de área y los muertos por una causa distinta de la tuberculosis. Partiendo de una incidencia estimada a partir del consumo de fármacos antituberculosos en el año 1989 (de 72 casos por 100.000 habitantes), la incidencia obtenida a través de la búsqueda de casos no declarados y de los declarados indica que esta incidencia ya se obtuvo en 1996. Se estudió al menos un contacto en el 56,3%; 61,6%; 63,9%; 72,3%; 70,9%; 75,2%; 82,0%; 82,7%; 82,5% y 79,9% de los casos bacilíferos, en los años 1996 a 2005 respectivamente. El porcentaje de cumplimentación de los tratamientos de la infección tuberculosa fue: 49,1%; 55,2%; 52,8%; 51,2%; 59,1%; 52,7%; 56,5%; 53,3% y 60,9%, en los años 1996 a 2004 respectivamente.

Conclusiones: A los 10 años de la puesta en marcha del programa de tuberculosis en Galicia, esta enfermedad presenta una evolución favorable, con la práctica consecución del objetivo número 1 y la consecución de los objetivos 2, 3 y 4.

Financiación: Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia).

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE TUBERCULOSIS EN EXTREMADURA 2004, USANDO EL MÉTODO CAPTURA, RECAPTURACIÓNL. Gerstel^{1,2}, M. Valenciano², M. Álvarez³, J.M. Ramos³ y D. Herrera¹¹Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. ²European Programme for Intervention Epidemiology Training. ³Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad y Consumo de Extremadura.

Antecedentes/objetivos: El reforzamiento de la vigilancia epidemiológica es un aspecto básico del nuevo programa de prevención y control de la tuberculosis en Extremadura en 2006. En Extremadura la última evaluación (1999) de la tuberculosis a través de las declaraciones obligatorias (EDO) mostró una infradeclaración (52%) y un retraso entre los primeros síntomas y declaración (74 días) limitando su utilidad. El objetivo de este estudio es estimar si la vigilancia ha mejorado en 2004 a fin de dar recomendaciones para optimizarla.

Métodos: Se definió como caso a toda persona que presentó síntomas compatibles con tuberculosis respiratoria y recibió tratamiento antituberculoso en 2004. Usando los protocolos de las EDO y entrevistas con los epidemiólogos de Extremadura describimos el sistema y estimamos la sencillez y la utilidad. A partir de la base de datos de las EDO estimamos la calidad de 18 variables, la oportunidad, el valor predictivo positivo (VPP) y la representatividad. Para estimar la exhaustividad de las EDO se utilizó el método captura, recaptura (CR), cruzando las EDO con los casos registrados por el Sistema de Información Microbiológica (SIM) y datos hospitalarios (CMBD). Se hizo una modelación log lineal considerando la dependencia entre los registros.

Resultados: La notificación y el análisis de las EDO y del SIM están automatizados usando una página web; cuando un caso aparece únicamente en el SIM se pide al área de salud la declaración a través de las EDO. Se publican cinco veces al año los casos por semana. En 2004 se declararon 137 casos. Todas las áreas declararon casos. 63% fueron hombres. Nueve de las variables estaban 100% completas. El VPP fue de 98%. El retraso promedio de notificación fue de 64 días. Las EDO son útiles para iniciar estudios de contactos y brotes, pero no hay un registro de estos. Identificamos 226 casos entre los tres registros, 92 de los cuales comunes. El modelo más adecuado estimó un total de 475 (IC95%: 309-642) casos y una exhaustividad del EDO de 28,8%. Los tres registros juntos tienen una exhaustividad estimada de 47,6%.

Conclusiones: La declaración de la tuberculosis a través de las EDO ha mejorado con respecto a la oportunidad. La exhaustividad, aún incluyendo los tres registros es baja. Puede existir un problema de aceptabilidad por parte de los declarantes. Recomendamos hacer un estudio cualitativo entre los médicos declarantes y estimar la utilidad registrando los estudios de contactos.

PÓSTER CON DEFENSA

Jueves, 5 de octubre de 2006
11:30 a 13:30

Políticas y desigualdades en salud y Salud laboral

Moderan:
Esteve Fernández Muñoz
Instituto Universitario de Salud Pública de Cataluña.

Carlos Piserra Bolaños
Consejería de Administraciones Públicas y Política Local.
La Rioja

VALIDEZ DE LA DECLARACIÓN DE CLASE SOCIAL EN LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

M.J. Pueyo¹, V. Serra-Sutton², J. Alonso³, B. Starfield⁴ y L. Rajmil²

¹Institut Català de la Salut ²Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques ³Institut Municipal d'Investigació Mèdica ⁴Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins University.

Fundamentos: Las desigualdades sociales en salud no siempre se han confirmado en adolescentes. Las razones podrían estar relacionadas con la medida de la clase social o de salud utilizadas.

Objetivos: Verificar la exhaustividad y la validez de la clase social ocupacional (CSO) y el nivel de estudios (NE) familiares autodeclarados por los adolescentes, y su capacidad de discriminación respecto a la salud.

Métodos: Contestaron el cuestionario de salud *Child Health and Illness profile – Adolescent Editions (CHIP-AE)* 1453 adolescentes de 12 a 18 años. Se recogió la CSO (paterna/ materna/ más elevada de la familia, en 3 categorías: I-II; III; y IV-V) y el NE (materno/ paterno/ más elevado de la familia, en 3 categorías: primario; secundario; y universitario). Se entrevistó telefónicamente a una submuestra de 91 personas responsables de adolescentes. Se estimó la concordancia entre la declaración del adolescente y del responsable (coeficiente kappa), analizándose los factores asociados a la falta de concordancia (regresión logística). Se examinó la exhaustividad (valores perdidos) de los indicadores de CSO y de NE y sus factores asociados. Se analizó el efecto de las variables socioeconómicas sobre la salud mediante el análisis del tamaño de efecto (effect size, ES) comparando las medias estandarizadas de las dimensiones del CHIP-AE (Satisfacción, Bienestar, Resistencia, Riesgos y Rendimiento Académico) según la CSO y el NE familiares.

Resultados: Presentaron mayor número de valores perdidos la CSO paterna (24,2%) y la materna (45,7%). La no respuesta sobre la CSO paterna se asoció a provenir de familia no biológica (OR 2,5; IC95 1,8 – 3,3) y a una puntuación baja en la dimensión de Resistencia (OR 1,6; IC95 1,2 – 2,1). Los valores de kappa fueron más bajos para las preguntas sobre el NE (rango de kappa: 0,39 a 0,51), que para la CSO (rango: 0,52 a 0,77). La falta de acuerdo en la declaración de CSO paterna se asoció a provenir de una familia no biológica (OR 4,9; IC95: 1,3 – 18,8). La dimensión Resistencia del CHIP-AE presentó gradiente con mayor puntuación en la CSO más favorecida y en el NE más alto (ES entre categorías extremas = 0,36 para CSO y 0,44 para el NE). El rendimiento académico presentó gradiente respecto al NE. No se encontraron diferencias en satisfacción, bienestar ni problemas de salud autodeclarados.

Conclusiones: Los adolescentes son buenos informadores de la CSO y el NE familiares. Existe gradiente social en salud también en la adolescencia. El NE y el tipo de familia parecen tener más influencia sobre la salud percibida que la CSO.

EXPOSICIONES DEL HOGAR, CLASE SOCIAL Y ASMA INFANTIL: ESTUDIO SARI

D. Ochoa¹, J.P. Zock¹, E. Durán^{1,2} y O. Asensio³

¹Unitat de Recerca Respiratòria i Ambiental (URRA) del Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona. ²Institut de Prestacions Sanitàries al Personal Municipal (PAMEM), Barcelona. ³Fundació Parc Taulí-Institut Universitari UAB, Barcelona.

Antecedentes/objetivos: En las últimas décadas la prevalencia de asma infantil ha experimentado un continuo aumento. Los niños pasan la mayor parte del día en casa, donde conviven con numerosas exposiciones relacionadas con asma. La clase social puede estar asociada tanto con el asma como con ciertas exposiciones del hogar. El objetivo del presente estudio es evaluar la interrelación entre asma infantil, exposiciones del hogar y nivel educativo de los padres.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal de base poblacional en 10.821 niños de Barcelona y Sabadell (tasa de respuesta 87,4%) en 2º de primaria (7-8 años). Se tuvieron en cuenta las exposiciones del hogar durante el primer año de vida del niño y en la actualidad. Se evaluó la asociación entre los outcomes (asma diagnosticado, sibilancias alguna vez y sibilancias en la actualidad) y las exposiciones del hogar, examinando el efecto confusor y modificador del nivel educativo de los padres. Los análisis fueron ajustados por sexo y antecedentes de alergia en los padres.

Resultados: Las familias con menor nivel educativo tuvieron con mayor frecuencia animales en casa, manchas de humedad o moho, y padres fumadores; y con menos frecuencia aire acondicionado, cocina eléctrica y alfombra o moqueta en el dormitorio del niño. Un menor nivel educativo se asoció con la presencia de sibilancias en la actualidad (OR IC95% 1,47(1,16-1,86)), pero la relación con asma fue menos clara. El uso en la actualidad de carbón o leña para cocinar (2,87 (1,05-7,81) para asma), y la presencia de humedad/moho (1,87 (1,47-2,39) para sibilancias en la actualidad) se asociaron positivamente, y el uso actual de aire acondicionado (0,72 (0,58-0,91) para sibilancias en la actualidad) negativamente con los outcomes, siendo consistente la asociación en todos los niveles de educación. La presencia de un gato o pájaro durante el primer año de vida mostró asociación positiva con asma, sólo en las familias con menor nivel educativo (1,89 (1,05-3,41) para el gato).

Conclusiones: Un menor nivel educativo en los padres se asoció con una mayor prevalencia de sibilancias en niños de 7-8 años de Barcelona y Sabadell, tras controlar por sexo, historia de alergia en los padres y exposiciones del hogar. La exposición a moho en el hogar se asoció de manera consistente con asma, independientemente del nivel educativo, mientras que la presencia de un gato o pájaro mostró asociación sólo en familias con menor nivel educativo. El nivel socioeconómico debería ser considerado en aquellas intervenciones de salud pública relacionadas con las exposiciones del hogar y el asma infantil.

RENTA MEDIA FAMILIAR POR SECCIÓN CENSAL: INSTRUMENTO PARA ESTUDIOS DE DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

J. Segura del Pozo, F. Domínguez Berjón, A. Rodríguez Laso, M.J. Soto Zabalgozcoa, A. Gandarillas Grande, I. Duque Rodríguez de Arellano, B. Zorrilla Torras, I. Abad Sanz y L. Lopez Carrasco

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

Antecedentes/objetivos: En el marco del proyecto MEDEA (Mortalidad en áreas pequeñas Españolas y Desigualdades socio-Económicas y Ambientales), se explora el uso del indicador de renta media de la sección censal como instrumento para estudios de desigualdades sociales en salud. Se describe la distribución espacial de la renta en la Comunidad de Madrid (CM), su correlación con otras variables socioeconómicas y la evolución de la distancia entre las secciones con niveles extremos de renta en el periodo 1997-2000.

Métodos: El indicador de Renta Familiar Disponible Bruta per Cápita (RFBD) está elaborada a partir de las declaraciones del IRPF, disponiéndose de los datos desagregados a sección censal desde 1997 a 2000. Se hace con ARCVIEW una representación por sección censal de la distribución de la renta 2000. Se estiman los incrementos relativos de cada percentil (p) de renta entre 1997 y 2000 y la razón entre el p90/p10 y p80+p90/p10+p20. Se analiza la correlación entre la renta 2000 y otras variables sociodemográficas censales del 2001, calculando el coeficiente de correlación de Spearman (CC) y su significación estadística.

Resultados: Se confirma un patrón espacial noroeste (secciones mas ricas) / sureste (secciones mas pobres). Entre 1997 y 2000 la renta se ha incrementado un 19% (17% en las de renta más baja y un 20% en las de renta más alta). La brecha entre los extremos de la distribución ha aumentado (la razón de rentas p90/p10 ha pasado de 2,07 a 2,11; la razón p80+p90/p10+p20 ha pasado de 2,39 a 2,45). Las variables socioeconómicas que más se correlacionan directamente con la renta son % universitarios (CC 0,95) y % viviendas con dos o mas automóviles (CC 0,41); e inversamente: % trabajadores manuales (CC -0,95), % instrucción insuficiente (CC -0,90), % asalariados eventuales (CC-0,83), % viviendas hacinadas (CC-0,56), sin refrigeración (CC-0,54), sin calefacción (CC-0,52) y en entornos contaminados (CC-0,50).

Conclusiones: el indicador de renta utilizado es útil para caracterizar socioeconómicamente el territorio de la CM. Confirma la segmentación territorial socioeconómica de la CM. Las variables mas correlacionadas con la renta media son las asociadas a nivel educativo, ocupación y ciertos equipamientos de viviendas (refrigeración y dos o mas vehículos). Las desigualdades relativas de renta a nivel territorial se han incrementado en el periodo 1997 a 2000.

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

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN LAS CCAA DE ESPAÑA 1993-2003

P. Carrillo-Santisteve, M. Rodríguez-Sanz y C. Borrell
Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: En las últimas décadas, diversos artículos científicos han puesto en evidencia la existencia de desigualdades en salud y la tendencia a lo largo de los años. El objetivo de este trabajo es describir las desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios sanitarios y su evolución entre 1993 y 2003 en las Comunidades Autónomas (CCAA) de España.

Métodos: El diseño es transversal descriptivo con datos de las Encuestas Nacionales de Salud de 1993 y 2003. La población de estudio son los mayores de 16 años, no institucionalizados, residentes en España. Las variables dependientes son: tipo de cobertura sanitaria, visita al médico general, visita al especialista, hospitalización y visita a urgencias. Las variables explicativas son el género, la edad y la clase social propuesta por la SEE y agrupada en manuales y no manuales. Se realizó un análisis descriptivo de las prevalencias de los indicadores estudiados y posteriormente se estimaron las razones de prevalencia estandarizadas por edad (RP) entre los años 1993 y 2003 así como las RP según la clase social para cada año y cada CCAA. Todos los análisis se realizaron de forma separada para hombres y mujeres.

Resultados: En la última década ha habido un aumento generalizado del uso de los distintos servicios sanitarios. En el caso de las visitas a urgencias, han pasado de menos de un 15% en 1993 a más del 25% en 2003 en ambos sexos, las clases manuales son las que más se visitan y estas desigualdades aumentan, pasando de una RP de 1 [0,9-1,1] en 1993 a 1,4 [1,3-1,5] en 2003 en hombres y una RP de 1,2 [1,1-1,3] en 1993 a 1,3 [1,2-1,4] en mujeres. En el año 2003, la prevalencia de visitas al médico general es mayor en las personas de clases menos favorecidas (RP = 1,3 [1,2-1,4] en hombres y RP = 1,2, [1,1-1,3] en mujeres) y se observa variabilidad en las CCAA, sobretudo en mujeres. En cambio la visita al especialista y la doble cobertura sanitaria invierten el patrón, siendo las personas de clases más favorecidas las que acuden con mayor frecuencia, independientemente de su estado de salud, y sin mostrar gran variabilidad en las CCAA, manteniéndose las desigualdades de clase estables a lo largo del período.

Conclusiones: Existen desigualdades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios y en algún caso han incrementado. Las personas de niveles socioeconómicos favorecidos poseen con más frecuencia cobertura sanitaria privada que puede explicar la mayor frecuentación a médicos especialistas. Por otro lado, los grupos menos favorecidos registran mayores tasas de hospitalización y visitas a urgencias.

Financiación: Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo

BARRIO RICO Y BARRIO POBRE: RENTA FAMILIAR MEDIA DE LA SECCIÓN CENSAL DE RESIDENCIA Y ESTADO DE SALUD

J. Segura del Pozo, A. Rodríguez Laso, A. Brezmes Delgado y M. de la Fuente Sánchez

Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid. DG de la Red Sanitaria Unica de Utilización Pública. Comunidad de Madrid. Demométrica.

Antecedentes/ Objetivos: La Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid de 2001 (ESCM), permite relacionar variables sociales individuales (clase ocupacional, educación, etc.) con indicadores del estado de salud. El presente estudio los relaciona con una variable contextual como es la renta media de la sección censal de residencia del entrevistado, como paso previo al análisis multivariante, presentado en otra comunicación.

Métodos: La ESCM 2001 estudia mediante entrevista personal una muestra de 8.215 personas, a partir del directorio de viviendas ocupadas, utilizando la zona geográfica como criterio básico de estratificación. La Renta Familiar Disponible Bruta Per Cápita de 2000 (RFBDB), se elabora por el Instituto de Estadística de la CM a partir de los datos de las declaraciones del IRPF. Se comparan: 1) las medias de RFBDB de las secciones de las diferentes categorías sociodemográficas de los encuestados, 2) los porcentajes de prevalencia de percepción de buena salud y de algunos problemas crónicos en tres categorías de secciones según su nivel de renta (baja, media, alta)

Resultados: Las medias de RFBDB se incrementan significativamente con el nivel educativo (desde 10.131 € en secciones de residencia del grupo "sin estudios" hasta 16.088 € en las de "doctores y licenciados") y los grupos de edad (desde 11.521 € en las secciones del grupo 16-29 años hasta 12.693 € del grupo > 65 años) y varían según clase ocupacional (10.241€ en secciones del grupo de clases "manuales" vs 13.317€ en las de "no manuales") y estrato geográfico. Hay variaciones significativas de renta respecto a salud autopercibida (12.010€ en las secciones del grupo que perciben su salud "buena o muy buena" vs 11.419€ en el de salud "regular/mala/muy mala"). Las secciones de renta alta tienen una prevalencia significativamente más alta de buena salud y más baja de obesidad y sobrepeso que las de renta media o baja. Hay un gradiente significativo de prevalencia en el caso de la obesidad en hombres (8,9 %, 7,8% y 5,6% en secciones de renta baja, media y alta), de sobrepeso en ambos sexos (39,4%, 37,4% y 33,1%) y de hipertensión en mujeres mayores de 64 años (30,8%, 30,0% y 24,5%). Hay una correlación inversa significativa (R = -0,44) entre el índice de masa corporal y la RFBDB

Conclusiones: Los datos apuntan a que las personas que viven en secciones censales con una renta media superior tienen una mejor percepción del estado de salud y una menor prevalencia de obesidad/ sobrepeso e hipertensión (en el caso de las mujeres mayores de 64 años), aunque estas hipótesis tienen que ser contrastadas con métodos multivariantes.

OPINIONES SOBRE LA MEJORA DE LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL POR LA INTRODUCCIÓN DE UN SISTEMA DE COMPRA DE SERVICIOS EN BASE POBLACIONAL

M.L. Vázquez, I. Vargas, R. Terraza, E. Agustí, F. Brosa y C. Casas
Servei d'Estudis del Consorci Hospitalari de Catalunya; CatSalut, Servei Català de la Salut.

Antecedentes/objetivo: En 2001 se inició una prueba piloto para la implantación de un sistema de compra en base poblacional en Cataluña con los objetivos de mejorar la equidad de acceso; la calidad; aumentar la eficiencia a través de la mejora de la coordinación entre los distintos proveedores de salud; y estimular la creación de alianzas entre los proveedores de un territorio. En el 2005 se evaluaron distintos aspectos de la experiencia. El objetivo de esta comunicación es analizar los elementos de la prueba que influyen en la coordinación asistencial, según la opinión de los agentes principales involucrados en el proceso.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, de carácter exploratorio, mediante entrevistas individuales semi-estructuradas. Se definió una muestra teórica de agentes principales que habían intervenido en la prueba: directivos de proveedores y del comprador (servicios centrales y regionales). Se realizaron 30 entrevistas, que fueron grabadas y transcritas textualmente. Se hizo un análisis narrativo de contenido con segmentación por grupo de informantes y temas. El área de estudio estaba constituida por los cinco territorios de la prueba.

Resultados: Según los entrevistados, la prueba había promovido la puesta en contacto de los proveedores de un territorio. En un caso, había generado una alianza estratégica entre proveedores y, en todos, el desarrollo de algún mecanismo de coordinación asistencial (guías de práctica clínica, circuitos de pacientes, grupos de trabajo). Sin embargo, para la mejora de la coordinación a través de éstos, comprador y proveedores consideran necesaria la existencia de la voluntad de hacerlo, además de desarrollar sistemas de información adecuados, ya que los existentes son insuficientes. A diferencia del comprador, los proveedores consideran la escasa capacidad de gestión en el territorio de los proveedores centralizados, como un obstáculo para una coordinación efectiva. En cuanto a la forma de pago, según el comprador, la transferencia de una parte del riesgo a los proveedores potencia acciones conjuntas; mientras que los proveedores consideran necesario que se establezca el mismo grado de coresponsabilización en las partidas a riesgo y se puedan redistribuir recursos entre proveedores.

Conclusiones: Comprador y proveedores coinciden en considerar la prueba como facilitadora del diálogo y en identificar aspectos a mejorar para una coordinación asistencial efectiva (voluntad, sistemas de información). No obstante difieren en cuanto a la efectividad potencial de la forma de pago en las condiciones actuales.

Estudio financiado por CatSalut, Servei Català de la Salut

EL EFECTO DE LA DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LA VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO

C. Vives-Cases^{1,2}, M. Carrasco-Portiño¹, C. Álvarez-Dardet^{1,2,3} y J. Torrubiano¹

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. Alicante. España. ²Red Nacional de Investigación sobre Salud y Género. España. ³Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS).

Antecedentes/objetivos: Se plantea este estudio con el objetivo de explorar la distribución de la mortalidad y denuncias por violencia del compañero íntimo (V.C.I.) según el índice de desarrollo de género de las provincias españolas

Métodos: Estudio ecológico descriptivo basado en las muertes y denuncias de mujeres por VCI ocurridas en España entre 1997 y 2004. Se consultó el anexo estadístico del Informe sobre Capital Humano y Desarrollo Humano en España de 2000 con la finalidad de obtener las puntuaciones de IDG de las provincias españolas, el anuario estadístico del Ministerio del Interior del año 2005 para los datos de denuncias y la página web de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas para los datos de muerte. Primero, se agruparon las provincias españolas según su situación por encima o por debajo de la puntuación media española de IDG de 0,895. A continuación, se calcularon tasas de mortalidad ajustadas por edad y tasas de denuncias para el grupo de provincias con un IDG por encima y por debajo de la media española. Por último, se calcularon riesgos relativos e intervalos de confianza para analizar el riesgo de morir y denuncia VCI en provincias con un IDG bajo en comparación con el de las provincias con un IDG alto.

Resultados: La puntuación media de IDG de España es de 0,895. Las provincias con un IDG inferior o igual a esta puntuación registraron Tasas de Mortalidad (0,009 x 1000) y Tasas de Denuncias (0,677) por VCI mayores que aquellas con un IDG superior (Mortalidad = 0,007; Denuncias = 0,416). El riesgo de morir por VCI de las mujeres que viven en provincias con un IDG bajo es mayor respecto a las mujeres que viven en provincias con un IDG alto (RR = 1,34 IC_{95%} = [1,28-1,41]). Asimismo, el riesgo de denunciar VCI en las provincias con un IDG bajo es mayor en comparación con aquellas provincias con un IDG alto (RR = 1,46 IC_{95%} = [1,45-1,47]).

Conclusiones: Disminuir las desigualdades de género puede ser un avance importante para reducir la incidencia de la VCI en España.

Agradecimientos: Queremos expresar nuestro agradecimiento por el apoyo económico del ISC-III a la Red de Investigación sobre Salud y Género y el patrocinio del Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Consumo, que han hecho posible la realización de este estudio.

BARRIO RICO Y BARRIO POBRE: EL EFECTO DE LA RENTA MEDIA DE LA SECCIÓN CENSAL DE RESIDENCIA SOBRE LA SALUD AUTOPERCIBIDAA. Rodríguez Laso¹, J. Segura del Pozo¹, A. Brezmes Delgado² y M. de la Fuente³¹Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid. ²Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública. Comunidad de Madrid. ³Demométrica.

Antecedentes/objetivos: Se presenta el análisis multivariado al que se hace referencia en otra comunicación que explica la relación de la variable de salud autopercebida con: a) variables sociales individuales obtenidas a partir de la Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid 2001 y b) la variable contextual de Renta Familiar Disponible Bruta Per Capita (2000) por sección censal de residencia elaborada por el Instituto de Estadística de la región. Nuestra hipótesis es que el efecto beneficioso sobre la salud de un mayor nivel educativo y una ocupación no manual es más fuerte cuando se vive en una sección censal más rica.

Métodos: Se emplea un modelo de regresión logística en el que la variable dependiente es la probabilidad de tener una salud muy mala, mala o regular y las variables independientes la edad, sexo, nivel educativo, ocupación, estrato geográfico de residencia, renta media de la sección censal de residencia y los términos de interacción renta media/nivel educativo y renta media/ocupación.

Resultados: Se ha trabajado con 5945 personas de más de 16 años que proporcionaron información sobre todas las variables incluidas en el modelo (93,8% de la muestra disponible). La R² de Nagelkerke del modelo es de 0,28. La renta media no modifica el efecto de la ocupación (OR de manuales vs no manuales = 1,47 IC95 1,28-1,68) pero sí del nivel educativo: Respecto a una persona que como mucho ha completado los estudios primarios, los ORs para los que tienen terminados los estudios secundarios son de 0,75 (0,56-1,01) en las secciones de renta más baja, 0,64 (0,54-0,76) en las de renta intermedia y 0,47 (0,27-0,83) en las de renta más alta; para los que tienen estudios universitarios son de 0,69 (0,43-1,12), 0,42 (0,33-0,53) y 0,15 (0,08-0,29), respectivamente. Después de ajustar por todas las variables, los individuos que viven en el estrato geográfico de poblaciones de menos de 20.000 habitantes todavía tienen un riesgo significativamente menor de reportar mala salud.

Conclusiones: La modificación del efecto observada puede interpretarse de dos maneras: o bien la riqueza económica del entorno potencia los efectos beneficiosos de un mayor nivel educativo, o es el nivel de renta del individuo, medido mediante el "proxy" de nivel de renta del lugar de residencia, el responsable del aumento del efecto. En todo caso quedaría demostrado que la renta, más allá de la educación o la ocupación, condiciona la buena salud autorreferida. Por otro lado, se aprecia un efecto contextual beneficioso de vivir en municipios más pequeños.

ANÁLISIS CON MIRADA DE GÉNERO DE LA TENDENCIA DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES DEL APARATO LOCOMOTOR DECLARADAS EN ESPAÑA DESDE 1995 A 2004

M. García Gómez y R. Castañeda López

Ministerio de Sanidad y Consumo.

Objetivos: Describir las enfermedades profesionales osteoarticulares reconocidas por el sistema de seguridad social español en la década 1995 a 2004, buscando las diferencias en los perfiles de morbilidad laboral declarada entre hombres y mujeres.

Población y métodos: Se analiza la información de enfermedad profesional notificada al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Las variables incluidas son: sexo, edad, actividad económica, ocupación, antigüedad en el puesto de trabajo, tamaño de la empresa y Comunidad Autónoma. Como indicadores se han calculado las tasas de incidencia brutas y específicas por 100.000 trabajadores y la razón de tasas. Para el cálculo de las tasas se ha utilizado como denominador la población asalariada de la Encuesta de Población Activa (EPA).

Resultados: En los años 1995 a 2004 se notificaron en España 142.043 enfermedades profesionales del aparato locomotor. La incidencia en las mujeres fue de 113,28 por 100.000 trabajadoras, y en hombres fue de 122,85. Las más declaradas tanto en hombres como en mujeres fueron las tenosinovitis de mano-muñeca y las epicondilitis. En segundo lugar, en las mujeres, se declara el tunel carpiano, y en los hombres, las bursitis. La edad media de presentación en los hombres fue de 38,8 ± 10 años, y en las mujeres de 36,4 ± 10 años. Tanto en hombres como en mujeres, son las Industrias Extractivas y las Manufactureras las actividades que presentan una mayor tasa de enfermedades profesionales osteomusculares, tanto en el análisis por sector de actividad económica como en el análisis por ocupación. En casi el 50% de las enfermedades notificadas, el tiempo de exposición fue menor de 3 años, y en un 19% menor a 6 meses. Al inicio del periodo a estudio, tanto en mujeres como en hombres, la incidencia de estas enfermedades es mayor en el grupo de edad de 40 a 49 años, mientras en los últimos años estudiados, la mayor incidencia se desplaza en las mujeres a edades más tempranas (grupo de 16 a 24 años).

Conclusiones: El sistema vigente de declaración y registro de enfermedades profesionales es poco sensible para recoger las enfermedades prevalentes hoy en día. Su distribución por año, sector de actividad económica y ocupación, hace pensar en motivos socioeconómicos como variable explicativa. Estas enfermedades se dan con mayor incidencia en las mujeres de determinados sectores y ocupaciones y, en otros, no se declaran, lo que podría estar indicando aspectos diferenciales de género, tanto en lo que se refiere a las distintas "formas" de trabajar de las mujeres, por un lado, y las distintas formas de declarar sus enfermedades, por otro.

LA SALUD DE LAS MUJERES DOCENTES

M. García Gómez y R. Castañeda López

Ministerio de Sanidad y Consumo

Objetivos: Describir la valoración del estado de salud general de la población docente española e identificar los principales problemas de salud que sienten los profesores. Comprobar si existen desigualdades de género por enseñar en los distintos ciclos formativos. Ello permitirá además evaluar la Encuesta Nacional de Salud como fuente de información complementaria para la vigilancia de la salud de los trabajadores.

Población y métodos: Estudio transversal de los datos de la Encuesta Nacional de Salud del 2003. Se estudia la población de 16 a 64 años. Se consideraron trabajadores las personas que estaban realizando trabajo remunerado en el momento de realizarse la encuesta. Los trabajadores a estudio en este caso son los correspondientes al grupo de "Profesores" de la Clasificación Nacional de Ocupaciones. Se analiza el estado de salud y los hábitos de vida con las diferentes variables incluidas en la Encuesta.

Resultados: El 52% de las mujeres docentes trabajan en enseñanza primaria frente al 27% de los hombres. El 84% de los enseñantes opinan que su salud es buena o muy buena frente al 79% del resto de trabajadores. La enfermedad crónica más frecuente entre los docentes es la alergia (12% en los hombres, 10% en las mujeres), seguida de las jaquecas en las mujeres (7%) y la hipertensión en los hombres (8%). En la esfera de lo mental, el 11,75% de las mujeres dicen tener problemas de nervios y dificultad para dormir. El 9,3% de las docentes reduce o limita la actividad principal frente al 3,8 de los hombres. El 60% de las enseñantes (frente al 45% de los hombres) consume medicamentos. El consumo de tabaco es menor en este colectivo que en la población general (21% fuma diariamente frente al 28%). El consumo de alcohol es similar. Por ciclo formativo, las enseñantes de primaria, y los docentes de secundaria y universidad, son los que padecen con más frecuencia enfermedad de más de 10 días de duración.

Conclusiones: Se confirma la existencia de una segregación horizontal y vertical de las mujeres. Los profesores de primaria e infantil, son el colectivo que manifiesta tener un peor estado de salud. Las mujeres tienen el triple de jaquecas que los hombres, mientras los hombres tienen 3 veces más hipertensión que las mujeres. Aunque los hombres tienen más enfermedad mental diagnosticada, las mujeres declaran padecer en mayor proporción problemas de nervios y dificultad para dormir. Las mujeres, a pesar de declarar menor carga de enfermedad, se ven obligadas con mayor frecuencia a restringir la actividad. El consumo de medicamentos (prescrito o no) se compara en este colectivo, con respecto al consumo medio del resto de los trabajadores. La valoración de la Encuesta Nacional de Salud como fuente de información complementaria para la vigilancia de la salud de los trabajadores es positiva.

INCAPACIDAD LABORAL: COMPARACIÓN DE LA DURACIÓN DE LOS EPISODIOS DE ORIGEN LABORAL Y COMÚNF.G. Benavides¹, R. Domínguez¹, M. Plana², M. Despuig², M. Sampere^{1,2}, S. Aguirre², M. Soria y C. Serra¹¹Universitat Pompeu Fabra, ²Mutual Cyclops.

Antecedentes/Objetivos: La incapacidad laboral (IL) puede definirse como un estado dinámico en que se encuentra un trabajador, consecuencia de la interacción entre su estado de salud y sus características personales y laborales. La gestión de este proceso depende de si la patología que lo motiva tiene un origen laboral o común (no laboral). En el caso de que el problema de salud sea de origen laboral, el médico que certifica la baja será el de su Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social y ésta hará el seguimiento del proceso. Pero si el problema de salud no es laboral, será un médico del sistema público de salud quien certifique la baja. El objetivo de este estudio fue comparar la duración de los episodios de incapacidad laboral y común ocurridos durante 2002 en 338.226 trabajadores de 56.099 empresas cuya gestión la realizaba una MATEP de ámbito estatal.

Material y métodos: La muestra incluyó 76.598 episodios de origen común y 63.408 laborales. Para cada episodio se dispuso de las variables: tipo de problema de salud (lesión o enfermedad), edad, sexo, actividad económica y provincia. Dada la presencia de repeticiones para un mismo individuo, se usó el estimador de Wang-Chang para las curvas de probabilidad y para estimar la duración mediana (DM) y el rango intercuartil (RI). Igualmente, se utilizó un modelo de fragilidad gamma compartida para estimar la razón de probabilidades de seguir de baja y sus intervalos de confianza al 95%.

Resultados: La mayoría de los episodios laborales fueron debidos a lesiones (96,1%) y en el caso de de las comunes fueron enfermedades (95,2%). La DM de los episodios comunes fue de 9 días (RI: 4-26) y la DM laboral de 10 días (RI: 6-21). La DM presenta diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05) cuando se comparan por sexo, edad, actividad económica y comunidad autónoma. Las diferencias por actividad económica y comunidad autónoma persisten después de ajustar por edad y sexo.

Conclusiones: Las diferencias observadas entre incapacidades de origen laboral y común reflejan posiblemente la diferente regulación legal de ambos procesos, pero también la diferente naturaleza de los problemas de salud que dan lugar a ambos tipos de incapacidades: lesiones en las laborales y enfermedades en las comunes. La duración de los episodios de incapacidad es un indicador útil para valorar la gravedad de los problemas de salud laboral.

Parcialmente financiado por FIS (041062), la Cátedra Mutual Cyclops UPF de Medicina del Trabajo y el Instituto de Salud Carlos III (RCESP C03/09).

ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS EN CONDUCTORES PROFESIONALES: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

L.M. Sánchez, M.J. Fernández, I. Fernández, V. Royo y E. Sánchez
 Agencia Laín Entralgo. Consejería Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Pública. Área 11 Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo Agencia para el Desarrollo de Ensayos Clínicos. Servicio de Prevención. Mutua Banco Sabadell. Servicio de Prevención. Consejería de Presidencia. Comunidad de Madrid.

Antecedentes/objetivos: La lumbalgia es un proceso muy frecuente en la consulta diaria que según algunos estudios afecta al 80% de la población en algún momento de su vida, con un diagnóstico complicado y que en aproximadamente un 10% de los pacientes se cronifica requiriendo atención médica continuada. El objetivo del estudio es estimar en una población activa de taxistas la prevalencia de lumbalgia puntual y lumbalgia en los últimos seis meses y estudiar los factores de riesgo laboral, la actividad física y la calidad de vida asociados a esas entidades.
Métodos: Estudio transversal mediante cuestionario administrado por personal entrenado. a 293 conductores de taxi de Madrid. Para la recogida de datos se contactó con la Sociedad Cooperativa Madrileña de Servicios de Autotaxi y la Asociación Gremial AutoTaxi de Madrid, instituciones que representan al 90% de los taxistas en activo. Se adoptaron medidas de reclutamiento específicas como divulgación oral y hojas informativas firmadas por el responsable del proyecto y repartidas entre la población diana. El cuestionario recogía aspectos sociodemográficos, factores de riesgo laborales, estado general de salud, enfermedades concomitantes, aspectos de calidad de vida incluidos en la versión española del cuestionario SF-12, actividad física y consumo de fármacos. Para las enfermedades musculoesqueléticas se utilizaba una sección del cuestionario sobre lumbalgia y artritis reumatoide desarrollada a partir del estudio de Carey et al y del estudio EPISER 2000. Se realizó un análisis descriptivo con cálculo de estimadores de la prevalencia para lumbalgia puntual y lumbalgia a los 6 meses junto con sus intervalos de confianza al 95%.

Resultados: La prevalencia de lumbalgia puntual es del 15,9% (IC95%: 11,6-19,9) ligeramente superior a la encontrada en población general por el estudio EPISER (14,8% IC 95%: 12,2-17,4), siendo esa diferencia mayor cuando analizamos solo en varones, 16,1% (IC95%: 11,8-20,4) frente al 11,3 (IC95%: 8,5-14,2) del estudio EPISER. La prevalencia de lumbalgia en los últimos 6 meses es del 39,9% (IC95%: 34,3-45,5) ligeramente inferior a la encontrada en población general por el estudio EPISER (44,8% IC 95%: 39,9-49,8), siendo esa diferencia menor cuando analizamos solo en varones, 40,7 (IC95%: 35-46,5) frente al 42,9% de los varones del estudio EPISER. Existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del SF-12 en la función física y mental tanto en la lumbalgia puntual como en la lumbalgia en los últimos 6 meses.

Conclusiones: La prevalencia de lumbalgia puntual es mayor en taxistas que en población general y la prevalencia de lumbalgia a los 6 meses es muy similar a la de la población general. Una menor calidad de vida en taxistas parece estar asociada a la presencia de lumbalgia puntual y en los últimos 6 meses. Las puntuaciones de los aspectos físico y mental del SF-12 son muy similares a los encontrados en el estudio EPISER tanto para los que no presentan lumbalgia como para aquellos que presentan lumbalgia puntual y en los últimos 6 meses.
 Financiación: Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I). Instituto de Salud Carlos III - Fondo de Investigación Sanitaria. Expediente N° 021783.

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE RUBIN PARA LA ESTIMACIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA (EV) CON DATOS IMPUTADOS

J.A. Pina¹, P. Pereyra-Zamora¹, I. Melchor², J. Moncho¹, S. Perez-Hoyos³, M.A. Martínez-Beneito⁴, C. Iñiguez³, P. Caballero¹ y A. Nolasco¹

¹USI - Universidad de Alicante. ²Universidad de Alicante. ³Registro de Mortalidad de la CV-Consejería de Sanitat. ⁴EVES Conselleria de Sanitat. ⁵Servicio de Estudios epidemiológicos y estadísticas sanitarias. Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/objetivos: Aplicar la metodología de Rubin para estimar la EV de agrupaciones de secciones censales según nivel socioeconómico en la ciudad de Alicante y valorar la eficiencia del método en función del número de réplicas en la imputación de la sección censal de residencia

Métodos: Defunciones: Muertes no asignadas (por geocodificación), el 5,15% del total de muertes ocurridas por todas las causas en la ciudad de Alicante durante el periodo 1996-2003 (n = 18.826, incluyendo las defunciones institucionalizadas, fuente: Registro de mortalidad). Población: Datos padronales anuales para todo el periodo (Fuente: Instituto Valenciano de Estadística, a 1 de enero del año correspondiente). Análisis: Para cada año a estudio y sexo las defunciones se imputaron a una sección censal con criterio proporcional al tamaño de las mismas. Las secciones censales fueron clasificadas por niveles de riesgo y quintiles construidos con un indicador compuesto obtenido por componentes principales (variables incluidas: desempleo, instrucción insuficiente -global y de 16 a 29 años-, trabajo manual y trabajo eventual). Se calculó la estimación de la esperanza de vida (método de Chiang) con su respectivo error estándar. Este procedimiento se ha repetido 3, 5 y 10 veces, calculando el estimador, error estándar intra y entre estimaciones, tasa de eficiencia del estimador y la estimación de la tasa de información perdida para cada quintil y niveles de riesgo siguiendo el método de Rubin. Las rutinas fueron programadas en R, permitiendo obtener todas las salidas de resultados completas.

Resultados: La eficiencia es ligeramente creciente con el número de réplicas utilizadas en las estimaciones, aunque prácticamente no varía y se puede considerar aceptable a partir de las 3 réplicas. A partir de 5 réplicas los cambios son ínfimos. La estimación de los errores no varía sensiblemente según el número de réplicas.

Conclusiones: Este método permite obtener buenos resultados en el cálculo de la esperanza de vida sin tener que recurrir a un número excesivo de réplicas; este resultado está condicionado al número de datos a imputar. Este método es de fácil aplicación para la imputación de datos a nivel de sección censal.

Financiación: FIS, expediente PI040170. Subvención Conselleria Sanitat (GV),2005

INDICADOR DE HOGARES MONOMARENTALES PARA LA DETECCIÓN DE DESIGUALDADES SOCIALES EN MORTALIDAD EN ÁREAS PEQUEÑAS

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

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

Antecedentes/objetivos: Entre los indicadores socioeconómicos del proyecto MEDEA está el de hogares monomarentales (HM) como indicador donde el cabeza de familia es una mujer. Se exploran diferentes definiciones operativas de este indicador y se valora su utilidad para detectar desigualdades en mortalidad en áreas pequeñas.

Métodos: A partir del censo de 2001 se han elaborado diversos indicadores socioeconómicos para las secciones censales (SC) del municipio de Madrid (n = 2.358). Como HM se ha considerado el porcentaje de núcleos familiares de madre sola con hijos así como el de núcleos familiares de mujer adulta con menores a su cargo. Se ha incluido la Renta Familiar Básica Disponible de 2000 elaborada por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM) a partir de las declaraciones del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. Del registro de mortalidad, gestionado por el IECM, se han considerado las defunciones de 1996 a 2003 y por el domicilio se ha asignado la SC (excluyendo las defunciones en colectivos). Se describe la distribución de los indicadores de HM y la correlación (coeficientes de correlación -CC- de Spearman) de los indicadores. Para los terciles de los indicadores de HM se han calculado las RME, tomando como referencia las tasas específicas por edad de España del año 2001.

Resultados: El porcentaje de hogares de madre sola con hijos va de 2,88 a 46,21 % (media 15,98) y el de hogares con una mujer con menores a su cargo, de 0 a 8,17 % (media 1,85). El patrón geográfico de ambos es diferente y su CC de 0,24. Ambos se correlacionan de manera directa con la renta (CC en torno a 0,15). Las correlaciones con el resto de indicadores socioeconómicos son igualmente de escasa magnitud. Los hogares de madre sola con hijos muestran una relación directa con el desempleo y el envejecimiento (CC en torno a 0,40) que no se observa con el otro indicador. Con ambos indicadores se observan diferencias en mortalidad: las RME en los terciles del primer indicador son 84,23, 89,41 y 92,54 y en el otro indicador son 87,06, 88,99 y 91,52 (para los terciles de valor más bajo a más alto, respectivamente).

Conclusiones: La asociación de indicadores de HM con otros indicadores socioeconómicos censales es pequeña. Existe una asociación directa con la mortalidad. A partir del censo se pueden elaborar diferentes indicadores de HM con significado diferente y habría que profundizar en cual sería más adecuado para detectar desigualdades en mortalidad en áreas pequeñas.

Financiación: Mortalidad en áreas pequeñas Españolas y Desigualdades socio-Económicas y Ambientales (MEDEA): FIS: PI040069

ADMINISTRACIÓN TELEFÓNICA DE LA COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW SHORT-FORM (CIDI-SF) PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS MENTALES

E. Villalonga-Olives¹, J. Palacio-Vieira², J.M. Valderas¹, L. Rajmil² y J. Alonso¹

¹Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). ²Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM), Barcelona.

Antecedentes y objetivos: La CIDI-SF es la versión corta de la entrevista estructurada CIDI creada por la OMS desarrollada para evaluar siete trastornos mentales según criterios DSM-IV: depresión mayor, ansiedad generalizada, fobias específicas, fobia social, agorafobia, ataques de pánico y trastorno obsesivo-compulsivo. El objetivo del estudio fue analizar la factibilidad, fiabilidad y validez de la administración telefónica de la entrevista CIDI-SF para identificar trastornos de salud mental.

Métodos: La entrevista fue evaluada mediante una prueba piloto en el CAP de Lloret de Mar (Girona), en el contexto de un estudio de salud de niños/as. Se seleccionó una muestra de 12 madres, la mitad de ellas con problemas registrados de salud mental. Las personas fueron entrevistadas por teléfono. El resultado de la CIFI-SF es la probabilidad (entre 0 y 1) de padecer cada trastorno, con un período recordatorio de 12 meses. Se agruparon los trastornos en probables casos de depresión y ansiedad. Posteriormente se realizó una entrevista semiestructurada para evaluar la comprensión y la factibilidad de la primera. Se analizó la concordancia del resultado de la CIDI-SF con la presencia de trastorno en las historias clínicas informatizadas de las participantes.

Resultados: La duración media de la entrevista telefónica CIDI-SF fue de 22 minutos (entre 10 y 30 minutos). No se detectaron problemas de comprensión en cuanto al lenguaje utilizado ni con el período recordatorio. Sólo para las madres con más problemas de salud mental (n = 4) el contenido de las preguntas resultó "ofensivo, molesto, difícil". El nivel de concordancia en la historia clínica del trastorno de depresión mayor valorado con el índice Kappa fue de 0,55 con una especificidad del 75% y una sensibilidad del 80%. Para cualquier trastorno de ansiedad, el índice Kappa fue de 0,60 con una especificidad del 75% y una sensibilidad del 85,7%, con respecto a la historia clínica.

Conclusiones: El CIDI-SF es un instrumento que puede ser administrado vía telefónica, sin problemas de comprensión. La concordancia con los diagnósticos registrados en la historia clínica es buena.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III: FIS Expte PI042315 y Red IRYSS G03/202. DURSI-GENCAT (2005-SGR-00491)

PÓSTER CON DEFENSA

Jueves, 5 de octubre de 2006

11:30 a 13:30

Metodología y Encuestas y calidad de vida

Moderan:

M^a José Bleda Hernández

Universidad Autónoma de Barcelona

Elena Aldasoro Unamuno

Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco

APORTACIÓN DE LAS TÉCNICAS CUALITATIVAS EN LA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE SALUD DE UN MUNICIPIO

Cabanas¹, Navarro², Foz^{3,4}, Pasarin^{3,5}, Pujol^{1,3}, Violán¹

Fundació Jordi Gol i Gurina¹ (FJGG), Ajuntament Martorell², Grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària², Institut Català de la Salut⁴, Agència Salut Pública Barcelona⁵

Antecedentes/ objetivos: Utilización de técnicas de asesoría rápida con participación comunitaria para la detección de necesidades de salud. Analizar la aportación de técnicas cualitativas en la identificación de los determinantes y problemas de salud durante la elaboración del plan de salud de un municipio.

Métodos: Estudio descriptivo con metodología cualitativa y perspectiva fenomenológica. Recogida de datos: técnica Delphi (TD) (32 participantes); dos grupos nominales (GN), uno de entidades y otro de profesionales del equipo de atención primaria (EAP) (20 participantes) y cuestionarios con preguntas abiertas autoadministrados a 42 ciudadanos. Periodo 12.05 a 03.06. Población de estudio: municipio de 26.254 habitantes. Participantes TD: técnicos municipales, profesionales sanitarios y representantes de asociaciones. Los cuestionarios fueron cumplimentados por ciudadanos voluntarios. La TD y los GN aportaron determinantes y problemas de salud detectados y priorizados; los cuestionarios no incluyeron la priorización. Análisis de contenido con triangulación de técnicas e investigadores.

Resultados: Todas las técnicas utilizadas coinciden en que los cambios demográficos (envejecimiento, crecimiento e inmigración) han ocasionado demandas de atención a nivel sanitario y social no atendidas adecuadamente ya que dichos cambios no se han acompañado de recursos necesarios. Determinantes de salud identificados mediante las tres técnicas: desempleo, precariedad laboral y preocupación por los efectos de la contaminación ambiental sobre la salud. Problemas de salud priorizados mediante todas las técnicas: salud mental (adicciones, estrés, ansiedad, depresión y conductas violentas), envejecimiento (artrosis, dependencia y enfermedades cognitivas) y relacionadas con estilos de vida (sedentarismo, alimentación inadecuada, descanso insuficiente). El GN de entidades y los cuestionarios identifican cáncer, asma y alergias. El cáncer es el problema más priorizado en el GN de entidades. Las enfermedades cardiovasculares se priorizan en el GN de los ciudadanos. Hipertensión y diabetes se enumeran en el GN del EAP.

Conclusiones: Elevada participación comunitaria, riqueza subjetiva y profundidad de las aportaciones. Verosimilitud, relevancia de los resultados y coincidencia entre técnicas e investigadores, lo que sugiere su consistencia. Destacamos la discordancia en el valor otorgado al cáncer y la enfermedad cardiovascular, hecho que puede reflejar una diferente valoración de los problemas de salud entre los profesionales de la salud y los representantes sociales.

Financiación: Ayuntamiento.

ASOCIACIÓN DEL POLIMORFISMO DEL CODÓN 129 CON LAS ENCEFALOPATÍAS TRANSMISIBLES HUMANAS

A. Varo Baena, J. Guillén Enriquez, A. Rodríguez Torronteras, F. Antón Muñoz, LM Santiago Fernández

Delegación Provincial de Salud de Córdoba, Consejería de Salud de Andalucía, Distrito Sanitario de Córdoba

Antecedentes/objetivos: La epidemiología genética estudia las relaciones poblacionales entre determinadas enfermedades y sus características epidemiológicas y genéticas. Las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) son un grupo de enfermedades de evolución fatal que se han asociado con determinadas mutaciones y especialmente el polimorfismo del codón 129 en el gen de la "prión proteína" del cromosoma 20 con la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ). Nuestro objetivo es establecer si las características genéticas de los casos de ECJ registrados en Andalucía son diferentes del resto de la población o se asocian a alguna variable epidemiológica.

Métodos: Se describen determinadas variables (edad, sexo, electroencefalograma, polimorfismos, proteína 14-3-3), de los casos registrados de ECJ en Andalucía entre 1993 y 2005. Se realiza un estudio de "sólo casos" comparando las variables edad y sexo, proteína 14-3-3 y electroencefalograma con el tipo de polimorfismo (heterocigoto -Met/Val- u homocigoto -Met/Met, Val/Val). Se busca en la bibliografía la frecuencia poblacional de los polimorfismos estudiados y se analiza la diferencia estadística con los casos registrados.

Resultados: El 61% de los casos son mujeres y la edad media de diagnóstico es de 66 años, no habiendo diferencia significativa entre hombres y mujeres y el tramo de edad más frecuente (35% de los casos) es 60-69 años. El polimorfismo del codón 129 es homocigótico en el 78% de los casos (68% Met/Met; 10% Val/Val) en los que se realiza. El EEG es típico en un 58% de los casos y la proteína 14-3-3 es positiva en el 83% de las realizadas. Tras la realización del estudio de "sólo casos", no se encuentra asociación significativa entre las variables estudiadas y el tipo de polimorfismo. En España, la frecuencia poblacional de homocigotos del polimorfismo en el codón 129 es de 58% (43% Met/Met y 15% Val/Val), siendo para el conjunto de la Unión Europea del 50% (39% Met/Met y 11% Val/Val). La proporción de los casos registrados en Andalucía respecto a la poblacional de España es significativamente diferente, con una $p = 0,0337$ para el conjunto de homocigotos. También para los homocigotos Met/Met con una $p = 0,0161$. Sin embargo la diferencia no es significativa para Val/Val.

Conclusiones: El polimorfismo del codón 129 de la prion proteína se asocia significativamente cuando es homocigoto Met/Met al riesgo de padecer una ECJ. En nuestro estudio diferenciamos los dos polimorfismos homocigóticos, no asociándose el Val/Val a dicha enfermedad, algo no recogido en la literatura en la que este polimorfismo se asocia a los casos de ECJ iatrogénicos, de los cuales no hay registrado ninguno en Andalucía.

INDICADORES DE CALIDAD DE LA RED DE MEDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEON

M. Gil Costa¹, A.T. Vega Alonso¹, Red de Médicos Centinelas de Castilla y León (RMCCyL)

¹Observatorio de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Valladolid. Castilla y León

Antecedentes/objetivos: Las Redes Centinelas dotan de un instrumento muy efectivo a la vigilancia en salud pública e investigación epidemiológica gracias a la calidad de la información que proporcionan. Estos sistemas de información necesitan unos criterios de calidad que permitan medir la cobertura del sistema y realizar una valoración integral de la información, asegurando la validez de los datos generados. Desde sus comienzos en 1990, la RMCCyL ha venido realizando anualmente evaluaciones de cobertura del sistema y calidad de los datos recibidos. En 2005 se implantó de manera sistemática un método para mejorar la calidad de la información y los indicadores de cobertura, basado en el contacto telefónico con el médico en ausencia de notificación durante tres semanas continuas y para la cumplimentar la información en los formularios incompletos. El objetivo de este trabajo es: evaluar el nivel de calidad de la información recibida y la cobertura de población vigilada tras las medidas de control propuestas.

Métodos: Se comparan los resultados de cobertura del sistema y el control de calidad de la información entre los programas de 2004 y 2005. Los formularios estándar recogen variables comunes: fecha de nacimiento y sexo, y variables específicas para cada uno de los temas de estudio. Para evaluar la cobertura se utilizan dos indicadores: cobertura de notificación y cobertura de población (población vigilada). La calidad de la información se analiza por medio del porcentaje de cumplimentación de las variables edad y sexo y las relativas a los criterios de definición, inclusión y clasificación de los procesos vigilados.

Resultados: La cobertura de notificación en 2005 ha sido del 91% frente al 85% alcanzado en 2004. La cobertura de población vigilada en 2005 79% supone un 10% más de la alcanzada en 2004 que fue del 69%. Durante el programa de 2005 el porcentaje de formularios cumplimentados en su totalidad ha sido del 95% frente al 86% en el registro de 2004. Los porcentajes de cumplimentación de edad y sexo han sido iguales en los dos programas: 98% para el sexo y 99% para la edad.

Conclusiones: Si bien la cobertura del sistema y la calidad de la información eran ya satisfactorias, la implantación de programas de control de calidad mejoran sustancialmente la adhesión del profesional centinela y consiguientemente, la representatividad y la precisión de la información recogida. La evaluación continua de estos indicadores debería ser práctica habitual en los sistemas centinelas con el fin de corregir desviaciones sobre los objetivos propuestos.

DISTINTOS COMPONENTES DE LA DEMORA DIAGNÓSTICA EN LOS CASOS DE TUBERCULOSIS. GUIPÚZCOA 2005

M. Basterrechea* R. Sancho* M. Jiménez** y M. Amondarain**

**Unidad de Epidemiología de Guipúzcoa. **Gestoras de casos de tuberculosis de Osakidetza*

Antecedentes/objetivos: Uno de los factores relacionados con la transmisión de la tuberculosis es detectar precozmente los posibles casos de enfermedad, realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento. A la hora de intervenir es importante conocer qué parte de la demora es atribuible al propio sistema sanitario y qué parte es debida al retraso del paciente en consultar.

Objetivos: Analizar y describir las características de la demora diagnóstica para tuberculosis en Guipúzcoa durante 2005 descomponiéndola en la atribuida al paciente y al sistema sanitario.

Métodos: Se estudian los casos de tuberculosis notificados en Guipúzcoa durante el año 2005. Las características del caso y fechas de inicio de síntomas e inicio de tratamiento se han obtenido del registro de EDO. La Gestora de Casos obtuvo la fecha de primera consulta mediante entrevista personal y/o telefónica con el paciente y la información del médico de familia y/o el médico que diagnosticó. Se analiza la demora total, del paciente y del sistema, en función de las variables de interés: sexo, grupo de edad, localización pulmonar, inmigrante y comarca sanitaria. Se ha realizado la transformación logarítmica de las demoras para normalizar su distribución. En el análisis estadístico univariante se han utilizado la prueba t de Student o ANOVA y en el análisis ajustado se ha utilizado la regresión lineal múltiple. Se presentan la mediana y amplitud intercuartil correspondiente a cada grupo.

Resultados: El número total de casos analizados fue de 159. La mediana de la demora total fue de 44 días con una amplitud intercuartil de 73 días, la demora del paciente fue de 9 días (AQ35) y del sistema sanitario de 18 (AQ 40). Se observan diferencias significativas según el sexo para la demora total y del sistema en las mujeres; difiere según el grupo de edad, siendo el de 35 a 64 años el que presenta una demora mayor; los pacientes con formas pulmonares tardan más en consultar pero el sistema sanitario lo diagnostica antes que a los pacientes con formas extrapulmonares; la demora sanitaria difiere según la comarca de residencia. Un modelo de regresión lineal múltiple que incluye para la demora del paciente, el sexo, la localización, el origen del paciente y el grupo de edad, muestra excesos significativos para las mujeres. Para la demora sanitaria se incluye además la comarca sanitaria, siendo esta última variable la única que muestra significación.

Conclusiones: Es necesario estudiar más detenidamente los factores que influyen en las diferencias de la demora sanitaria entre las comarcas así como transmitir a los profesionales sanitarios la necesidad de pensar en un diagnóstico de tuberculosis en las mujeres.

LA INFORMACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA MEDIANTE LA CARTOGRAFÍA TEMÁTICA PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA

Zúñiga Antón, A. Pueyo Campos*, M.J. Amorín Calzada** y E. Sánchez Oriz***

Dpto. Geografía y Ordenación del Territorio. Universidad de Zaragoza. **Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Gobierno de Aragón. *Dpto. de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza*

Antecedentes: La organización y estructuración de la información sociodemográfica mediante el uso de los Sistemas de Información Geográfica (SIG) para la planificación sanitaria es algo relativamente reciente en nuestro país, pero ampliamente difundido en otros países. No obstante, en general, estos avances no se están complementando con la correcta utilización del lenguaje cartográfico y de la semiología gráfica.

Objetivos: Presentar las diferentes tipologías cartográficas idóneas para la transmisión y análisis de la información sociodemográfica.

Método: En el mapa de variaciones de densidad municipal de España (1970-2005) y en el de variaciones porcentuales acumuladas de población de España (2001-2005) se han utilizado la población de los censos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). En el de variaciones ponderadas de potenciales demográficos de Aragón (1970-2005) se ha utilizado la población de los censos representada mediante un método basado en los modelos gravitatorios de tipo newtoniano. La población nacional y extranjera en la ciudad de Zaragoza (2006) se ha analizado mediante representaciones proporcionales por secciones censales. Los datos han sido facilitados por el ayuntamiento de Zaragoza. Las bases espaciales han sido facilitadas por el Instituto Geográfico Nacional (IGN) para España y Aragón; y por el ayuntamiento de Zaragoza, para la cartografía urbana.

Resultados: Los mapas nacionales muestran la redistribución de la población en los últimos 35 años, con su concentración en las grandes urbes, la emergencia del área metropolitana de Madrid, el eje mediterráneo e islas como los nuevos contenedores demográficos. El modelo gravitatorio de variaciones de Aragón presenta el vaciado de los espacios rurales en detrimento del área metropolitana de Zaragoza, las capitales de Huesca y Teruel, así como algunos espacios rurales especializados en servicios. El plano temático de Zaragoza muestra la distribución de la población extranjera en las zonas más degradadas del casco histórico, así como en los barrios populares de las pasadas décadas de los cincuenta a setenta.

Conclusiones: Estas herramientas nos ayudan a visualizar rápida y exactamente la distribución de los efectivos demográficos, las variaciones temporales y el potencial de crecimiento, fundamental para la planificación sanitaria. La elección un mapa temático, la selección de información, la escala de trabajo o las valores visuales seleccionadas son cuestiones básicas para que el mensaje cartográfico sea claro y permita los trabajos transdisciplinares.

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE LAS MANOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. ANÁLISIS MEDIANTE MODELOS DE EFECTOS MIXTOS.A.M. Novoa Pardo^{1,2}, M.T. Pi-Sunyer¹, E. Molins¹ y X. Castells¹*¹Servei d'Avaluació d'Epidemiologia Clínica. Hospital del Mar, IMAS. ²Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública UPF-IMAS-ASPB*

Antecedentes/objetivos: La infección nosocomial supone un aumento de la morbilidad hospitalaria, y un aumento de costes. A pesar de que la higiene de las manos es la principal actuación en su prevención, la adherencia del personal sanitario a las recomendaciones existentes es baja. A raíz del bajo cumplimiento observado en una primera evaluación, y tras un año de aplicación de intervenciones (sobre todo cursos formativos) destinadas a aumentar la adherencia del personal, se llevó a cabo la reevaluación del cumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos del personal sanitario del hospital.

Métodos: En el año 2005, se evaluó, mediante observación directa, el cumplimiento del personal médico y de enfermería en varias áreas del hospital, recogiendo la higiene realizada cada vez que ésta estuviera indicada (oportunidad para la higiene de manos) en situaciones de distinto riesgo de infección cruzada. Los resultados fueron analizados mediante modelos de efectos mixtos, los individuos como variable aleatoria.

Resultados: Fueron observadas 1254 oportunidades de higiene de las manos en 247 individuos. El porcentaje medio de cumplimiento fue del 19,9%. La variabilidad individual fue estadísticamente significativa en todos los modelos. En el análisis multivariante destaca el menor incumplimiento después que antes de una acción (odds ratio (OR) 0,25; Intervalo de confianza 95% (IC 95%) 0,17-0,38) y que es variable según el área del hospital (menor incumplimiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (OR 0,04; IC 95% 0,01-0,10)).

Conclusiones: Los resultados de la evaluación muestran la baja adherencia a las recomendaciones por parte del personal sanitario del hospital. Sin embargo, en el área del hospital con los pacientes más críticos, la UCI, el cumplimiento fue elevado (69%). El mayor cumplimiento después que antes de una actividad es una de las actitudes que nos indican que la higiene se realiza más por protección propia que por protección del paciente. Este es el primer estudio que utiliza modelos de efectos mixtos para analizar el cumplimiento de la higiene de las manos, que permite tener en cuenta la variabilidad intraindividual. El bajo cumplimiento y la falta de mejora respecto a la evaluación previa sugiere que las intervenciones basadas en la formación no son útiles en aquellos individuos que ya disponen del conocimiento. Se requiere un distinto enfoque de las intervenciones, centrándose en la modificación de hábitos y actitudes de los profesionales e interviniendo a varios niveles, tanto individual como institucional.

LESIONADOS POR TRÁFICO: INFRANOTIFICACIÓN DE LAS FUENTES POLICIALES

M. Mari-Dell'Olmo, K. Pérez y C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/objetivos: En distintos países se han descrito sesgos en la notificación de los lesionados por tráfico por parte de las fuentes policiales. El objetivo es determinar qué factores tanto propios del lesionado, como de la colisión, están asociados a la infranotificación de lesionados por tráfico por parte de las fuentes policiales, en Barcelona entre 2002-2004.

Métodos: Se realizó un estudio de diseño transversal, a partir de los lesionados por tráfico en la ciudad de Barcelona durante los años 2002-2004. Las fuentes de información utilizadas fueron los partes de accidentes de tráfico de la Guardia Urbana de Barcelona (GUB) y los registros de los servicios de urgencias de los principales hospitales de la red hospitalaria pública de la ciudad (DUHAT) de los años 2002-2004. Ambas fuentes fueron unidas mediante conexión probabilística. Las variables estudiadas fueron: el mes, el año, el horario (día, noche), el tipo de día (laborable, fin de semana), la edad, el sexo, el vehículo en el que se circulaba, la gravedad (valorada con el Injury Severity Score), el tipo de lesión, la región anatómica afectada, el destino al alta y el hospital de asistencia. Se realizó un análisis descriptivo y se calculó la tasa de notificación de la GUB: la fracción entre el número de lesionados registrados por la GUB y el número total de registrados por la GUB y el DUHAT. Se ajustaron modelos de regresión de poisson modificada, siendo la variable dependiente la probabilidad de que un lesionado registrado por el DUHAT fuera también registrado por la GUB y las variables independientes las variables especificadas anteriormente.

Resultados: De 2002 a 2004 la GUB y el DUHAT recogieron 40.081 y 48.502 lesionados por tráfico en Barcelona respectivamente, 17.446 fueron recogidos por ambas fuentes. El porcentaje de notificación de la GUB fue de un 56,3%. La infranotificación de la GUB se asoció a ser hombre (RR = 0,97 IC95% = 0,94-1,00), a que la colisión ocurriera durante el día (RR = 0,90 IC95% = 0,87-0,92). Existió mayor probabilidad de ser notificado por parte de la GUB: entre los usuarios de vehículo de dos ruedas a motor (RR = 1,32 IC95% = 1,26-1,38), de bicicleta (RR = 1,42 IC95% = 1,16-1,74), de camión/autobús (RR = 1,21 IC95% = 1,09-1,34) y peatones (RR = 1,35 IC95% = 1,28-1,41), respecto a los usuarios de coche; cuando la colisión no se produjo en agosto; cuando la lesión fue una fractura (RR = 1,35 IC95% = 1,28-1,41), una lesión interna (RR = 1,35 IC95% = 1,28-1,41), una herida (RR = 1,35 IC95% = 1,28-1,41) o una contusión (RR = 1,35 IC95% = 1,28-1,41), respecto a un esguince.

Conclusiones: Las fuentes policiales infranotifican los individuos lesionados por colisiones de tráfico, por lo que se pueden obtener interpretaciones sesgadas a partir de estos datos. Los sistemas de información de lesiones por tráfico se deberían complementar con fuentes sanitarias.

Financiación: Proyecto PENDANT, DGTREN (UE)

CARACTERÍSTICAS DE LA NO PARTICIPACIÓN EN UNA ENTREVISTA A LESIONADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS

E. Santamaría*, K. Pérez*, I. Ricart**, A. Rodríguez-Martos*, M.T. Brugal*, C. Borrell* y grupo de trabajo MACIUS*,**

*Agència de Salut Pública de Barcelona. **Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Institut Municipal d'Investigació Mèdica.

Antecedentes/objetivos: El proyecto MACIUS tiene como finalidad estudiar la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas en lesionados atendidos en servicios de urgencias de Cataluña. Previo consentimiento informado se realizó una entrevista y se recogió una muestra de saliva. El objetivo de este trabajo es comparar las características de los participantes y los no participantes.

Métodos: Es un estudio de diseño transversal. Se incluyeron los lesionados atendidos en urgencias en 8 hospitales de Cataluña, durante 3 cortes de 4 días cada uno en 2005 y 2006. Los instrumentos de recogida de información fueron el formulario de entrevista o de no-participación y la historia clínica. Las variables independientes fueron: sexo, edad, país de origen, mecanismo de lesión, admisión en día laborable o fin de semana, tiempo de espera y gravedad. La variable dependiente fue la participación (1: no-participante / 0: entrevistado). Se realizó un análisis bivariado y un análisis multivariado de regresión logística multinivel para determinar factores asociados a la no-participación, con el hospital como variable contextual. Se presentan datos del 1º corte.

Resultados: Las características del total de lesionados variaban entre hospitales: el porcentaje de extranjeros oscilaba del 3,5% al 36%, la prevalencia de accidentes de tráfico del 2,6% al 22,5% y de agresiones del 5,4% al 27,7%, y el porcentaje de lesionados con gravedad moderada/grave del 2,7% al 23,9%. Hubo una tasa de no-participación del 32% (240/760), variando entre hospitales del 22,5% al 51,4% ($p < 0,05$). Los principales motivos de no-participación fueron: rechazo (59%), gravedad/incapacidad (21%) y alta/traslado previo (14%). Después de ajustar por la variabilidad entre hospitales continuaba existiendo variabilidad entre lesionados, con mayor probabilidad de no-participación entre: lesionados extranjeros (OR = 2,4; IC95% = 1,5-3,9), admitidos en urgencias en día laborable (OR = 1,4; IC95% = 1,0-2,8), con mayor gravedad (OR = 1,5; IC95% = 1,0-2,3) y con tiempo de espera menor a 20 minutos (OR = 1,8; IC95% = 1,1-3,1) o mayor a 80 minutos (OR = 1,7; IC95% = 1,0-2,8). La edad, el sexo y el mecanismo de lesión no se asociaron a mayor probabilidad de no participación.

Conclusiones: Independientemente de las características de los hospitales se observaron diferencias en la probabilidad de no participación entre los lesionados, debidas a factores como país de origen, tiempo de espera, día de admisión a urgencias y gravedad. En cambio no se observaron diferencias debidas ni a la edad, ni al sexo, ni al mecanismo de lesión, lo que reduce el impacto del posible sesgo de selección.

Financiación: DGPND (2003), RTA (G03/05) y RCESP (C03/09).

CALIDAD DE VIDA EN RELACION CON LA SALUD EN LA CIUDAD DE MADRID.

M. Esteban y Peña, J.M. Díaz Olalla, A. Martín Martínez, M.T. Pérez Álvarez, A. Rivero García, M.J. Gonzalez Ahedo y J. Galván Romo
Instituto de Salud Pública.Madrid Salud.Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Determinar la calidad de vida en relación con la salud (CVRS) percibida por los ciudadanos de Madrid.

Métodos: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid: poblacional representativa de 21 distritos, a 7.341 personas mayores de 16 años no institucionalizadas, en la población del padrón a 1-Sep-2004, con muestreo bietápico. Se recogen variables sociodemográficas, sanitarias y de factores condicionantes. Se introdujo el cuestionario de CVRS COOP/WONCA validado en español de 9 ítems. Los datos se procesaron con el programa estadístico SPSS. La clase social se clasificó con la Clasificación Nacional de Ocupación [CNO] 1994.

Resultados: Se completaron 7.153 cuestionarios con una puntuación media global de $20 \pm 5,2$ puntos (IC 95%: 19,88-20,12). La puntuación media para cada una de las dimensiones fue: Forma física: $2,8 \pm 1,2$ (IC 2,77-2,83). Sentimientos: $1,6 \pm 1$ (IC 1,58-1,62). Actividades cotidianas: $1,5 \pm 0,9$ (IC 1,48-1,52). Actividades sociales: $1,4 \pm 0,9$ (IC 1,38-1,42). Cambio en el estado de salud: $2,9 \pm 0,6$ (IC 2,89-2,91). Estado de salud: $2,8 \pm 0,9$ (IC 2,78-2,82). Dolor: $1,9 \pm 1,3$ (IC 1,87-1,93). Apoyo social $2,6 \pm 1,1$ (IC 2,57-2,63) y Calidad de vida: $2,4 \pm 0,7$ (IC 2,38-2,42). Las mujeres tienen una puntuación global en CVRS de 20,84 y los hombres de 19,02 ($p = 0,0001$). Respecto a la edad la puntuación total es en: Hombres 16-24 años: 16,5; 25-44 años 18,5; 45-64 años: 19,7; > 65 años: 21,8 y mujeres 16-24 años: 17,8; 25-44 años 19,3; 45-64 años: 21,0; > 65 años: 24,4. La clase social marca una diferencia en ambos sexos siendo en las mujeres mas acusada: Hombres: Clase I-II: 18,7, III: 18,9, IV: 19,5, V: 19,8, X: 21,4. Mujeres clase I-II: 19,8 III 20,1, IV: 21,4, V: 21,9 y X: 21,6. Por distritos el sumatorio Coop/Wonca oscila entre 18,4 en Chamartin y 21,6 en Puente de Vallecas. Para distintos colectivos la puntuación total es en: discapacitados menores de 65 años 22,3, parados 22,5, familia monoparental 22,6, inmigrantes económicos 19,1, analfabetos 24,6 y aquellas personas que tiene una enfermedad crónica 26,3 puntos.

Conclusiones: Los ciudadanos de Madrid poseen buena calidad de vida en relación con la salud, al tener una puntuación global por debajo del punto medio de la totalidad, aunque para las mujeres es significativamente peor que para los hombres. Con la edad esta calidad empeora teniendo los mayores las peores puntuaciones globales. Existen grupos como discapacitados, parados, familias monoparentales, personas analfabetas, o portadoras de enfermedades crónicas, que perciben mala calidad de vida en relación con su salud.

OBESIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES DE UNA ZONA RURAL DE GALICIA

M.J. García Mendizábal¹, J.M. Carrasco Gimeno¹, B. Pérez Gómez¹, N. Aragonés Sanz¹, F. Rodríguez Artalejo², P. Guallar-Castillón², G. López-Abente Ortega¹ y M. Pollán Santamaría¹

¹Instituto de Salud Carlos III. CNE. ²Universidad Autónoma de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Conocer la influencia de la obesidad y el nivel de estudios sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de las mujeres de una zona rural de Galicia.

Métodos: Se realizó un estudio transversal con 1321 mujeres de 14 pueblos entrevistadas personalmente. La CVRS fue evaluada con el cuestionario SF-36. Cada escala del SF-36 fue dicotomizada en valores óptimos y subóptimos usando puntos de corte previamente definidos. Dicha categorización se determinó estudiando la distribución de cada una de las dimensiones eligiendo un punto de corte situado en torno al percentil 25. La evaluación de diferencias estadísticamente significativas se realizó mediante la prueba Chi-cuadrado para la comparación de proporciones, y t de Student y test de tendencia, para la diferencia de medias. Por otra parte, la posible asociación entre el Índice de Masa Corporal (IMC), el nivel de estudios y la proporción de mujeres con puntuación subóptima en las distintas dimensiones del SF-36 se estudió mediante odds ratios (OR) ajustados por edad, sexo, zona geográfica, situación laboral, tabaquismo, número de horas de sueño diarias, número de horas de ocio sentadas y número de enfermedades crónicas, obtenidos mediante modelos de regresión logística.

Resultados: La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue mayor entre las mujeres con un menor nivel de estudios (41,7% y 21,6% en mujeres con estudios primarios vs 18,2% y 6,1% en las mujeres con estudios secundarios o universitarios). Además, entre las mujeres sin estudios o con estudios primarios, se observó una relación inversa y estadísticamente significativa entre la CVRS y el IMC en todas las dimensiones del SF-36 excepto en Salud Mental. En consonancia con estos resultados, en las mujeres con estudios primarios, la obesidad se asoció a una mayor prevalencia de valores subóptimos en las dimensiones de: Función Física (OR: 2,04; IC95%: 1,27-3,28), Rol Físico (OR: 1,81; IC95%: 1,05-3,13), Salud General (OR: 1,80; IC95%: 1,14-2,86) y Rol Emocional (OR: 2,31; IC95%: 1,17-4,55). Entre las mujeres con estudios secundarios o universitarios se observó la misma tendencia, es decir, una peor puntuación en las distintas dimensiones del SF-36 asociada a un aumento del IMC. Aunque sólo la escala de Función Física mostró diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: En el ámbito rural gallego la obesidad es un importante problema de salud pública, siendo más prevalente en las mujeres con menor nivel de estudios. Además, la peor CVRS asociada a la obesidad es particularmente importante en mujeres con menor nivel de estudios.

Financiación: Ministerio de Sanidad; RCESP y Beca ISCIII 05/0001.

CONSUMO DE AGUA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA DE NIÑOS DE LA COHORTE INMA-VALENCIA

E. Romero-Aliaga^{1,2}, A. Esplugues¹, M.L. Estarlich^{1,3}, M.P. Rodríguez^{1,3}, C.M. Villanueva⁴, E. Apolinar³, T. Álvarez de Laviada³, E. Serrano³ y F. Ballester¹

¹Unidad Epidemiología y Estadística EVES, CS-GV. ²Departamento Salud Pública UMH. ³Hospital La Fe. ⁴IMIM Barcelona.

Antecedentes/objetivos: El estudio de cohortes "Infancia y Medio Ambiente" (INMA) evalúa la relación de la exposición a contaminantes ambientales y dieta sobre el desarrollo pre y postnatal. Uno de los factores estudiados es la presencia en agua de subproductos de la cloración (SPC), dada su posible asociación con problemas respiratorios y alergias. Los niños pueden estar expuestos a través de la ingesta, por contacto dérmico y/o por inhalación. El objetivo es describir, con datos preliminares (271 niños de 734 incluidos, no todos han cumplido el año), las diferentes vías de exposición a SPC a través de dos cuestionarios sobre la utilización del agua durante el primer año de vida de niños incluidos en el estudio INMA-Valencia, el primero relacionado con lactancia y alimentación y el segundo con aseo y asistencia a piscinas.

Métodos: El área de estudio comprende área urbana, semi urbana y rural con una población total de 288.580 habitantes. Se realizan los dos cuestionarios cuando los niños cumplen un año; además disponemos de información de organismos oficiales sobre la calidad del agua y de mediciones del área de estudio.

Resultados: Cuestionario de lactancia y alimentación: 219 niños (81%) han realizado lactancia artificial (exclusiva el 24% y mixta el 76%). Lactancia artificial mixta: el 7% ha usado agua municipal y un 92% embotellada; el 2% ha usado agua municipal y un 96% embotellada; el 45% esterilizaba el agua. Agua de bebida: el 5% municipal, el 1% de pozo, el 93% embotellada y el 1% de fuente. Agua para cocinar: el 76% municipal, el 1% de pozo, el 20% embotellada y el 3% de manantial. Cuestionario de aseo y piscinas: hasta los 4 meses, el 86% se baña todos los días, con un tiempo medio de 9 minutos, y a partir de esa edad, lo hace el 67%, durante 15 minutos. Un 49% acude a piscinas. Piscina descubierta verano (79% de los niños): el 18% acude 20 días al mes, con un tiempo medio de 31 minutos. Piscina cubierta resto del año (32% de los niños): el 36% acude 4 días al mes, con un tiempo medio de 40 minutos.

Conclusiones: La vía de exposición más frecuente es la dérmica, ya que la gran mayoría de niños se baña todos los días y casi la mitad acuden a piscinas. Un porcentaje muy importante consume agua embotellada en los biberones (tanto para lactancia como para bebida) mientras que para la cocción de alimentos se utiliza agua de la red.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (G03/176) y FIS 03/1615

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MADRID 2006

M.T. Pérez Álvarez, M.J. González Ahedo, J.M. Díaz Olalla, A. Rive-ro García, M. Esteban Peña y J. Galván Romo

Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Conocer la percepción de los ciudadanos de Madrid sobre su estado de salud, y determinados condicionantes referidos a los hábitos y conductas relacionados con la misma

Métodos: Encuesta de base poblacional. La técnica de recogida de información ha sido la entrevista personal en el hogar a partir de cuestionario estructurado. La población de referencia es la población no institucionalizada residente en Madrid e inscrita en el padrón a fecha 1 de Septiembre de 2004. La unidad muestral son los sujetos como individuos, no los hogares. El tipo de muestreo utilizado es el muestreo por conglomerados bietápico. El tamaño muestral de la encuesta es de 8.504 entrevistas (7.341 adultos y 1.163 menores de 16 años). El criterio básico de estratificación ha sido el distrito municipal.

Resultados: El 21% de la población de Madrid valora su salud como *Regular-Mala*. La probabilidad de tener una salud percibida regular o mala es 1,4 veces superior en la mujer. La calidad de vida de las mujeres es significativamente inferior a la de los hombres en todas las dimensiones estudiadas. En los niños se observa una mejor calidad de vida en los de edades entre 8 y 11 años que en los de entre 12 a 15. El 47,4% de los madrileños padece alguna morbilidad crónica. Esta es significativamente más frecuente en la mujer. El 19,2% de la población entre 16 y 65 años presenta riesgo de sufrir algún trastorno mental. En los últimos 12 meses, un 5,9% de los encuestados ha sufrido algún accidente que ha requerido asistencia. El 26,4% de los madrileños ha requerido asistencia médica en las dos últimas semanas. La prevalencia de hospitalización en el último año es del 8%. El 17% de los madrileños acudió a un servicio de urgencias durante el último año, siendo la proporción más elevada durante la infancia (25%). Los servicios de salud mental han sido utilizados por un 9% de los adultos madrileños. Hábitos y estilos de vida: El 34% de los adultos tiene sobrepeso y un 11% obesidad, en los niños estas cifras son 22% y 7%, respectivamente. La prevalencia de sobrepeso y de obesidad es menor en la mujer en todos los estratos de edad. Respecto a los hábitos alimentarios hay un bajo consumo de legumbres, fruta y verdura en todas las edades especialmente en los varones. Un 44% de los jóvenes de Madrid son sedentarios. El 18,3% de los niños de la ciudad de Madrid ve la televisión durante al menos dos horas al día. El 45% de los menores de 16 años juega con videojuegos y/o ordenador a diario.

Conclusiones: De los datos de la Encuesta se deduce la necesidad de planificar actividades que tiendan a potenciar estilos de vida saludables.

PÓSTER CON DEFENSA

Jueves, 5 de octubre de 2006
11:30 a 13:30

Salud reproductiva y Salud en colectivos específicos

*Modera: Miguel Delgado Rodríguez
Universidad de Jaén*

SALUD AUTOPERCIBIDA EN POBLACIÓN INMIGRANTE RESIDENTE EN MADRID, CON UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

P. Serrano-Gallardo, A. Otero, M. Díaz-Olalla, M. Esteban-Peña y M.T. Pérez-Alvarez

Escuela de Enfermería Puerta de Hierro/UAM. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UAM. Instituto de Salud Pública, Salud Madrid, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Determinar la salud autopercebida en la población inmigrante económica residente en Madrid y los factores sociodemográficos relacionados, desde una perspectiva de género. Determinar en qué medida existe un paralelismo con respecto a la población autóctona.

Métodos: Estudio descriptivo transversal basado en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005 (ESCM '05). Fueron elegidos 8550 sujetos mediante muestreo aleatorio estratificado (por distritos municipales y por edad y sexo) (precisión del 1%, seguridad del 95%). La situación de "persona inmigrante económica" (IE) se determinó a través del país de origen. La variable Salud Autopercebida (variable dependiente), se midió a través de la pregunta En general, ¿cómo calificaría su estado de salud en la actualidad? (las 5 opciones de respuesta -de excelente a malo- se recodificaron en dos para el análisis de regresión logística). Las variables consideradas como independientes para el análisis fueron: edad, tiempo de estancia España, país de procedencia, zona en la que habita (distrito), la clase social, la situación laboral, el estado civil, la precariedad laboral, influencia del trabajo en la vida cotidiana, el nivel educativo, carga familiar, percepción de calidad medioambiental. Todos los análisis de realizaron de forma separada para hombres y mujeres.

Resultados: Existe una diferencia significativa en Salud Autopercebida entre hombre y mujeres, tanto en el estrato de población IE (Mala: 10,8% hombres vs 17,3% mujeres, $p = 0,009$), como en el de población autóctona e Inmigrante no Económico (InE) (Mala: 14,6% hombres vs 17,9% mujeres; $p = 0,001$). En los modelos de regresión logística, permanecen en los modelos: para mujeres IE, y se asocia a una Mala Salud Autopercebida (MSA), cuando las condiciones de trabajo influyen de forma negativa en la vida cotidiana (CiN) (OR = 2,87), mala calidad medioambiental percibida (McM) (OR = 1,88), y la edad (≥ 45 años, OR = 2,46). En hombres IE, las CiN (OR = 5,43) y McM (OR = 2,66). En lo que respecta a mujeres autóctonas e InE, se asocia con MSA cuando las CiN (OR = 2,3), tener estudios primarios (OR = 5,61), estudios secundarios (OR = 1,75), ser separada, divorciada o viuda (OR = 2,05), y ser ≥ 45 años (OR = 1,69). En los hombres se asocia con MSA cuando las CiN (OR = 2,3), la McM (OR = 1,8), la edad ≥ 45 (OR = 2,7), tener estudios primarios (OR = 2,08) y estudios secundarios (OR = 1,58).

Conclusiones: Existen diferencias de género en la Salud Autopercebida tanto en la población IE como en la autóctona e InE; siendo en ambos casos peor en las mujeres. Los factores que pueden estar determinando la peor Salud Percibida son diferentes en hombres y mujeres, pero especialmente existen diferencias entre población IE y población autóctona y InE (en esta última tiene influencia el nivel de estudios, y el estado civil en mujeres).

NACIDOS DE PARTO CON ANTECEDENTE DE EMBARAZO MAL CONTROLADO

R. López-Márquez, R. Perea-Rafael, Á. Cuerva-Carvajal, A. Morillo-García, Luis Ramos-Araujo y E. Vigil-Martín

S^o Medicina Preventiva y Salud Pública. S^o Documentación Clínica. HH.UU. Virgen del Rocío.

Antecedentes/objetivos: En base al análisis previo de los partos con antecedente de embarazo mal controlado (código V23.7 de la CIE) nos planteamos continuar con el estudio para ver si esta circunstancia tenía alguna repercusión sobre los nacidos. Los objetivos: describir las incidencias en la historia clínica de los 158 nacidos de parto con antecedente de embarazo mal controlado en el período 2000-2004 y, para aquellos niños que fueron ingresados en período neonatal, describir los diagnósticos que hacen referencia a anomalías congénitas y enfermedades del período perinatal. En estos casos, analizar si existe relación entre el antecedente de embarazo mal controlado y algunos de los diagnósticos presentados.

Métodos: Diseño transversal. El objeto de estudio: los nacidos entre 01/01/00 y 31/12/04 de embarazo mal controlado. Las fuentes de datos: CMBD y los sistemas de información del hospital. Las variables: existencia de historia clínica en Hospital Infantil (HI), ingreso en urgencias del HI en 5 ó más ocasiones desde su nacimiento, ingreso en Neonatología y códigos de diagnóstico CIE-9 MC correspondientes al ingreso en Neonatología. Análisis: frecuencias en descriptivo y chi-cuadrado para relacionar.

Resultados: Durante el período de estudio se produjeron 38753 partos, 158 con antecedente de embarazo mal controlado. De los 158 nacidos con este antecedente, un 72,2% tenía historia en el HI, un 32,5% consultó a urgencias del HI en 5 o más ocasiones desde nacimiento, un 22,2% fue llevado a urgencias en el primer mes de vida y 26 (16,5%) fueron ingresados en Neonatología. Al comparar a estos 26 neonatos con el resto de los niños que fueron ingresados en Neonatología en el período de estudio (2151 ingresos en total) se vio que su riesgo de ingreso fue 3,38 veces superior (IC95% 2,16- 5,25). Estos niños presentaban una proporción mayor de ingresos relacionados con infecciones maternas (OR = 4,69, IC 95% 1,99-10,93), trastornos relacionados con gestación acortada y bajo peso (OR = 6,64, IC 95% 2,33-18,01), síndrome de abstinencia (OR = 25,89, IC95% 6,65-92,89) y contacto/exposición a enfermedades infecciosas (OR = 25,51, IC95% 8,36-74,84).

Conclusiones: Al analizar estos resultados con los del estudio de "partos V23.7", el antecedente de embarazo mal controlado, parece tener más repercusión en el recién nacido que en su madre. Nos planteamos si la mayor proporción de ingresos se explica sólo por su patología, ó también influyen las circunstancias que se asocian al antecedente de embarazo mal controlado: hábitos de vida, juventud, adicción a drogas o residencia.

SUPLEMENTOS DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO EN EL EMBARAZO Y BAJO PESO AL NACIMIENTO. UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

S. Palma, D. Prieto, M. Mariscal, J. Llorca, M. Sillero y M. Delgado
Áreas de Salud Pública de las Universidades de Jaén y Cantabria.

Antecedentes/objetivos: Hay dudas en los países desarrollados sobre la administración rutinaria de hierro a las mujeres no anémicas embarazadas. La evitación de la anemia ulterior puede llevar aparejada una serie de efectos indeseables (preeclampsia, diabetes gestacional) por el exceso de aporte de hierro. Solo hay 2 ensayos clínicos (en 2003 y 2006) con escaso tamaño de muestra que no tienen potencia estadística para comprobar si el aporte de hierro tiene influencia sobre el riesgo de bajo peso al nacimiento (BPN) o el pequeño para la edad gestacional (PEG). Dado que hay dudas del efecto del ácido fólico sobre el peso del recién nacido, también se incluyó entre los objetivos del presente trabajo.

Métodos: Estudio de casos y controles. Los casos fueron recién nacidos de < 2500 g de embarazos individuales de madres residentes en el área de referencia del Hospital Marqués de Valdecilla en el período 1998-2002, que recibieron una atención prenatal correcta y que no padecieron anemia (hemoglobina > 11 g/l). Los controles fueron madres de niños de peso normal, con los restantes criterios de inclusión de los casos. La información sobre el consumo de los suplementos se obtuvo mediante entrevista en las 72 horas tras el parto, de la cartilla maternal y de la historia clínica. Se recogió información sobre los factores asociados al BPN. Se estimó la odds ratio (OR) univariable y multivariable, por regresión logística, y su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: La concordancia entre las dos fuentes de información de los suplementos (entrevistar y cartilla maternal) fue buena (82% para el ácido fólico y 94% para el hierro), con kappas moderados (0,7 para el fólico y 0,6 para el hierro). Las ORs con las dos fuentes de información fueron muy similares y sólo se mencionan las de la entrevista. El ácido fólico no modificó el riesgo de bajo peso, mientras que el suplemento de hierro redujo el riesgo (OR = 0,51, IC 95% = 0,33-0,80), tras ajustar por tabaquismo, educación materna, enfermedades durante el embarazo, índice de masa corporal, ganancia de peso durante el embarazo y previos BPN. Hubo una tendencia significativa negativa ($p < 0,001$) con la duración del consumo de hierro. Tras estratificar por el tipo de BPN, la tendencia fue también significativa para cualquier tipo de BPN. Un consumo de hierro durante más de 4 meses redujo el riesgo BPN a término (OR = 0,40, IC 95% = 0,20-0,81), BPN pretérmino (OR = 0,27, IC 95% = 0,15-0,49), PEG (OR = 0,43, IC 95% = 0,20-0,90) y no PEG (OR = 0,31, IC 95% = 0,18-0,53). No se incrementó el riesgo de preeclampsia y diabetes gestacional.

Conclusiones: Los suplementos de hierro reducen el riesgo de BPN en mujeres no anémicas sin incrementar sus efectos adversos.

PARTOS CON ANTECEDENTE DE EMBARAZO MAL CONTROLADO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER

R. López-Márquez, Á. Cuerva-Carvajal, R. Perea-Rafael, R. Valencia-Martín, L. Ruiz-Jiménez, C. Álvarez-Delgado y E. Vigil-Martín
S^o Medicina Preventiva y Salud Pública. S^o Documentación Clínica. HH.UU. Virgen del Rocío.

Antecedentes/objetivos: El estudio se basa en la percepción de un aumento en el número de partos con antecedente de embarazo mal controlado atendidos en el Hospital de la Mujer (HM). Para objetivarlo se propuso: determinar la frecuencia de estos partos; describir edad y lugar de residencia de las mujeres y la frecuencia de asociación de otros códigos CIE con este antecedente; analizar si existe relación entre este antecedente y el tipo de parto o alguno de los procedimientos de la atención al parto.

Métodos: Estudio transversal. Período: Enero/00-Diciembre/04. Unidad de análisis: el parto; se considera parto con antecedente de embarazo mal controlado aquel que en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) presenta el código V23.7 (CIE-9 MC). Fuentes de datos: CMBD y sistemas de información del hospital. Variables: edad, lugar de residencia y códigos CIE-9 de diagnóstico y procedimiento. Análisis: frecuencias para describir y test chi-cuadrado para relacionar variables.

Resultados: Se produjeron 38753 partos en el HM, de los que 158 presentaban el código V23.7 (4,07/10³ partos). La prevalencia de partos V23.7 disminuyó a lo largo del período de estudio. El 29,75% de estos partos se produjo en mujeres menores de 20 años y más de un 50% tiene lugar entre mujeres que residen en 5 barrios de Sevilla. Los 158 partos tuvieron como resultado un único nacido vivo. La proporción de grandes múltiparas es mayor en el grupo de partos con código V23.7 (OR = 15,64; IC95% 4,78-45,35); así como la proporción de dependencia a drogas (OR = 20,52; IC95% 8,55-46,80). Estos partos fueron normales (código 650 de la CIE "Parto en un caso totalmente normal") con mayor frecuencia (OR = 2,19; IC95% 1,48-3,23).

Conclusiones: Se codifica V23.7 si en la historia de atención al parto se hace mención a la circunstancia de que el embarazo haya estado mal controlado; el número de episodios así registrados hace pensar que esta circunstancia se recoge poco en la historia y que, quizás los recogidos sean los casos más extremos y podrían estar sobrerrepresentadas las circunstancias más adversas. La edad y la agrupación en determinados barrios lleva al plantearse una intervención en salud, pero suelen ser colectivos poco accesibles y permeables a las medidas propuestas desde los servicios sanitarios. Al no conocerse antecedentes, enfermedades intercurrentes o relacionadas con el embarazo o problemas fetales, estos partos finalmente se desarrollan sin ningún tipo de instrumentación o procedimiento adicional, por lo que son considerados "partos en un caso totalmente normal".

TABAQUISMO EN EMBARAZADAS EN CANTABRIA: TENDENCIAS Y DETERMINANTES DE SU CESE

S. Palma, R. Pérez Iglesias, R. Pardo Crespo, J. Llorca, M. Mariscal y M. Delgado
Áreas de Salud Pública de las Universidades de Jaén y Cantabria.

Antecedentes/objetivos: Cantabria es una de las regiones con la mayor frecuencia de tabaquismo en toda la Unión Europea. Esto sugiere que la frecuencia de tabaquismo en embarazadas es muy elevada. Los objetivos de este trabajo son valorar la evaluación del tabaquismo en el embarazo a lo largo de un período de 5 años, así como los factores asociados a su cese durante el embarazo.

Métodos: Se extrajo una muestra aleatoria de la sexta parte de todas las mujeres que dieron a luz en el Hospital Marqués de Valdecilla (Santander) durante el período 1998-2002, un total de 1559. La información sobre tabaquismo, antecedentes, características sociodemográficas, del embarazo, etc., se obtuvo mediante entrevista personal y consulta con la cartilla maternal. En el análisis se estimaron odds ratios (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. El análisis multivariable se realizó mediante regresión logística escalonada, para seleccionar los factores independientes que se asociaron al cese del tabaquismo durante el embarazo.

Resultados: El tabaquismo previo al embarazo descendió del 52,6% en 1998 al 39,6% en el 2002; las cifras de tabaquismo durante el embarazo fueron 32,6% y 31,5%, respectivamente. El cese del tabaquismo durante el embarazo disminuyó del 20% en 1998 a 8,1% en 2002. El número medio de cigarrillos al día antes del embarazo permaneció constante alrededor de 16, mientras que se observó una ligera tendencia a aumentar el número medio de cigarrillos consumidos al día durante el embarazo, de 7 a 9. En el análisis univariable dos factores favorecieron significativamente el cese del hábito, aunque no fueron incluidas finalmente en el modelo escalonado logístico final: una educación elevada y estar casada. El modelo logístico seleccionó cinco factores significativos (que también lo fueron en el análisis univariable): la intensidad del tabaquismo, el número de embarazos previos, la situación de fumador del compañero, el año del período de estudio (estos cuatro factores favoreciendo la continuidad del hábito), y una atención prenatal correcta, que se asoció a una mayor frecuencia de cese del tabaquismo.

Conclusiones: La frecuencia del consumo del tabaco en la mujer embarazada de Cantabria es muy alta. El cese del hábito durante el embarazo ha ido descendiendo con el tiempo. Esto implica que los programas de atención prenatal deben poner un mayor énfasis en la lucha contra el tabaquismo. Algunas variables, como el hábito de fumar del compañero, necesitan además ser tratados mediante programas de salud comunitarios.

VIGILANCIA DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO ESPAÑA Y CASTILLA-LA MANCHA, 1990-2004

J. Castell y G. Gutiérrez Ávila

Servicio de Epidemiología, DGSP, Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.

Antecedentes/objetivos: En este estudio se presentan los datos correspondientes a las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) realizadas en España y en Castilla-La Mancha durante el año 2004 y su evolución desde el año 1990. La información que se recoge sobre IVE pretende alcanzar los siguientes

Objetivos: 1. Caracterizar demográfica y socialmente, el colectivo de mujeres que recurren a la IVE. 2. Servir de base tanto a la planificación de los servicios asistenciales como de los programas de promoción de la salud.

Métodos: La elaboración del estudio está basada en la información que se recoge a través del cuestionario aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Las tasas para España se han calculado tomando como denominador las poblaciones estimadas en "Proyección de la Población Española calculadas a partir del Censo de 1991. Evaluación y Revisión. INE". Como denominadores de los grupos extremos, 19 y menos para el primer grupo y 40 y más para el último grupo, se han tomado el número de mujeres cuyas edades están comprendidas entre los 15 y los 19 años para el primer grupo y aquellas con edades comprendidas entre los 40 y los 44 años para el último. Para el análisis regional de Castilla-La Mancha se han utilizado las cifras oficiales de población en los años con Censo (1991 y 2001) o con Padrón (1996, 1998, 1999, 2000, 2002, 2003 y 2004). Las poblaciones correspondientes al resto de los años se han obtenido por interpolación geométrica.

Resultados: Durante 2004 se realizaron en España 84.985 IVE (8,94 por mil mujeres de 15 a 44 años) Castilla-La Mancha con una tasa de 5,79 por mil mujeres de 15 a 44 años es de las Comunidades Autónomas con tasa intermedia de IVE en el año 2004. En el período 1990-2004 se observa en España un incremento anual leve pero constante en las tasas de IVE con un aumento del 108,4% entre 1990 y 2004. En Castilla-La Mancha se observa un aumento del +101,7%, ligeramente inferior a la media nacional. En España el grupo de menores de 20 años experimenta el mayor incremento relativo (236,2%). En Castilla La Mancha el mayor incremento es también en el mismo grupo de edad; aunque en menor medida que en el conjunto de España, con un incremento del 142,7%.

Conclusiones: La IVE se ha incrementado notablemente en España y en Castilla La Mancha; aunque en menor medida, siendo el grupo de adolescentes el que experimenta el mayor incremento, lo que debe hacer revisar las políticas de control de embarazos no deseados en estos grupos de edad y posiblemente estudiar cambios en las leyes que regulan la IVE en nuestro país.

FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN CATALUÑA ENTRE 1993 Y 2004

M. Jané, Z. Tomás, B. Prats, M.J. Vidal, R. Prats, C. Cabezas y A. Plasència

Dirección General de Salud Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/objetivos: La prematuridad en el recién nacido determina una mayor probabilidad de mortalidad perinatal y se considera el primer factor de riesgo para la salud del niño. Este estudio pretende analizar las tendencias del parto prematuro en Cataluña entre 1993 y 2004 y conocer los posibles factores asociados a la prematuridad.

Métodos: Estudio de base poblacional. La fuente de información es el Registro de nacimientos de Cataluña que se nutre de registros de recién nacidos obtenidos mediante el Programa de Detección Precoz de Metabopatías Congénitas. Las variables analizadas son *año, sexo, edad madre, semana gestacional, tipo de parto, tipo de hospital según público o privado*. Para los años 2003 y 2004 se incorporan dos nuevas variables, *nacionalidad madre y multiplicidad*. Tras efectuar un análisis bivariado, se realiza una regresión logística calculándose los Odds Ratio (OR) ajustados y los intervalos de confianza del 95% (IC) para valorar la magnitud y la precisión de la asociación entre nacer prematuramente y cada una de las variables controlando por los demás factores.

Resultados: Entre 1993 y 2004 se estudia una muestra de 738 560 nacimientos, un 7,0% de los cuales nace antes de la semana 37. El incremento relativo de la prematuridad para el periodo de estudio ha sido de un 43,6%. El análisis bivariado muestra una asociación significativa de la prematuridad con las variables *año, sexo, tipo de parto, edad madre, tipo de hospital, nacionalidad materna y multiplicidad*. La regresión logística pone de manifiesto un incremento anual significativo de la prematuridad y una asociación significativa entre nacer prematuramente y ser varón (OR = 1,1; IC95%: 1,1-1,2), nacer mediante cesárea (OR = 2,3; IC95%: 2,2-2,4), edad materna entre 20 y 34 años (OR = 0,7; IC95%: 0,6-0,7), nacer en una maternidad del sistema sanitario público (OR = 1,5; IC95%: 1,4-1,6) y tener un parto múltiple (OR = 15,1; IC95%: 14,1-16,1).

Conclusiones: Existe un incremento significativo del número de partos prematuros para el periodo de estudio. Los factores mayoritariamente asociados al parto pretérmino han sido la multiplicidad y nacer mediante cesárea. Es necesario incluir otras variables en el registro para poder valorar mejor los factores relacionados con el parto pretérmino.

El presente trabajo ha contado con la financiación del ISCIII (RCESP C03/09)

LA SALUD BUCODENTAL DE LOS ESCOLARES DE GALICIA EN EL AÑO 2005.M.I. Santiago Pérez¹, B. Alonso de la Iglesia¹, J. Liñares¹ y E. Smyth²¹Dirección Xeral de Saúde Pública (DXSP). Xunta de Galicia. ²Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública. Universidade de Santiago de Compostela.

Antecedentes/objetivos: En Galicia, siguiendo las recomendaciones de la OMS, se realizan encuestas de salud bucodental cada 5 años, desde 1995, en escolares de 6 y 12 años. En el año 2000, la prevalencia de caries era 42,8% a los 6 años, con índices co y CAO de 1,39 y 1,49 respectivamente; a los 12 años tenían caries el 61,1% de los niños con un CAO de 1,55 y un CAO de 1,86. El objetivo de este trabajo es conocer la situación de la salud oral de los escolares gallegos en el año 2005 y valorar el cambio que se produjo en los últimos 5 años.

Métodos: En el año 2005 se realizó un estudio transversal con muestreo bietápico, estratificado por provincia y hábitat (rural-urbano). Se seleccionaron 74 centros escolares en los que se estudiaron 1.242 niños de 6 años y 1.327 de 12 años. La exploración dental fue realizada por 4 equipos (odontólogo y auxiliar) previamente formados y calibrados. Se utilizó la ficha de la OMS modificada para el examen dental. Los estimadores (medias y proporciones) se ajustaron al diseño muestral y se presentan con intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados: La exploración externa reveló una patología en menos del 1% de los niños, tanto de 6 como de 12 años, y en la exploración oral el porcentaje de patologías fue del 9,7% (6,7-12,7) y del 6,8% (4,5-9,1), respectivamente. Más del 92% de los niños, en ambas edades, no presentaron problemas de fluorosis o tinciones. A los 6 años la oclusión fue normal en el 83,6% de los casos (79,3-87,9) y el 98,8% (98,1-99,5) no tenían signos de ATM; a los 12 años estos porcentajes fueron del 63,1% (58,6-67,6) y del 97,4% (96,3-98,6), respectivamente. En cuanto al grado de higiene dental, el porcentaje de niños con todos los sectores libres de placa fue del 22,7% (16,0-29,4) a los 6 años y del 23,2% (18,4-27,9) a los 12 años. Se revisaron una media de 21 piezas en los niños de 6 años y de 26 en los de 12; los indicadores del estado dental fueron:

	6 años		12 años	
	Valor	IC(95%)	Valor	IC(95%)
Prevalencia de caries (%)	28,6	(25,0-32,2)	52,7	(49,4-55,6)
Índice CAO	-	-	0,99	(0,89-1,08)
Índice co	1,00	(0,86-1,14)	-	-
Índice CAOco	1,02	(0,88-1,16)	1,43	(1,32-1,54)
Índice de restauración (%)	19,4	(14,9-24,0)	56,3	(50,4-62,2)

Conclusiones: Se observa una mejora de los indicadores de salud bucodental con respecto a los estudios previos, que siguen la tendencia de otras comunidades autónomas. La detención definitiva recibe mayor atención que la temporal, pero las medidas preventivas como la higiene oral están por debajo de los valores deseables.

LESIONES TRAUMÁTICAS EN LA POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL DE BALEARES

E. Cabeza*, G. Artigues*, M. Mir** y A. Pallicer*

**DGSP. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears. **Dirección Asistencial. Ib-salut.*

Antecedentes/objetivos: Las lesiones traumáticas son la principal causa de muerte de la población infanto-juvenil en los países industrializados y llevan asociadas importantes secuelas físicas y emocionales. La mayoría de estas lesiones pueden ser prevenidas. El objetivo de este estudio es describir la morbilidad de niños y jóvenes ingresados por traumatismos en los hospitales públicos de Baleares en el 2004.

Métodos: Se seleccionaron, a partir del CMDB, los episodios de ingreso de pacientes menores de 18 años, en cuyo informe al alta constase un código de lesión (CIE-9 MC 800-959) en su diagnóstico principal. Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas, el tipo de accidente sufrido, el tipo de lesión y la región anatómica afectada. Se calculó la gravedad de las lesiones según el Injury Severity Score (ISS) con el programa informático ICDMAP-90. Se describen las variables de atención sanitaria como el tiempo de estancia hospitalaria, servicio de hospitalización y destino al alta.

Resultados: Durante el 2004 hubo 754 ingresos urgentes por lesión (69% hombres y 31% mujeres) con una edad media más elevada en varones (9,8 ± 5,4) que en mujeres (7,5 ± 5,2). La causa que provocó más ingresos fue la caída accidental (41,4%) mas frecuente en edades jóvenes, seguido del accidente de transporte (26,1%) sobretodo en mayores de 14 años (52%). Las lesiones más frecuentes fueron fracturas (56,7% en varones y 46,8% en mujeres), seguidas de las lesiones internas (18,6% vs 24,1% respectivamente). La región anatómica más afectada fueron las EESS (34,6% en varones y 22,4% en mujeres), seguidas de las lesiones traumáticas cerebrales (LTC) (21,3% y 32,9% respectivamente). El 22% padeció lesiones leves (ISS 1-3); el 56% moderadas (ISS 4-8), el 13% lesiones graves (ISS 9-24) y el 1,7% muy graves (ISS > 24) la mayoría de ellas, LTC y de torso. El 7,6% de las lesiones fueron lesiones inespecíficas por lo que no se pudo calcular la gravedad. La estancia media fue de 3,7 días (D.E. 5,2). El 53,6% de los ingresados fueron dados de alta por el servicio de traumatología. El destino al alta fue en su mayoría domiciliaria (96,6%). La mortalidad durante la estancia hospitalaria fue muy baja (0,5%).

Conclusiones: Las lesiones traumáticas son más frecuentes en varones. Existe un patrón diferente según el sexo y el grupo de edad. Las lesiones fueron provocadas por caídas y accidentes de transporte. El tipo de lesión más frecuente fueron las fracturas, fundamentalmente en EESS. La mayoría de las lesiones fueron moderadas y la mortalidad muy baja.

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS DE BARCELONA

M. Guxens, C. Vecino, C. García, F. Gallardo, J. Gala, J.M. Jansà y M.T. Brugal

Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Agència de Salut Pública de Barcelona; UD de Medicina Preventiva i Salut Pública IMAS-UPF-ASPB

Antecedentes/objetivos: El objetivo de los centros de reducción de daños es reducir los riesgos asociados al consumo de drogas, tanto los daños a nivel del estado de salud (transmisión del VIH, de las hepatitis B i C), como realizar intervenciones de carácter social y psicológico. El objetivo de este estudio es analizar las características diferenciales entre usuarios españoles y extranjeros de los centros de reducción de daños de Barcelona.

Métodos: Estudio transversal llevado a cabo entre enero y febrero del 2006 en el que se incluyeron 1345 usuarios de 5 de los 7 centros de reducción de daños de Barcelona. Todos los centros tienen un espacio de "calor-café" y un programa de intercambio de jeringas, y cuatro de ellos tienen un espacio de venopunción asistida. Se recogieron variables sociodemográficas, sanitarias básicas y de consumo de drogas. Se realizaron análisis descriptivos y se testaron las diferencias mediante el *ji*-cuadrado.

Resultados: El 96,3% de todos los usuarios utilizaron únicamente un centro. El 82,9% eran hombres y el 45,4% tenían entre 30 y 39 años. El 53,1% eran españoles, el 16,3% procedían de países de Europa Comunitaria, el 14,1% de África del Norte y Oriente Medio y el 12,1% de Europa central y del Este. Del total de usuarios, el 74,6% consumían heroína o cocaína por vía inyectada y el 25,2% por vía pulmonar. Entre los extranjeros, el 68,3% no tenía los requisitos administrativos en regla, el 73,7% no estaban empadronados y el 35,9% no tenían cobertura sanitaria. Al comparar españoles y extranjeros, había un mayor porcentaje de hombres y de usuarios de entre 15 y 29 años en los extranjeros ($p < 0,001$), así como de extranjeros sin cobertura sanitaria (65,1% vs 6,6%; $p < 0,001$). El porcentaje de españoles que vivían en viviendas era superior al de los extranjeros (53,9% vs 36,0%) a diferencia del porcentaje de "sin techo" (21,1% vs 41,6%) ($p < 0,001$). Los extranjeros residían mayoritariamente en la zona más deprimida de la ciudad ($p < 0,001$) y tenían un mayor consumo de heroína por vía pulmonar. En cambio, el mayor consumo de los españoles era tanto de heroína como de cocaína por vía inyectada ($p < 0,05$). Los españoles habían sido inyectores y habían estado en tratamiento alguna vez con mayor frecuencia que los extranjeros ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los usuarios extranjeros presentan unas necesidades diferenciales a los españoles, destacado la mayor precariedad en la vivienda y una menor cobertura sanitaria. Los resultados ponen de manifiesto la necesidad de un espacio de consumo por vía pulmonar en algún centro, sobretodo para los extranjeros.

Financiación: FIPSE 3035/99 A y redes de investigación cooperativa RECESP C03/09 y RTA G03/05

ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

J.A. Mirón Canelo*, M. Alonso Sardón* y A. Serrano López de las Hazas**

**Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Salamanca. **Médico de Familia. Servicio Andaluz de Salud (SAS).*

Antecedentes: Las personas con discapacidad intelectual constituyen un grupo poblacional insuficientemente estudiado desde el punto de vista del binomio Salud-enfermedad. Se necesita conocer su situación para tomar decisiones en relación a la Salud. Su Calidad de Vida relacionada con la Salud depende de variables como los estilos de vida.

El **objetivo** del estudio es conocer los estilos de vida relacionados con la Salud de las personas adultas con discapacidad intelectual (PADI).

Métodos: Se realiza un estudio transversal a través de un cuestionario de 65 preguntas sobre variables sociodemográficas, estilos de vida, morbilidad aguda y crónica y calidad de vida relacionada con la Salud. Se realizan un total de 265 encuestas por entrevista personal a las personas con discapacidad y sus familias de la provincia de Salamanca.

Resultados: El total de personas estudiadas fue de 265, 185 hombres (69,8%) y 80 mujeres (30,2%) con una edad media de 35 años. El 84% (IC95%, 84 ± 4) de los padres y el 88% (IC95%, 88 ± 4) de las madres *no tienen estudios o estudios primarios* y sólo el 8% (IC95%, 8 ± 3) y el 4% (IC95%, 4 ± 2) tienen *estudios universitarios*. El 22% de las PADI fuma, de ellos, un 14,7% (IC95%, 14,7 ± 4) afirma fumar todos los días y el 7,2% (IC95%, 7,2 ± 3) fuma sólo en ocasiones, siendo el consumo medio de 18,5 cigarrillos/día. El 73,6% (IC95%, 73,6 ± 5) refiere no haber fumado nunca. El 69% (IC95%, 69 ± 5) no ha consumido nunca bebidas alcohólicas, en general, el consumo es ocasional. La actividad de ocio y tiempo libre es la siguiente: casi inactivo, 107, 40,4% (IC95%, 40,4 ± 6), actividad ocasional, 109, 41,1% (IC95%, 41,1 ± 6), actividad regular 43, 16,2% (IC95%, 16,2 ± 4), y entrenamiento físico 6 (2%). El 45% de los discapacitados entrevistados presentan normopeso (18,5-24,9 del IMC), un 33,2% (IC95%, 25 ± 5) sobrepeso y el 17% obesidad (30-40 de IMC).

Conclusiones: El consumo de tabaco y alcohol no suponen un riesgo para la Salud de las PADI, en cambio, la falta de ejercicio, el sobrepeso y la obesidad constituyen factores de riesgo que pueden condicionar su Salud y su Calidad de Vida relacionada con la Salud.

Financiación: Proyecto de investigación << Morbilidad crónica asociada a personas con discapacidad >> (Junta de Castilla y León)