

XXXII REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y IX CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE EPIDEMIOLOGIA

Primum non nocere (primero no dañar)

Alicante, 3-5 de septiembre de 2014

COMUNICACIONES ORALES

Epidemiología del cáncer III (Oral 10 minutos)

Viernes, 5 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:30 h

Moderador: Vicente Martín Sánchez

477. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS, ESTADIO Y SUPERVIVENCIA DEL CCR EN CÁDIZ

F. González Monedero, E. Benítez, M.V. García-Palacios

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Puerta del Mar; Directora del Registro de Cáncer de Población de Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer colorrectal (CCR) es actualmente un problema de salud pública a nivel mundial. La supervivencia es uno de los indicadores de mayor interés para la vigilancia y el control del cáncer ya que refleja la eficacia de su prevención y tratamiento. El EUROCARE 4 estima la supervivencia a los cinco años del CCR ajustada por edad para Europa y España en el 54%, en pacientes diagnosticados entre 1995-1999. **Objetivos:** describir los factores sociodemográficos, las características anatomopatológicas de los pacientes y la supervivencia global a los 5 y 10 años del CCR.

Métodos: Estudio de una cohorte retrospectiva de pacientes diagnosticados de CCR, se incluyeron a todos los pacientes diagnosticados por primera vez y/o tratados en el periodo 1995-2007 en el H.U. Puerta del Mar, abarcando los municipios de Cádiz y San Fernando. Los datos se recogieron del Registro Hospitalario y Registro de Cáncer de población de Cádiz. La descripción de los factores sociodemográficos y las características anatomopatológicas se realizará mediante frecuencia y porcentaje en variables cualitativas y resúmenes numéricos en variables cuantitativas. La supervivencia se describe mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 1.171 pacientes con una edad media de 66,94 años (DT 11,14). La mayoría de los diagnósticos de CCR se realizaron en hombres de edades intermedias (63,1%) mientras que las mujeres eran diagnosticadas en edades más extremas (48,3%). Superioridad de pacientes con cáncer en recto (39,8%), adenocarcinoma sin especificar (80,9%). Diagnosticados en su mayoría en estadio IIA-IIB

(35%), solo en el 3,2% de los pacientes no existió intención de tratamiento, mientras el 91,4% solo recibió cirugía. Predominio de tumores bien o moderadamente diferenciado (58,5% y 32%). El 38,4% fue diagnosticado en el periodo 2005-2007. Los pacientes de nuestro estudio sobreviven una media de 5,81 años (DT 4,79 años), falleciendo a los 5 años el 48,2%. La supervivencia observada a los 5 y 10 años fue del 51,8% y 39,3%.

Conclusiones: La edad media al diagnóstico de los pacientes con CCR fue similar a la referida en la literatura (66,94 años). La mayoría eran menores de 64 años, con una distribución ligeramente superior en hombres diagnosticados en edades intermedias. A los cinco años del diagnóstico, el 48,2% de los pacientes habían fallecido siendo la media de supervivencia de 5,81 años (DT 4,79 años) La localización más frecuente fue el recto, con una histología de adenocarcinoma no especificado, bien diferenciado y local o estadio IIA-IIB. La mayoría se trataron con intención curativa realizándoles cirugía.

485. SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CÁDIZ

F. González Monedero, E. Benítez, M.V. García-Palacios

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Puerta del Mar; Directora del Registro de Cáncer de Población de Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer colorrectal (CCR) es actualmente un problema de salud pública a nivel mundial. La supervivencia es uno de los indicadores de mayor interés para la vigilancia y el control del cáncer ya que refleja la eficacia de su prevención y tratamiento. El EUROCARE 4 estima la supervivencia a los cinco años del CCR ajustada por edad para Europa y España en el 54%, en pacientes diagnosticados entre 1995-1999. **Objetivos:** describir la supervivencia global a los 5 y 10 años del CCR; Identificar los factores asociados a la supervivencia.

Métodos: Estudio de una cohorte retrospectiva de pacientes diagnosticados de CCR, incluyendo a todos los pacientes diagnosticados por primera vez de éste y/o tratados en el periodo 1995-2007 en el H.U. Puerta del Mar. Abarca los municipios de Cádiz y San Fernando. Los datos se recogieron del Registro Hospitalario y Registro de Cáncer de población de Cádiz. La supervivencia se describe mediante el método de Kaplan-Meier, y comparación de curvas por test de Log-Rank ($p < 0,05$).

Resultados: Se estudiaron 1.171 pacientes donde las mujeres sobrevivieron de forma significativa una media de 1,05 años más que los hombres, llegando vivas al final del seguimiento a los 5 años el

54,8%. La supervivencia observada a los 5 y 10 años fue del 51,8% y 39,3%. Los tumores diagnosticados en un estadio IIA-IIB presentaron una supervivencia a los 5 años del 62,6%, casi un 20% inferior a la de los diagnosticados en el estadio I. Presentar una enfermedad diseminada al diagnóstico se asoció con la peor supervivencia a los 5 y 10 años (15,6% y 11,5%). Los pacientes con tumores en colon derecho tuvieron la peor supervivencia (49,5% y 34,3%). Recibir tratamiento paliativo supondría sobrevivir una media de 7,53 años menos que con el tratamiento curativo. Tener opción a QT y/o RT adyuvante a la cirugía, se relacionó con un mejor resultado en la supervivencia (68,3% y 49,7%). La variable periodo de diagnóstico no se relacionó significativamente con la supervivencia.

Conclusiones: Las mujeres de nuestro estudio sobrevivieron un 5,3% más que los hombres a los cinco años. Ser diagnosticado en el último periodo de estudio se relacionó con un mejor pronóstico gracias a un manejo multidisciplinar de la enfermedad, con indicaciones de cirugía más establecidas y de mayor calidad. Los tumores en colon derecho tuvieron la peor supervivencia al contrario de lo descrito en la literatura. La peor supervivencia correspondió a un hombre, mayor de 75 años, con una tumoración en colon derecho, de tipo histológico indiferenciado, en estadio IV (Dukes) o diseminado, y al que se le aplica un tratamiento QT o RT paliativo.

504. DESCRIPCIÓN DE LAS EMISIONES CARCINÓGENAS DEL SECTOR QUÍMICO EN ESPAÑA Y REVISIÓN EN LA LITERATURA DE SU ASOCIACIÓN CON LA MORTALIDAD POR CÁNCER

A. Ayuso-Álvarez, M. González-Sánchez, N. Pérez-Abad, Y. Li, J. García-Pérez, M.V. Martínez de Aragón, G. López-Abente, P. Fernández-Navarro

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

Antecedentes/Objetivos: El sector químico industrial emite sustancias al medio ambiente, muchas de ellas carcinógenas, que pueden suponer un problema para la salud pública. Objetivos: identificar en la literatura científica las asociaciones entre el sector químico y la mortalidad por cáncer y caracterizar las emisiones carcinógenas del sector en España para el año 2009.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed de aquellos estudios ecológicos (ambientales y ocupacionales) que hubiesen encontrado asociaciones entre el sector químico y mortalidad por algún tumor. Para la caracterización de las emisiones carcinógenas emitidas en España se utilizaron los datos del PRTR (Registro Estatal de emisiones y fuentes de contaminación) y el IPCC (Prevención y control integrado de la contaminación). Los datos de emisión se han estratificado por medio al que se emiten, categoría industrial y CCAA.

Resultados: De los 207 artículos seleccionados, el 95% eran ocupacionales y un 5% ambientales. Las industrias petroquímicas, del caucho y del plástico se han asociado con leucemia, cáncer de hígado, de cerebro, pleura, pulmón, vejiga, páncreas y cáncer de mama. En 2009 en España, se emitieron 802.798 kg de carcinógenos, el 83% emitidas por las industrias de química de base (48% inorgánica y 35% orgánica), las sustancias emitidas fueron pm10, cloruro de vinilo, benceno y óxido de etileno (88%, 6%, 4% y 2% respectivamente). Prácticamente la totalidad se emitió al aire (97%). El 80% de estas emisiones se dieron en 5 CCAA (Galicia, Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Cantabria).

Conclusiones: Existe asociación entre emisiones del sector químico y riesgos a morir por cáncer, en España este sector emite sustancias carcinógenas al medio y su caracterización, supone un punto de partida para evaluar si estas asociaciones se están dando en España.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria FIS CP11/00112.

700. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A CÁNCER DE PRÓSTATA A TRAVÉS DE PSA Y PCA3

M. Vanaclocha, D. Salas, A. Molina-Barceló, J. Ibáñez, R. Peiró, J. Casanovas, J. Rubio, J.A. López-Guerrero, V. Villanueva

FISABIO; DGSP; CIBERESP; FIVO.

Antecedentes/Objetivos: El PSA es un marcador de riesgo de Cáncer de Próstata (CaP) que conlleva a un número elevado de falsos positivos. El marcador PCA3 combinado con PSA puede ayudar a disminuir los falsos positivos, así como, evitar que hombres se sometieran a biopsia de forma innecesaria. El objetivo de este trabajo es conocer la asociación de determinadas variables epidemiológicas con PSA y PCA3 para ver si se asemejan a las variables asociadas a CaP.

Métodos: La muestra del estudio la forman 2.366 hombres entre 40-74 años que participaron en un programa oportunista de detección precoz de CaP en la Comunitat Valenciana entre 2010-2012. Estudiamos variables epidemiológicas de tipo sociodemográfico, antropométricas, nutricionales, de actividad física y clínicas. Mediante las pruebas ji cuadrado y U de Mann Whitney comparamos cada una de estas variables con los resultados de PSA ($PSA \geq 3/PSA < 3$) y con los resultados de la combinación de PSA y PCA3 ($PSA \geq 3$ y $PCA3 \geq 35/PSA < 3$). El nivel de significación considerado fue 0.05. Posteriormente ajustamos mediante regresión logística un modelo para PSA y otro para la combinación PSA y PCA3, con Odds Ratio (OR) como medida de asociación.

Resultados: Tanto el PSA como la combinación PSA y PCA3 se asocian con: edad 60-69 años (22,8%) o 70-74 años (20,0%), trabajo manual en agricultura (24,0%), dieta diabética (20,9%), poca actividad física intensa (media 0,30 h/sem) y antecedentes CaP hermano (26,0%). El PSA se asocia con: mayor índice cintura-cadera (media 0,98), bajos estudios de la pareja (13%), clase social trabajador no manual (12,5%) e ingesta de dulces y snacks no recomendada (> 3 rac/sem) (15,4%). La combinación de PSA y PCA3 se asocia con: ingesta de frutas no recomendada (< 2 rac/día) (5,3%) y diabetes (7,1%). Las variables significativas en el multivariante para PSA son: edad 60-69 años (OR 6,574) o 70-74 años (OR 5,687), dieta diabética (OR 1,714), antecedentes CaP hermano (OR 2,627), índice cintura-cadera (OR 2,360) e ingesta de dulces no recomendada (OR 1,443). Las variables significativas en el multivariante para la combinación PSA y PCA3 son: edad 60-69 años (OR 5,433) o 70-74 años (OR 5,705), antecedentes CaP hermano (OR 4,035), ingesta de frutas no recomendada (OR 2,002).

Conclusiones: Los factores asociados a la combinación PSA y PCA3 se asemejan más a los factores relacionados con CaP que los factores asociados únicamente a PSA. El PSA se ve alterado por variables que hasta ahora no han demostrado relación con CaP, como índice cintura-cadera, nivel de estudios de la pareja, clase social trabajador no manual e ingesta de dulces y snacks no recomendada.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (FIS). PI10/01206.

716. VALIDEZ DE LA RAZÓN ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD EN LA ELABORACIÓN DE ATLAS DE CÁNCER

O. Núñez, G. López Abente

Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Los atlas de mortalidad por cáncer han mostrado su utilidad en la generación de hipótesis etiológicas y como base de la elaboración de políticas de salud pública. Sin embargo, los patrones geográficos de la mortalidad pueden estar distorsionados si la estructura por edades de la población es muy diferente en las distintas áreas analizadas. El recurso utilizado para eliminar el efecto de confusión de la edad suele ser la estandarización. La razón estandarizada de mortalidad (REM) es comúnmente adoptada en los atlas por

su fácil interpretación y su precisión en áreas pequeñas. Aun así, se suele recurrir a métodos de suavización espacial, con el fin de mejorar la estabilidad de la estimación del riesgo relativo. La adecuación de la REM en la comparación del riesgo relativo de distintas poblaciones es un antiguo debate. El objetivo de esta comunicación es evaluar el impacto del sesgo que supone la utilización de REM suavizadas en el estudio del patrón geográfico.

Métodos: Se investiga el sesgo de la REM en el marco del modelo de Besag, York y Mollié. Se parte de un modelo de Poisson jerárquico donde la respuesta son las tasas de mortalidad por área y estrato de edad. Se asume que el riesgo relativo es homogéneo entre estratos de edad. El modelo incluye los grupos de edad como término de efectos fijos y las personas-año como offset. Se incluye además, componentes de heterogeneidad cuya covarianza refleja la estructura de vecindad de las áreas. El modelo basado en las REM supone una simplificación ya que el efecto de la edad se controla mediante los casos esperados incluidos como offset. Para el análisis empírico del sesgo, se han utilizado datos de mortalidad por cáncer de estómago por municipios en España y datos simulados con distintos patrones generados en la geografía española. La evaluación del sesgo, se lleva a cabo comparando el patrón espacial obtenido mediante los diferentes modelos.

Resultados: Las diferencias en el patrón obtenido a partir del modelo basado en las tasas y el basado en las REM son mínimas y en todo caso no modifican la interpretación de dicho patrón. El modelo basado en las REM ha sido capaz de reconstruir los distintos patrones simulados. Se obtiene además, que la detección de clúster de municipios da esencialmente los mismos resultados con ambos modelos.

Conclusiones: El impacto del sesgo de la REM suavizada en la interpretación del patrón geográfico de la tasa de mortalidad en España es despreciable, al menos para el cáncer de estómago, y en todo caso está compensado por la parsimonia del modelo y la consiguiente estabilidad de sus estimaciones.

Financiación: FIS PI11/00871.

769. O EFEITO DO RASTREIO NA MORTALIDADE DAS MULHERES COM CANCRO DA MAMA

J. Bastos, V. Rodrigues, B. Carrito, M.A. Silva

Registo Oncológico Regional do Centro, Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil E.P.E.; Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Antecedentes/Objetivos: O cancro da mama é o tumor mais frequente entre as mulheres portuguesas. Apesar de se verificar uma diminuição da mortalidade por esta patologia, continua a ser a principal causa de morte oncológica nas mulheres. Existe uma grande discussão quanto à eficácia dos programas de rastreio; no entanto, a sua implementação continua a ser recomendada pois a evidência aponta para um impacto na redução da mortalidade por esta causa. Em Portugal, apenas a região centro está completamente coberta por um programa de rastreio de cancro da mama, organizado e de base populacional, há mais de 10 anos. Assim, pretendemos estimar o efeito do rastreio na mortalidade das mulheres com cancro da mama nesta população.

Métodos: Seguiram-se 878 mulheres, com idades entre os 49 e os 70 anos, diagnosticadas com um cancro da mama entre 2003 e 2005, registadas no Instituto Português de Oncologia de Coimbra e na base de dados do Registo Oncológico Regional do Centro (RORCENTRO), até ao dia 31 de Dezembro de 2010. Cruzou-se a base de dados do RORCENTRO com a base de dados do Programa de Rastreio de Cancro da Mama (PRCM). As tábuas de mortalidade utilizadas foram as fornecidas pelo INE. A sobrevivência "net" (NS), e os respectivos intervalos

de confiança (IC), foram estimados utilizando o método proposto por Pohar-Perme. O excesso de mortalidade foi estimado através de um modelo linear generalizado, assumindo que o número de mortes tem uma distribuição de Poisson.

Resultados: Das 878 mulheres consideradas, 284 (32%) participaram no PRCM. As mulheres rastreadas são mais velhas que as não rastreadas (59 anos vs 57 anos, $p < 0,001$) e é mais provável que tenham um tumor in situ (18% vs 11%, $p = 0,003$). A sobrevivência "net" 5 anos após o diagnóstico é maior nas mulheres rastreadas (NS: 97,3%; IC95%: 97,3% a 99,0%) que nas não rastreadas (NS: 81,6%; IC95%: 84,9% a 87,7%). Estimou-se que as mulheres rastreadas apresentam um excesso de mortalidade, associado ao diagnóstico de um cancro da mama, 71% inferior às mulheres não rastreadas (IC95%: 0,17 a 0,50), diminuindo para 69% após o ajustamento para a idade, o ano de diagnóstico e o tipo de tumor (in situ ou invasivo) (IC95%: 0,18 a 0,53).

Conclusiones: Apesar de ser necessário estudar o efeito de outras variáveis, apesar de algum viés de antecipação/espessura que não se controlou e do reduzido tempo de seguimento, verificou-se um efeito protector do rastreio na mortalidade por cancro da mama que não deve ser negligenciado. Estes resultados suportam a importância do rastreio na compreensão da diminuição observada na mortalidade por cancro da mama em Portugal.

827. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER EN CATALUÑA

R. Font, J.A. Espinàs, L. Layos, M. Tobeña, J. Capdevila, M. Martínez, J. Alfaro, T. Bonfill, J. Albanell, et al

Pla Director d'Oncologia, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Servicio de Oncología Médica, Hospital Germans Trias i Pujol, IDIBELL; Servicio de Oncología Médica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitari Vall d'Hebron; Servicio de Oncología Médica, Institut Català d'Oncologia, IDIBELL; Servicio de Oncología Médica, Consorci Sanitari de Terrassa; Servicio de Oncología Médica, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell; Servicio de Oncología Médica, Hospital del Mar.

Antecedentes/Objetivos: Los nuevos tratamientos de administración oral del cáncer cambian la perspectiva del cumplimiento del uso de los fármacos en estos pacientes y plantean la necesidad de evaluar su adherencia. Objetivo: evaluar la adherencia de las pacientes con cáncer de recto y los factores relacionados con la misma.

Métodos: Estudio prospectivo multihospitalario. Seguimiento 2 meses. Cohorte definida mediante casos nuevos de cáncer de recto (estadio II y III con capecitabina) en radioquimio preoperatoria recogidos secuencialmente a partir de la fecha inicio del estudio en 7 centros de Cataluña. Medición de la adherencia mediante la historia clínica, cuestionario telefónico, SMAQ y farmacia hospitalaria. Se consideraran adherentes quienes cumplan entre un 80-110% del tratamiento teórico. Se utilizará el índice Kappa para comparar las medidas de adherencia y la regresión logística para evaluar los factores asociados a la misma.

Resultados: Basal: se incluyeron en el estudio 114 pacientes. El 62,3% fueron hombres. La edad media al diagnóstico fue de 64,8 años (DE 10,2). El 40% fueron estadios IIIB y el 33,6 IIIC. El 95% recibieron tratamiento con cirugía. En el 76,3% de las HC constaba la presencia de algún síntoma previo a la quimioterapia oral. Hemorragia GI (26,3%), la astenia (23,7%) fueron los síntomas más frecuentes. Los resultados de adherencia se presentaron en el congreso ya que actualmente se está realizando el trabajo de campo.

Conclusiones: Los resultados de este estudio permitirán evaluar la adherencia al tratamiento oral en pacientes con cáncer.

Financiación: PI11/02011.

841. ANÁLISIS DE INTEGRACIÓN DE DATOS 'OMICS' MEDIANTE REGRESIÓN PENALIZADA: APLICACIÓN EN CÁNCER DE VEJIGA

S. Pineda, K. van Steen, F.X. Real, M. Kogevinas, N. Malats

Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO); Universidad de Liege (ULg); Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL), Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM).

Antecedentes/Objetivos: La combinación de diferentes datos 'omics' está generando un creciente interés ya que puede desvelar nuevos mecanismos que expliquen enfermedades complejas. La forma más simple de integrar este tipo de datos está basada, principalmente, en la combinación de dos tipos de datos (por ejemplo, GWAS y datos de expresión génica como en los análisis de eQTLs). La disponibilidad de contar con más de dos conjuntos de datos medidos en el mismo conjunto de individuos es rara. Por tanto, cuando esto ocurre, nos encontramos con problemas estadísticos y computacionales que necesitaremos resolver para asegurarnos un poder estadístico óptimo y unas relaciones biológicas relevantes. En este trabajo, aplicamos dos métodos de selección de variables, LASSO y Elastic Net para la integración de múltiples datos 'omics' en individuos con cáncer de vejiga.

Métodos: Mostramos la utilidad y validez de estos métodos en un conjunto de datos simulados y en un subconjunto de datos reales procedentes del estudio piloto SBC/EPICURO (72 casos de cáncer de vejiga incluidos en 2 hospitales en España entre 1997 y 1998) de los que se disponen de datos de expresión génica, de metilación del ADN (CpGs) y del genoma completo (SNPs) determinados en muestras tumorales. Para evaluar la significación y la bondad de ajuste de los modelos proporcionados por LASSO y Elastic Net hemos adoptado un test de permutaciones utilizando los conceptos de devianza y error cuadrático medio (MSE, en sus siglas en inglés).

Resultados: Ambos métodos permiten la integración de múltiples conjuntos de datos "omics" aunque proporcionan resultados ligeramente diferentes, probablemente debido a las estructuras de correlación de los datos de CpGs y SNPs. En el conjunto de datos simulados no encontramos ninguna asociación, como era de esperar, mientras que en el conjunto de datos reales encontramos varias asociaciones que podrían ser señales reales.

Conclusiones: Integrando los tres conjuntos de datos, enriquecemos al estudio con información no proporcionada anteriormente en una análisis con solo dos conjuntos de datos. La integración de datos 'omics' puede desvelar nueva información sobre enfermedades complejas no detectada anteriormente para ello se deben utilizar métodos avanzados debido a las estructuras complejas de correlación que los datos presentan entre sí.

846. CARGA DE ENFERMEDAD (CÁNCER) LIGADA A VPH EN ASTURIAS

M. Argüelles Suárez, M. Margolles Martins, P. Margolles García

Consejería de Sanidad; UNED.

Antecedentes/Objetivos: La infección por virus de papiloma humano (VPH) está ligada a casi la totalidad de los cánceres de cuello uterino. A su vez, está relacionada con la presencia de otros múltiples cánceres. Esta probada la efectividad de la vacuna contra el VPH respecto a la reducción de la incidencia de estos cánceres. Es necesaria una monitorización y vigilancia de la incidencia de ellos para evaluar los resultados de las políticas de vacunación actuales. En este estudio se pretende conocer la carga de cánceres ligados a la Infección por VPH en una CA de España a partir de los datos del Registro poblacional establecido en ella desde 1982.

Métodos: Estudio descriptivo de la incidencia y la mortalidad por cánceres ligados a infección por VPH a partir de la metodología usada por los CDC (Cancer2. 008;113(10 suppl):2841-5). Los datos proceden del Registro de Tumores de Asturias, donde se recogen los casos de tumores desde 1982, hasta 2010 inclusive. Los casos seleccionados son cérvix, ano, vagina, vulva, pene, cavidad oral y orofaringe. Se usan las fracción atribuibles de riesgo para cada uno (100%, 90, 40, 40, 25 y 35, respectivamente). Se realiza análisis por sexo, edad y año de diagnóstico, así como distribución geográfica mediante análisis con el programa SPSS v15. Para el análisis de la evolución se usa el programa de regresión Joint-Point. Para analizar la mortalidad la última fecha de cruce es el 31.12.2010.

Resultados: Se detectan en el período de estudio (1982-2010, 29 años) un total de 6.895 casos de estos cánceres de los que pueden ser imputables a infección VPH un total de 3.4210 ((tasa del período de 289,4 casos/100.000h, tasa media anual de 9,9). De estos, 2.272 suceden en mujeres (tasa del período de 454,4 casos/100.000h, tasa media anual de 15,7) y 1.149 a hombres (tasa del período de 197,5 casos/100.000h, tasa media anual de 6,8). Se observa un descenso gradual de los casos de cáncer de cérvix pero un aumento del resto, en especial, de vagina, de pene, de vulva. El cáncer de ano tiene períodos de resurgimiento, en los últimos años se ha incrementado. Un 34% de los pacientes ha fallecido (un 53% en cérvix). La mayoría de estos cánceres aparecen en edades medias de la vida, entre los 40-65 años de edad, salvo en cánceres de vagina y vulva que aparecen especialmente a los 70 y más años.

Conclusiones: La carga de enfermedad ligada a infección a VPH, en especial el cáncer, es muy importante en Asturias. En los últimos años varios miles de personas han fallecido por esta enfermedad. Los autores consideran que se debe integrar este tipo de análisis en la evaluación de las estrategias ante esta enfermedad así como para la evaluación del impacto de las intervenciones realizadas, tanto en forma de cribados poblacionales como vacunaciones.

851. SUPERVIVENCIA EN CÁNCER LIGADO A VPH EN ASTURIAS

M. Margolles Martins, M. Argüelles Suárez, P. Margolles García

Consejería de Sanidad; UNED.

Antecedentes/Objetivos: La infección por virus de papiloma humano está ligada a diversos cánceres, el más frecuente de cuello uterino. Está probada la efectividad de varios tipos de prevención respecto a la reducción de la incidencia de estos cánceres. Es necesaria una monitorización y vigilancia de la incidencia de ellos para evaluar los resultados de las políticas de vacunación actuales para reducir la incidencia y aumentar la supervivencia. En este estudio se pretende conocer la supervivencia de cánceres ligados a la Infección por VPH en una CA de España a partir de los datos del Registro poblacional establecido en ella desde 1982.

Métodos: Estudio descriptivo de cálculo de la supervivencia en cánceres ligados a infección por VPH a partir de la metodología usada por los CDC. Los datos proceden del Registro de Tumores de Asturias, desde 1982, hasta 2010 inclusive. Los casos seleccionados son cérvix, ano, vagina, vulva, pene, cavidad oral y orofaringe. Se realiza un análisis de supervivencia por sexo, edad y año de diagnóstico, mediante análisis Kaplan-Meier y test de log-rank con el programa SPSS v15. Todos los casos se han cruzado con el Registro de Mortalidad de Asturias con censura de datos al 31.12.2010.

Resultados: Se detectan en el período de estudio (1982-2010, 29 años) un total de 6.895 casos de los que pueden ser imputables a infección VPH un total de 3.4210. De estos, 2.272 suceden en mujeres y 1.149 a hombres. La función de supervivencia global de estos cánceres es pequeña (0,42 a los 5 años y 0,33 a los 10 años del diagnós-

tico). Existe una gran diferencia en la supervivencia entre hombres y mujeres (0,31 a los 5 años y 0,22 a los 10 años en hombres por 0,58 a los 5 años y 0,49 a los 10 años) (log-rank: $\chi^2 = 414$, $g1 = 1$, $p < 0,0000$). El cáncer con mejor supervivencia es el más frecuente, el cáncer de cérvix (60% a 5 años y 56% a 10 años). Los cánceres de ano y vulva tienen supervivencia similares (42-45% y 35% a 5 y 10 años). Los de vagina bajan a 37% y 22% y los de peor pronóstico son los de orofaringe con 25% y 17%. Por desgracia, no se observan cambios de la función de supervivencia en función del año (década) de diagnóstico (log-rank para cérvix con $p = 0,36$). Esto mismo sucede para todo tipo de tumores.

Conclusiones: La supervivencia de tumores ligada a infección a VPH en Asturias es pobre. En los últimos años a pesar de establecer varias estrategias de prevención aún no se observan cambios en la supervivencia de las personas afectadas. Por suerte, los cánceres más frecuentes son aquellos que mayor supervivencia tienen. Los autores consideran que se debe integrar este tipo de análisis en la evaluación de las estrategias ante esta enfermedad así como para la evaluación del impacto de las intervenciones realizadas, tanto en forma de cribados poblacionales como vacunaciones.

Salud laboral II (Oral 10 minutos)

Viernes, 5 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:30 h

Moderador: Mar Seguí Crespo

836. INCIDENCIA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN EN CATALUÑA SEGÚN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA Y BASADA EN LA COHORTE. MUESTRA CONTINUA DE VIDAS LABORALES

E. Zaballa, J.M. Martínez, X. Duran, F.G. Benavides

Centro de Investigación de Salud Laboral (CISAL), Universitat Pompeu Fabra (UPF); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM).

Antecedentes/Objetivos: Los estudios de incidencia de la incapacidad temporal por contingencia común (ITcc) son poco frecuentes, dada la dificultad para disponer de un denominador exacto. Sin embargo, la incidencia es imprescindible para orientar la prevención de la ITcc. Este estudio presenta la incidencia de ITcc en trabajadores residentes en Cataluña que formaron parte de la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL) durante 2012, según la actividad económica.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva (MCVL) basado en 101.639 trabajadores residentes en Cataluña que en algún momento durante 2012 estuvieron afiliados en situación de alta al Régimen General de la Seguridad Social en Cataluña. Durante el seguimiento realizado, 21.174 individuos desarrollaron un primer episodio de ITcc con un total de tiempo en riesgo total de 77.401,89 trabajadores-año. Se calculó la tasa de incidencia y su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: La incidencia de ITcc fue de 27,4 (IC95%; 27,0-27,7) por 100 trabajadores-año. Tanto actividades sanitarias y de servicios sociales, como la Administración Pública y defensa mostraron la mayor incidencia con 40,5 (IC95%; 38,9-42,0) y 39,5 (IC95%; 37,8-41,3) casos por cada 100 trabajadores-año, respectivamente. Estos resultados se redujeron considerablemente en las actividades de los hogares (per-

sonal doméstico) con una incidencia de 11,1 (IC95%; 9,5-12,8) casos de ITcc por 100 trabajadores-año. A nivel de dos y tres dígitos se observó que los trabajadores de educación preprimaria y de actividades hospitalarias presentaban mayor incidencia que el resto de actividades a este nivel.

Conclusiones: Estos resultados pueden servir para establecer valores de referencia que ayuden a las empresas a compararse y así establecer actividades preventivas que contribuyan a mejorar las condiciones de trabajo, que en numerosas ocasiones están en origen de la ITcc o coadyuvan a su inicio.

60. ANÁLISIS DE 3 AÑOS DE UN SISTEMA DE DECLARACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN UN DEPARTAMENTO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

N. Hernanz Beltrán, H.R. Martínez, E. Salcedo Muñoz, A. Hernández Jiménez

Centro de Salud Pública de Benidorm, Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La declaración de enfermedad profesional continúa baja en todo el mundo. En el año 2010 la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Valenciana implementó una herramienta informática para facilitar la comunicación de sospecha de enfermedad profesional y posibilitar el desarrollo de un mapa epidemiológico laboral. Este estudio evalúa el impacto de dicha herramienta en la declaración de enfermedades profesionales.

Métodos: Se estudiaron todas las declaraciones de sospecha de enfermedad profesional (EP) recibidas en el Departamento de salud Marina Baixa, a través de la aplicación Sistema de Información Sanitaria Epidemiológica Laboral (SISVEL) desde su inicio en 2010 hasta 2013. Se analizaron: Número y porcentaje de declaraciones por año; casos comunicados a mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS); tiempo medio de respuesta y resolución, según el origen (Primaria; Especializada), diagnóstico (traumatológico por región anatómica hombro, codo, muñeca y otros diagnósticos) y tipo de comunicación (directa o estudiada por la unidad de salud laboral [USLA]); casos no comunicados a MATEPSS (causas).

Resultados: Se declararon 248 sospechas de EP, se excluyeron 30: duplicados, errores en la comunicación, comunicados por SPRL y pendientes de resolver a la fecha del trabajo. De las 218 restantes, 111 (51,4%) se desestimaron por no cumplir los criterios de EP: legales (sin cobertura contingencia profesional) 31,5%, inconsistencia de origen laboral 26,1%, falta de criterios diagnósticos (exposición, temporalidad) 13,5%, renuncia del trabajador 13,5%, otras causas 15,3%; el 92,8% provenían de Atención Primaria y se estudiaron en la USLA. Se enviaron a MATEPSS 106 comunicaciones, 28 se catalogaron como EP (26,4%), el resto como enfermedad común. El rango de aceptación según MATEPSS osciló entre el 0% y el 60%. El tiempo de respuesta de las MATEPSS fue: mediana (P25-75) 40,5 días (19-74) y no se encontraron diferencias en cuanto al origen, tipo, diagnóstico o resolución de la declaración. En el período 2010 a 2013, el total de declaraciones aumentó de 5 a 123, las declaraciones que se comunicaron a MATEPSS oscilaron entre el 40% y el 60%, y el reconocimiento como EP por año fue del 0%, 31%, 45% y 21% respectivamente.

Conclusiones: El SISVEL es una herramienta válida que ha permitido aumentar el número de declaraciones de sospecha de EP y la derivación a las MATEPSS. Según los datos obtenidos el grado de reconocimiento de EP se mantiene dependiente del criterio de las distintas MATEPSS sin verse influenciado por el diagnóstico, el origen o el tipo de declaración.

95. ESTIMACIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD BASADA EN LA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE

M.A. López Gómez, J. Alonso, M. Espallargues, X. Durán, J.M. Martínez, F.G. Benavides

Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); IMIM-Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques; Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; Centro de Investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: La incapacidad laboral permanente (IP) supone una importante carga social y económica. El objetivo de este estudio fue estimar la carga de enfermedad, por medio de los años potenciales de vida laboral perdidos (APVLP) por grupos de diagnóstico, debida a la IP.

Métodos: A partir de la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL), una muestra iniciada en el 2004 que consta del 4% de afiliados en alta a la Seguridad Social (casi 1,1 millón de afiliados), se estableció como el diagnóstico de la IP iniciada entre 2009 y 2012, el de la incapacidad temporal (IT) en 2009 en los individuos que cumplieron con dos criterios estipulados: tiempo de duración de la IT (de más de 3 meses) y tiempo entre la finalización de la IT e inicio de la IP (de menos de 12 meses). Para los casos con IP y diagnóstico establecido se calculó la carga de enfermedad a partir de los APVLP por IP, definidos como la diferencia entre la edad de jubilación actual (65 años) y la edad de inicio de la IP.

Resultados: En la MCVL, 163.135 personas sufrieron al menos un episodio de IT en 2009, de los cuáles, a 4.738 casos se les reconoció una IP entre 2009-2012. Se pudo establecer el diagnóstico de IP en 3.073 (64,9%) casos. Las causas más frecuentes de IP fueron los trastornos musculoesqueléticos (28,4%) y mentales (13,1%), que, asimismo, son las causas que produjeron mayor cantidad de APVLP por IP: 14.818 (26,0%) y 8.607 (15,1%), respectivamente.

Conclusiones: Los trastornos mentales y los musculoesqueléticos representan una mayor carga para la salud de los trabajadores. Los APVLP por IP pueden servir para establecer prioridades sanitarias, teniendo en cuenta los costes de productividad.

Financiación: Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

106. MULTIMORBILIDAD Y BAJAS PREVIAS COMO DETERMINANTES DE LA INCIDENCIA DE INCAPACIDADES TEMPORALES POR PATOLOGÍAS

M. Ubalde-López, J. Delclós, D. Gimeno, E. Calvo-Bonacho, F.G. Benavides

CISAL-Centro de Investigación en Salud Laboral; Universitat Pompeu Fabra; CIBERESP; IMIM-Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques; The University of Texas School of Public Health; Ibermutuamur.

Antecedentes/Objetivos: Tanto los determinantes sociodemográficos como los relacionados con el trabajo han sido ampliamente estudiados como determinantes de la incapacidad temporal por enfermedad común (ITcc). Sin embargo, aquellos relacionados directamente con la salud han recibido menor atención. El estado de salud de la población trabajadora, definido por las ITcc previas y la multimorbilidad, puede ser determinante en la aparición de nuevos episodios de ITcc. El objetivo de este estudio fue estimar el efecto de la multimorbilidad y las ITcc previas en la incidencia de episodios debidos a las patologías musculoesqueléticas, mentales y cardiovasculares más frecuentes.

Métodos: Análisis de cohorte retrospectivo de 373.906 trabajadores, cubiertos por una mutua de ámbito nacional, que acudieron a un examen médico durante el año 2006. La información recogida durante el examen médico relacionada con enfermedades crónicas,

síntomas y hábitos relacionados con la salud, se utilizó para la construcción de un indicador de multimorbilidad (IMMB), clasificado en tres niveles (bajo, medio y alto) y específico para cada sexo. La información relacionada con los episodios de ITcc, en los dos años previos al examen de salud provino de los registros de ITcc del historial laboral de la mutua. Mediante la aplicación de un modelo de Cox, se estimó el efecto del IMMB y las ITcc previas en la incidencia de los episodios debidos a lumbago (CIE9 724.2) más ciática (CIE9 724.3); depresión (CIE9 296.2, 296.3, 298, 300.4, 301.1, 307.44, 309.28, 311) más ansiedad (CIE9 300.xx) y trastornos adaptativos (CIE9 309.xx) en ambos sexos; además de para patologías cardiovasculares isquémicas en hombres (CIE9 410.xx- 414.xx).

Resultados: En ambos sexos, haber tenido al menos una ITcc en los dos años previos al examen de salud se relacionó con una mayor incidencia de episodios por cualquiera de las patologías analizadas. En los hombres, cuanto mayor el IMMB mayor el riesgo de ITcc, especialmente para los episodios debidos a patologías isquémicas en aquellos con IMMB alto [HR = 5,84; IC95%: 2,35-14,53]. En las mujeres, encontramos un efecto del IMMB para los episodios debidos al grupo de patologías mentales sólo en aquellas con un IMMB bajo [HR = 1,74; IC95%:1,33-2,29)].

Conclusiones: Las ITcc previas y la multimorbilidad son determinantes en la aparición de nuevos casos de ITcc debidos a patologías específicas. El efecto de la multimorbilidad parece ser mayor en hombres que en mujeres.

Financiación: CIBERESP.

287. SILICOSIS: UNA ANTIGUA ENFERMEDAD PROFESIONAL CON NUEVOS ESCENARIOS DE EXPOSICIÓN LABORAL

M.A. Pascual del Pobol, E. Flores, R. García-Sevilla, A. Andrés

Centro de Salud Pública de Alicante; Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El riesgo de silicosis se asocia tradicionalmente a profesiones como minería subterránea, o extracción de piedra en canteras, pero recientes estudios evidencian un aumento de la prevalencia de esta enfermedad por el uso de conglomerados artificiales de cuarzo (CAC). El objetivo de esta comunicación es el estudio de los casos de neumoconiosis por sílice, declarados al Sistema de Información Sanitaria de Vigilancia Epidemiológica Laboral de la Comunidad Valenciana en los departamentos de salud de los hospitales de Alicante y San Juan, desde su implantación en 2009, para evidenciar nuevos agentes de exposición al sílice, cambio de patrón epidemiológico y condiciones de trabajo que favorezcan su aparición, y así proponer medidas preventivas adecuadas.

Métodos: Estudio descriptivo de casos declarados. Se realizó encuesta epidemiológica laboral, revisión de informes médicos y ficha de datos de seguridad de productos utilizados. Las variables estudiadas son: origen de la notificación, edad, género, puesto de trabajo, tiempo de exposición, forma de presentación, y medidas preventivas utilizadas.

Resultados: Se declaran 10 casos de neumoconiosis por sílice en varones. El 80% por el Sistema Público Sanitario. El 50% ocupaba el puesto de montador/cortador de encimeras de cocina/baños en domicilio, obra o taller, con exposición a piedra natural (mármol/granito) y a CAC de alto contenido en sílice cristalina (70-90%). La edad media de este grupo es 43.2 ± 6.7 años, el periodo de exposición a CAC es 14 ± 1.5 años y 2 de ellos presentan fibrosis masiva progresiva. Utilizaban equipo de protección ocasionalmente, la ventilación era inadecuada y las medidas de protección colectiva (aspiración de polvo o trabajos en medio húmedo), no factibles la mayoría de las veces. El resto de los casos habían trabajado en empresas de extracción de

pedra. La edad media es $61,6 \pm 12,3$ años, el tiempo de exposición $29,5 \pm 13$ años, presentan silicosis crónica simple y medidas preventivas insuficientes.

Conclusiones: La declaración de casos de neumoconiosis por sílice por parte de los Servicios de Prevención de Riesgos laborales es escasa. (20%). El puesto de trabajo de montador/cortador se evidencia como de alto riesgo de desarrollar la enfermedad, por exposición a nuevos agentes. La edad media de presentación de la enfermedad y el tiempo de exposición en este grupo es menor y el porcentaje de formas clínicas complicadas mayor. Es necesario establecer mejoras en la planificación preventiva de empresas con exposición a estos nuevos agentes: evaluaciones de riesgo correctas, vigilancia de la salud específica, formación de trabajadores..., para detectar casos no diagnosticados y prevenir la aparición de nuevos casos.

510. CONCORDANCIA DE DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS VISUALES EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE TRABAJADORES USUARIOS DE ORDENADOR

M.M. Seguí, M.J. Molina, A. Tauste, B. Lumbreras, E. Ronda

Universidad de Alicante; Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo; Universidad Miguel Hernández.

Antecedentes/Objetivos: La vigilancia de la salud de los trabajadores usuarios de ordenador incluye la realización de un examen clínico visual mediante la utilización de analizadores de visión. El objetivo de esta comunicación es analizar la concordancia en el diagnóstico obtenido por dos analizadores con la revisión visual realizada por un optometrista, y la concordancia entre ambos analizadores.

Métodos: Estudio epidemiológico trasversal ($n = 91$ trabajadores usuarios de ordenador). A cada trabajador se le efectuó tres revisiones visuales: una realizada por un optometrista (gold standard) y las otras dos realizadas por una enfermera del trabajo, correspondientes a los analizadores OPTEC 6500 y VISIOTEST. Las pruebas realizadas fueron: agudeza visual (AV) monocular y binocular de lejos con la mejor compensación, y foria horizontal de lejos y de cerca (40 cm). Para estudiar la concordancia se utilizó el método de Bland y Altman.

Resultados: La medida realizada por el optometrista proporciona valores de AV monocular más altos que los obtenidos con el OPTEC 6500 y el VISIOTEST, siendo la media de las diferencias para el OD 0,10 (IC95% 0,06-0,15) y 0,12 (IC95% 0,09-0,15), respectivamente. Los límites de concordancia (media ± 2 DE) indican que los valores del OPTEC 6500 para AV del OD, están entre 0,33 por encima y 0,54 por debajo de los del optometrista. El optometrista obtiene valores de la foria horizontal de lejos más exofóricos que los medidos por los analizadores, con diferencia media de 0,87 dp (IC95% 0,31-1,42) para el OPTEC 6500 y de 1,22 dp (IC95% 0,76-1,67) para el VISIOTEST; lo mismo sucede para este último también en visión próxima. Los límites de concordancia para el VISIOTEST en visión de lejos sitúan los valores de la foria entre 3,10 dp más endofóricos y 5,54 dp más exofóricos que los medidos por el optometrista, mientras que en visión de cerca estos valores aumentan, entre 8,02 dp más endofóricos y 10,71 dp más exofóricos. También se observan diferencias entre los dos analizadores para la AV binocular y la foria horizontal de cerca.

Conclusiones: Ambos analizadores pueden detectar una AV por debajo de la normalidad, cuando realmente el trabajador va bien compensado y logra una visión óptima. Algo similar sucede con las forias, detectando problemas de binocularidad inexistentes. Por ello, cuando un trabajador es declarado "con alteraciones" por estos analizadores, es necesario confirmar el diagnóstico por un especialista. Esto, unido a la falta de acuerdo en el diagnóstico efectuado por ambos aparatos, compromete la validez de su aplicación en la vigilancia de la salud de este colectivo laboral.

528. ESTUDIO DE UNA AGRUPACIÓN ESPACIAL DE CASOS DE SILICOSIS (NEUMOCONIOSIS DEBIDA A POLVOS DE SÍLICE) MEDIANTE TESTADO DE ESCANEEO ESTADÍSTICO EN CASTILLA-LA MANCHA

G. Gutiérrez Ávila, R. Ortega Galiana, I. de la Cruz Julián, M. Chico Mena, M.A. García Lacunza, A. de Lucas Veguillas, C. García Colmenero, M. Sedano Valdivieso, B. Puente Rodríguez

Servicio de Epidemiología, DG Salud Pública, Drogodependencias y Consumo de Castilla-La Mancha; Fundación Hospital de Parapléjicos para la Investigación de Toledo.

Antecedentes/Objetivos: El nodo de Castilla-La Mancha del proyecto de investigación SpainRDR desarrolló en 2013 una herramienta con software libre para la georreferenciación de eventos de salud. El análisis exploratorio de los datos de cada una de las enfermedades raras incluidas en el proyecto ha permitido agrupaciones de casos, con diferentes patrones espaciales, que podrían ser compatibles con clúster de enfermedades. La hipótesis de partida es que en determinadas comarcas, de la región, la exposición a riesgos por motivos del trabajo, determinado por la actividad económica predominante, es muy diferente encontrando áreas de gran concentración industrial con amplias extensiones dedicadas al sector primario. Bajo esta misma hipótesis se busca una relación entre los posibles riesgos potenciales asociados al lugar de residencia y la aparición de la enfermedad.

Métodos: A partir de datos de mortalidad desde el año 1991 hasta el 2012 causada por Silicosis, considerada como enfermedad rara por su baja prevalencia, se realiza un estudio de escaneo estadístico espacial para buscar agrupaciones, en distintas divisiones administrativas de Castilla-La Mancha, bajo la hipótesis nula de que la distribución espacial de eventos de enfermedad sigue una distribución de Poisson pura espacial.

Resultados: Se ha identificado un clúster de casos de silicosis en la zona Sur-Oeste de la provincia de Ciudad Real, en torno a la ciudad de Puertollano. Se usa una ventana circular de escaneo de máximo de 50 Km. La significatividad obtenida $p = 0,001$ con una relación de casos observados entre esperados de 7,71. Nos hace rechazar la hipótesis alternativa, con lo que concluimos que es una zona de concentración de casos no aleatoria según una distribución de Poisson. La región de agregación de casos afecta a una población de 91.000 habitantes.

Conclusiones: La aparición de esta agrupación de casos de silicosis en el Sur-Oeste de la provincia de Ciudad Real, hace necesaria la elaboración de mapas de riesgos y estudios más concretos, para determinar si la aparición de estas agrupaciones de casos tiene relación con la exposición a riesgos asociados al lugar de residencia y a la actividad industrial.

Financiación: Spanish Rare Diseases Registries Research Network (IRDIRC-SpainRDR-01).

657. BROTE DE QUERATOCONJUNTIVITIS ACTÍNICA PRODUCIDO POR TUBOS EMISORES DE LUZ ULTRAVIOLETA C INSTALADOS POR ERROR EN LÁMPARAS INSECTICIDAS

J.P. Alonso, J. Guimbao, F.R. Estupiñán, C. Compés, A. Aznar, M.A. Lázaro, R. Alonso

Subdirección de Salud Pública; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: Se inició la investigación epidemiológica tras la notificación de 4 casos de queratoconjuntivitis que tenían el antecedente común de haber acudido a un Club deportivo. Dos fueron etiquetados de queratoconjuntivitis actínica (QC-A), una inflamación del ojo producida por la exposición a la luz ultravioleta, sobre todo de los tipos B y C (UV-B y UV-C). El objetivo fue encontrar el origen del brote y describir las medidas de prevención y control adoptadas.

Métodos: Se realizó búsqueda bibliográfica de las causas más frecuentes de QC-A. A partir del día siguiente a la notificación se puso en marcha en los centros sanitarios de la ciudad un sistema de vigilancia activa de nuevos casos de QC (no necesariamente actínica) con antecedentes de haber acudido al Club. Se visitó el Club para revisar las posibles fuentes de exposición a luz UV y conocer las instalaciones. Se confeccionó una encuesta epidemiológica en la que se recogía el detalle de lugares visitados en el Club y tiempo de permanencia en ellos, que se utilizó con todos los casos. Se analizó el espectro de emisión de las lámparas relacionadas con los casos.

Resultados: Hubo 2 agrupaciones de casos, una de 8 personas a principios de octubre y otra de 11 a finales de noviembre. Todos ellos desarrollaron QC. El único lugar de exposición común fue la cafetería del Club, cerca de alguna de las 3 lámparas insecticidas que había en la misma. En la visita al Club deportivo se solicitó que las apagaran. No hubo más casos tras apagar las lámparas. Posteriormente se desmontaron las lámparas para efectuar mediciones. Se descubrió que en 2 de ellas, en lugar de tubos tipo TL-D (atraen a los insectos con luz UV-A), tenían montados tubos TUV que emiten luz UV-C. Se midió el espectro de emisión de los tubos TUV, que emitían luz UV-C a gran potencia. El Club rutinariamente limpió y cambió los tubos de las lámparas al final del verano, instalando tubos TUV por error. Esto se debió a que la empresa suministradora mandó tubos TUV en lugar de TL-D, probablemente porque su aspecto externo y embalaje son muy parecidos, y el etiquetado es poco visible.

Conclusiones: Brote de QC-A causado por tubos emisores de luz UV-C. Existe riesgo de confundir diferentes tipos de tubos tanto en la distribución como en los lugares finales de uso. Para evitarlo, los tubos de luz UV-C deberían estar claramente etiquetados con un mensaje en color vivo y letras grandes: "Atención, riesgo de quemaduras en ojos y piel". Se ha remitido al Ministerio de Sanidad la recomendación. Además, se ha pedido a la empresa suministradora y al Club deportivo que revisen sus procedimientos al mandar e instalar los tubos en las lámparas insecticidas.

749. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS LABORALES: SISVEL COMO HERRAMIENTA DE DECLARACIÓN

E. Flores, M.A. Pascual del Pobil, A. Andrés

Centro de Salud Pública de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La patología respiratoria laboral constituye un grupo de afecciones amplio y variado dentro de las enfermedades profesionales (EP) y su subdeclaración es un hecho constatado. El objetivo de esta comunicación es valorar las características y el proceso de notificación de las enfermedades respiratorias de posible origen laboral, declaradas al Sistema de Información Sanitaria de Vigilancia Epidemiológica Laboral de la Comunidad Valenciana (SISVEL), hasta su determinación como enfermedad profesional o común, en los departamentos del Centro de Salud Pública de Alicante desde su implantación en 2009.

Métodos: Estudio descriptivo de casos de enfermedad respiratoria declarados al SISVEL. Variables estudiadas: año de declaración, diagnóstico, origen y tipo de notificación, situación laboral, derivación a Mutua/INSS y reconocimiento de EP. Comparación de muestras independientes con estadístico z.

Resultados: Se declaran 50 casos de enfermedad respiratoria, 6,9% del total de los declarados al SISVEL. Según diagnóstico el 70% son neumoconiosis, (62,9% asbestosis; 34,3% silicosis 2,9% neumoconiosis del carbón), 20% asma extrínseca, 4% neoplasias respiratorias, 4% efectos tóxicos agudos y 2% neumonía. El sistema sanitario declara el 92% (68% atención especializada) y los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) el 8%, siendo este porcentaje para el resto de enfermedades declaradas del 1,63% ($p = 0,011$). El 80% de los ca-

sos se declararon directamente a Mutua/INSS, mientras que en el resto de enfermedades comunicadas, las directas suponen un 41,38% ($p = 0,000$). El 50% de los casos están jubilados. El 46% de los casos se han remitido a Mutua/INSS. 10 de los no remitidos, ya tenían el reconocimiento de EP. Por el momento, el 23,78% de los casos remitidos se han reconocido como EP.

Conclusiones: La patología respiratoria laboral ocupa el 2º lugar de las enfermedades declaradas al SISVEL tras la musculoesquelética. Destacamos la importancia de la declaración de casos de silicosis y asma extrínseca, al producirse principalmente en trabajadores en activo donde las acciones preventivas son factibles. La declaración procedente de los SPRL, aunque escasa, es casi 5 veces mayor en este grupo de enfermedades que en el resto. La declaración directa en este grupo de enfermedades es más del doble que para el resto de enfermedades declaradas y se realiza sobre todo por especialistas. No podemos hacer una valoración final de los casos reconocidos como EP ya que el 47,83% de los casos remitidos a Mutua/INSS están pendientes de resolución y hay 6 casos pendientes de estudio. Se ha de mejorar el diagnóstico y declaración de EP por parte de los SPRL. El SISVEL se evidencia como herramienta útil en el proceso de comunicación y estudio de enfermedades respiratorias de posible origen laboral.

237. IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA INCIDENCIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL EN CATALUÑA. COHORTE MUESTRA CONTINUA DE VIDAS LABORALES

E. Zaballa, X. Duran, J.M. Martínez, F.G. Benavides

Centro de Investigación de Salud Laboral (CISAL), Universitat Pompeu Fabra (UPF); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM).

Antecedentes/Objetivos: Desde que comenzó la crisis, distintos datos apuntan a un descenso de los casos de incapacidad temporal (IT), pero no hay una valoración fiable de dicha tendencia. El objetivo del estudio es comparar la incidencia de casos de (IT) por contingencias comunes en afiliados a la Seguridad Social residentes en Cataluña en 2009 y 2012.

Métodos: Estudio basado en las personas afiliadas residentes en Cataluña que forman parte de la Muestra Continua de Vidas Laborales en 2009 y 2012, estimándose la tasa de incidencia a partir de los 115.844 personas-años en 2009 y 109.121 personas-años en 2012, por sexo, edad, tamaño de la empresa, actividad económica y tipo de contrato.

Resultados: La incidencia global fue de 26,4 (IC95%: 26,1-26,7) por 100 en 2009 frente a 21,9 (21,7-22,2) en 2012, diferencia que se confirma para hombres (22,4 vs 18,3) y mujeres (31,6 vs 26,4); para menores de 25 años (37,0 vs 26,9) y mayores de 45 años (22,8 vs 19,6); en empresas de menos de 10 trabajadores (19,4 vs 15,2) y más de 49 trabajadores (39,7 vs 34,1); para las diferentes actividades económicas como la construcción (26,3 vs 22,0) o la administraciones públicas (41,3 vs 39,9); y por tipo de contrato para temporales (39,4 vs 27,8) y permanentes (32,0 vs 27,2).

Conclusiones: Los resultados confirman el claro descenso que se está produciendo durante la crisis económica en la incidencia de la IT, lo que puede estar explicado por a) una reducción en la utilización de este beneficio social por parte de trabajadores que padecen problemas de salud en parte también por la reforma laboral de 2012, dando lugar a un incremento del presentismo, b) una reducción de los trabajadores con problemas de salud, pues salen del mercado de trabajo por cierre o despidos de las empresas, y c) una reducción del uso inapropiado de la IT, por un mayor control.

Salud sexual y reproductiva, salud materna e infantil (Oral 10 minutos)

Viernes, 5 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:30 h

Moderadora: Mercedes Carrasco Portiño

23. FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO ENTRE MUJERES ADOLESCENTES EN BOGOTÁ: UN ESTUDIO CASO-CONTROL

L.S. Morón Duarte, C. Latorre, J.R. Tovar

Universidad del Rosario; Universidad del Valle.

Antecedentes/Objetivos: Analizar los factores de riesgo de embarazo en adolescentes de la Ciudad de Bogotá, Colombia.

Métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles pareados por edad, identificados mediante una encuesta sobre el Comportamiento Sexual de Adolescentes Escolarizados en Bogotá (ECSAE), efectuada durante el primer semestre de 2010. Se analizaron variables contextuales tanto proximales como distales de las adolescentes encuestadas. Se empleó la regresión logística condicional para ajustar por posibles factores de confusión.

Resultados: En total se incluyeron 272 casos y 544 controles. Los factores asociados con el aumento de riesgo de embarazos en adolescentes a través del análisis multivariado fueron: estudiar en un colegio público (OR = 2,25, IC95% 1,45-3,51), antecedentes de hermanas o hermanos con hijos durante la adolescencia (OR = 1,98, IC95% 1,55-2,76), tener relaciones sexuales tempranas (12 o menos años) (OR = 2,34, IC95% 1,01-5,40), tener un grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos autoreportado como deficiente (OR = 3,92, IC95% 1,96-7,83), y embarazos previos (OR = 14,09, IC95% 8,74-22,70).

Conclusiones: El estudio encontró que estudiar en un colegio público, la iniciación sexual temprana, no vivir con los padres, y el desconocimiento sobre el uso de los métodos anticonceptivos estaban asociados con el embarazo en adolescentes en la Ciudad de Bogotá.

56. ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NO BARRERA Y EL RIESGO DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN CANTABRIA

M. Paz, M.C. Amparán, A. Azofra, Y. Martín, S. Ojugas, A. Otero, C. Royano, M. Santibáñez

Servicio Cántabro de Salud; Universidad de Cantabria.

Antecedentes/Objetivos: Los métodos anticonceptivos clasificados como no-barrera (hormonales, naturales, DIU y quirúrgicos) se han asociado con un riesgo mayor de cáncer cervical debido a una mayor exposición al virus del papiloma humano (VPH) por mantener relaciones sexuales sin preservativo. Dentro de ellos, el uso de anticonceptivos hormonales (ACH) se ha asociado a un riesgo aún mayor debido a los cambios producidos por las hormonas artificiales en la mucosa. **Objetivo:** estimar la asociación entre métodos anticonceptivos no barrera y el riesgo de infección por VPH.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron todas las mujeres con al menos una citología vaginal valorable (N = 3.359) entre 2010-2011, en 7 centros de salud seleccionados aleatoriamente. Como variables principales se recogieron: diagnóstico citológico, resultado de PCR para VPH y método anticonceptivo. Los métodos anticoncep-

tivos se clasificaron como no-barrera (hormonales, naturales, DIU y quirúrgicos) frente a barrera (preservativo). Mediante regresión logística no condicional se estimaron Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) ajustados por edad. El preservativo fue tratado como categoría de referencia en todos los análisis.

Resultados: La edad media fue de 41,4 años (DE = 11,2, rango 19-69 años). La edad se asoció de forma estadísticamente significativa, tanto con el riesgo de infección por VPH (las mujeres con PCR positiva fueron 4,2 años más jóvenes, $p = 0,003$), como con el método anticonceptivo usado. Las usuarias de ACH fueron 3,4 años más jóvenes que las usuarias de preservativo, y las usuarias del resto de métodos no barrera (naturales, DIU y quirúrgicos) fueron 11,6 años mayores que las usuarias de preservativo ($p < 0,001$). Se encontró una asociación positiva entre el uso de métodos anticonceptivos que no son de barrera y la infección por VPH (ORa = 2,20; IC95% 0,96-5,05). Al estratificar en función de si los métodos no barrera fueron hormonales o no, las asociaciones crudas mostraron un mayor riesgo de infección por VPH en los anticonceptivos hormonales (ORc = 2,17) frente a los métodos que no son de barrera ni hormonales (naturales, DIU y quirúrgicos) (ORc = 1,16). Estas diferencias desaparecieron tras ajustar por edad: ORa anticonceptivos hormonales = 2,09 (IC95% 0,85-5,10), ORa no barrera ni hormonales = 2,59 (IC95% 0,83-8,03).

Conclusiones: Tomando el preservativo como categoría de referencia, el mayor efecto de los anticonceptivos orales descrito en la literatura, se igualó al del resto de métodos hormonales no barrera (métodos naturales, DIU, quirúrgicos) tras ajustar por edad, sugiriendo que la edad es un fuerte factor de confusión.

57. ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS INFECCIONES VAGINALES EN CANTABRIA

M. Paz, M.C. Amparán, A. Azofra, Y. Martín, S. Ojugas, A. Otero, C. Royano, M. Santibáñez

Servicio Cántabro de Salud; Universidad de Cantabria.

Antecedentes/Objetivos: Se han observado en las mujeres usuarias del DIU enfermedades oportunistas, como el Actinomyces o la Tricomona, que aprovechan la reacción inflamatoria producida por el DIU, generada por el constante contacto con el polietileno del que está fabricado. **Objetivo:** estimar la asociación entre el método anticonceptivo y las alteraciones infecciosas vaginales.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron todas las mujeres con al menos una citología vaginal valorable (N = 3.359) entre 2010-2011, en 7 centros de salud seleccionados aleatoriamente. Los resultados de las citologías se clasificaron con el sistema Bethesda. Como variables principales se recogieron: edad, número de citologías en el periodo de estudio, diagnóstico citológico, patología infecciosa vulvo-vaginal y método anticonceptivo. Para las variables discretas se estimaron proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, utilizando la prueba ji-cuadrado de Pearson para realizar comparaciones. Mediante regresión logística no condicional se estimaron Odds Ratios (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: La edad media fue de 41 años, con un rango de edad de 19 a 69. El 7,9% de las mujeres presentaron alguna alteración infecciosa aislada, o bien asociada a lesión celular (1,4%). Dentro de las alteraciones infecciosas los diagnósticos más frecuentes fueron vaginosis inespecíficas (40,5%) seguidas de las candidas (38,9%). Se encontraron asociaciones positivas entre el uso de DIU, y el riesgo de lesiones de alto grado (HSIL) (ORc = 1,37) e infección por VPH (ORc = 2,28) que no alcanzaron significación estadística. La prevalencia de infección por Actinomyces (9,37%), vaginosis bacteriana (9,37%) y Tricomona (3,12%)

fue mayor en las usuarias de DIU que en las usuarias de otros métodos de planificación familiar (0,03%, 3,96% y 0,45% respectivamente) ($p < 0,001$). Se encontró una asociación muy fuerte entre el uso de DIU y la infección por *Actinomyces* (ORc = 271,24; IC95% 35,58-2067,60), así como asociaciones menores para la infección por *Trichomona* (ORc = 7,02; IC95% 2,44-20,17) y por vaginosis bacteriana (ORc = 2,50; IC95% 1,42-4,41). Los resultados se mantuvieron tras ajustar por edad, zona básica de salud y medio de análisis de las muestras.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran, en consonancia con los estudios publicados, una mayor tasa de infecciones vaginales entre las usuarias de DIU.

268. MEDICACIÓN EN EL EMBARAZO Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS. IDENTIFICANDO POTENCIALES RIESGOS EN LAS ENFERMEDADES RARAS

C. Cavero Carbonell, S. Gimeno Martos, L. Páramo Rodríguez, M.J. Rabanaque Hernández, C. Martos Jiménez, O. Zurriaga

FISABIO; Universidad de Zaragoza; Dirección General de Salud Pública, Valencia; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El amplio uso de medicamentos durante el embarazo puede tener un efecto negativo en el desarrollo del feto, ya que la mayoría de ellos atraviesan la placenta. Objetivo: identificar el riesgo de anomalías congénitas mayores (ACM) asociado a la utilización de medicamentos en atención ambulatoria en embarazadas residentes en la Comunitat Valenciana (CV).

Métodos: Estudio de casos y controles, considerando caso a los menores de un año nacidos vivos en 2009 y 2010, diagnosticados de ACM y de madres residentes en la CV, obtenidos del Registro de anomalías congénitas de la CV. Se seleccionaron dos controles por caso del Registro de Nacimientos de la CV. A partir del sistema de Gestión de la Prestación Asistencial se obtuvo la medicación prescrita y dispensada a la embarazada, tanto para los casos como los controles. Para estudiar la asociación se calcularon las Odds Ratio (OR) crudas de AC con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) para los medicamentos más frecuentes y por grupos (establecidos por la clasificación Anatómica, Terapéutica, Química). Para los que se encontraron diferencias significativas, se obtuvieron las OR ajustadas por peso y edad gestacional del recién nacido, multiparidad, edad, departamento de salud y país de la madre, aplicando un modelo de regresión logística, para el conjunto y para cada grupo de AC.

Resultados: Se identificaron 1.913 casos y se seleccionaron 3.826 controles. Tanto en los casos como en los controles, los grupos de medicamentos más frecuentemente prescritos y dispensados fueron los que actúan sobre los sistemas musculoesquelético, nervioso, respiratorio y circulatorio y los antiinfecciosos (más del 10% de recetas cada grupo), y los medicamentos más habituales fueron ibuprofeno, dextetoprofeno, paracetamol, amoxicilina, sulfato de hierro y la combinación de ácido fólico, cianocobalamina y yoduro potásico (más del 2% de recetas cada uno). El aumento del riesgo de AC fue significativo para la prescripción del grupo de fármacos de acción sobre el sistema musculoesquelético y su OR ajustada fue de 1,14 (IC95% 1,02-1,28), mientras que se observó una disminución significativa del riesgo de AC para el grupo de los fármacos que actúan sobre el sistema circulatorio con OR ajustada de 0,87 (IC95% 0,78-0,98).

Conclusiones: La prescripción y dispensación de medicación en embarazadas se puede utilizar como exposición a medicamentos potencialmente teratogénos permitiendo la identificación de asociaciones con las AC, tanto de aquellas en las que los medicamentos actúan como factor de riesgo como de las que actúan como factor protector.

Financiación: Instituto Médico Valenciano, SpainRDR (PR11/122), FIS PI10/01676 y PI11/01016.

276. PRESCRIPCIÓN DE MONTELUKAST EN EL EMBARAZO Y ENFERMEDADES RARAS. ¿CÓMO AFECTA AL RIESGO DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS?

C. Cavero Carbonell, E. Garne, A. Vinkel Hansen, M.J. Rabanaque Hernández, C. Martos Jiménez, O. Zurriaga

FISABIO; University of Copenhagen; Universidad de Zaragoza; Dirección General de Salud Pública, Valencia; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El fármaco Montelukast está aprobado como tratamiento adyuvante del asma en embarazadas pero hasta el momento no se han determinado sus riesgos sobre las anomalías congénitas (AC). Objetivo: determinar las diferencias existentes en los resultados del embarazo entre grupos de mujeres danesas cuyo embarazo ha finalizado entre 1998 y 2009 en función de su exposición al antiasmático Montelukast.

Métodos: Estudio transversal observacional en mujeres danesas, seleccionando del Registro de Nacimientos los embarazos que terminaron entre 1998 y 2009 y del Registro de Pacientes las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y abortos espontáneos del mismo periodo. Se excluyeron los embarazos múltiples y los de menos de 12 semanas. La exposición al Montelukast se obtuvo del Registro de Prescripciones, código R03DC03 del Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química. El periodo de exposición considerado fue desde los tres meses antes de la última menstruación hasta el final del primer trimestre de embarazo. Se obtuvieron las proporciones de las variables para cada grupo de embarazadas: 1) mujeres con prescripción de Montelukast, 2) mujeres con prescripción de Montelukast y otros antiasmáticos, 3) mujeres con prescripción de otros antiasmáticos y 4) mujeres sin prescripción de algún tipo de antiasmáticos.

Resultados: Se identificaron un total de 754.300 embarazos simples con edad gestacional superior a 12 semanas: 401 embarazos sólo tuvieron prescripción del Montelukast, 426 embarazos tenían prescripción de Montelukast y otros antiasmáticos, 24.878 tuvieron sólo prescripción de otros antiasmáticos y 728.595 no tuvieron prescripción de Montelukast ni otros antiasmáticos. Se encontraron diferencias significativas entre grupos para las siguientes características maternas: estatus marital, paridad, año de embarazo, diagnóstico hospitalario de asma y educación materna. El grupo con prescripción sólo de Montelukast se caracterizó por hijos con peso y edad gestacional al nacimiento más bajos y hospitalizaciones más largas, mayor número de IVE y más mujeres con preeclampsia, diabetes gestacional y cesárea. No se encontraron diferencias significativas en el riesgo de AC. En los grupos con prescripción de Montelukast se identificaron 50 AC en 33 nacidos vivos y 3 IVE producidas por malformaciones fetales.

Conclusiones: Las mujeres en tratamiento con Montelukast presentaron mayor riesgo de nacimientos antes del término y de complicaciones maternas, pero dado el diseño del estudio no se pueden atribuir al efecto de la medicación, sino que podría haber otras causas (efecto en sí del asma, tamaño de los grupos).

Financiación: Proyecto SpainRDR (PR11/122), FIS PI10/01676, EUROCAT.

576. DESENVOLVIMIENTO PSICOMOTOR AOS 12 MESES DE RECÉM-NASCIDOS MUITO PRÉ-TERMO: RESULTADOS EPICE-PORTUGAL

H. Barros, R. Costa, C. Rodrigues, I. Baia

ISPUP, Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: Analisar o desenvolvimento psicomotor (DPM) aos 12 meses de idade corrigida (IC) de recém-nascidos muito pré-termo.

Métodos: Este estudo incluiu 456 crianças portuguesas, com menos de 32 semanas de idade gestacional, da região Norte e da região de Lisboa e Vale do Tejo, que participaram na reavaliação da coorte EPICE (Effective Perinatal Intensive Care in Europe) aos 12 meses de idade corrigida. Na altura do nascimento, foram recolhidos dados sobre as características da mãe e do recém-nascido, complicações da gravidez, parto e internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) através de um questionário estruturado, preenchido pelos médicos. Aos 12 meses de IC, através de um questionário estruturado, realizado por telefone, os pais reportaram admissões hospitalares, diagnóstico clínico de diferentes patologias (visão, audição, respiratória, dermatológica, paralisia cerebral ou outras), uso de suplementos (vitamina D, flúor, ferro ou outros) e informação sobre o desenvolvimento psicomotor das crianças.

Resultados: Após a alta hospitalar e até aos 12 meses de IC, 31,4% das crianças foram hospitalizadas por doença pelo menos uma vez, 9,2% têm diagnóstico de problemas de visão, 2,3% de problemas de audição, 31,1% de problemas respiratórios, 15,4% de problemas dermatológicos, 1,1% de paralisia cerebral e 23,9% apresentam diagnóstico de outras doenças. As crianças com diagnóstico clínico de displasia broncopulmonar e alimentadas exclusivamente com fórmula no momento da alta apresentam pior desenvolvimento psicomotor aos 12 meses de IC, comparativamente com as crianças sem diagnóstico clínico de displasia broncopulmonar ($p < 0,001$) e com as crianças alimentadas a fórmula e leite materno simultaneamente no momento da alta ($p = 0,023$), respectivamente. As crianças com diagnóstico de problemas visuais, respiratórios, paralisia cerebral ou outras patologias apresentam pior desenvolvimento psicomotor nos primeiros 12 meses de IC, comparativamente com as crianças que não tiveram diagnóstico de problemas visuais ($p = 0,007$), respiratórios ($p = 0,01$), paralisia cerebral ($p < 0,001$) ou outras patologias ($p = 0,012$), respectivamente.

Conclusões: A identificação de fatores de risco permite a sinalização precoce de crianças com atraso no desenvolvimento psicomotor, permitindo acionar mecanismos de apoio integrado de carácter preventivo e/ou reabilitativo.

578. TAXA DE SOBREVIVÊNCIA E MORBILIDADE DE RECÉM-NASCIDOS MUITO PRÉ-TERMO: RESULTADOS EPICE-PORTUGAL

H. Barros, I. Baia, R. Costa, C. Rodrigues

ISPUP, Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: Analisar as interrupções médicas de gravidez, fetos mortos, mortalidade e morbilidade de nados vivos ocorridos entre as 22+0 e as 31+6 semanas de gestação na região norte e centro de Portugal entre o dia 1 de Junho de 2011 e 31 de Maio de 2012. Analisar a prevalência de problemas clínicos de acordo com a idade gestacional.

Métodos: Foram analisados dados de uma coorte de base populacional: Effective Perinatal Intensive Care in Europe (EPICE). O estudo EPICE inclui todas as interrupções médicas de gravidez, fetos mortos e nados vivos ocorridos entre as 22+0 e as 31+6 semanas de gestação na região norte e Lisboa e Vale do Tejo de Portugal entre o dia 1 de Junho de 2011 e 31 de Maio de 2012. Informação sobre as características da mãe e do recém-nascido, complicações da gravidez, parto e admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) foram recolhidos por médicos, através de um questionário estruturado, com base nos processos clínicos.

Resultados: Um total de 974 casos foram registados, dos quais 95 (9,8%) resultaram em interrupção médica da gravidez, 109 (11,2%) em morte fetal antes do parto, 27 (2,8%) em morte fetal durante o parto, 16 (1,6%) em morte fetal em altura desconhecida, 11 (1,1%) em morte após nascimento, 3 (0,3%) em morte em altura desconhecida e 713 (73,2%) em nados-vivo. 170 (29,3%) tiveram diagnóstico de retinopa-

ta da prematuridade – 98 grau I, 46 grau II, 25 grau III e 1 grau V –, 236 (33,8%) de hemorragia intraventricular – 86 grau I, 76 grau II, 28 grau III, 46 grau IV –, 105 (14,7%) tiveram diagnóstico de persistência do canal arterial, 84 (13,7%) de displasia broncopulmonar, 30 (4,3%) de leucomalácia, e 36 (5,0%) de enterocolite necrosante. Verifica-se que a ocorrência de retinopatia da prematuridade ($p < 0,001$), hemorragia intraventricular ($p < 0,001$), persistência do canal arterial ($p < 0,001$), displasia broncopulmonar ($p < 0,001$), leucomalácia ($p = 0,001$), e enterocolite necrosante ($p = 0,001$) ocorrem com mais frequência em bebés com idade gestacional igual ou inferior a 27 semanas.

Conclusões: A prevalência de morbilidade infantil em bebés nascidos muito prematuros em Portugal é muito semelhante à reportada em outros estudos e está associada à idade gestacional.

581. HIPERFENILALANINEMIAS EN ASTURIAS, 1983-2012: CRIBADO Y OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

L. Pruneda González, E. García Fernández, M. Margolles Martins

SpainRDR, Oficina de Investigación Biosanitaria-Asturias; Consejería de Sanidad-Asturias.

Antecedentes/Objetivos: Los errores congénitos del metabolismo de aminoácidos pertenecen al grupo de enfermedades raras. Las hiperfenilalaninemias (HFA) producen retraso mental y problemas neurológicos por acúmulo de fenilalanina. Según su nivel en sangre se clasifican en fenilcetonuria (PKU), HFA benignas (HPA) y formas atípicas por defectos del cofactor BH4. En Asturias, la detección precoz de HFA mediante cribado neonatal comenzó en 1983. Los objetivos son identificar falsos positivos (FP) y negativos (FN), estimar la incidencia de las distintas HFA y la frecuencia de uso de medicación huérfana (MH) en Asturias.

Métodos: Estudio descriptivo de incidencia al nacimiento, uso MH y calidad de la información consultada en los registros de CMBD (1996-2012), Laboratorio de Detección Neonatal de Enfermedades Metabólicas de la Universidad de Oviedo (1983-2012), servicios de Farmacia Hospitalaria (2012), historias clínicas (HC) de casos con diagnóstico de HFA (CIE9MC: 270.1) residente en Asturias.

Resultados: Revisamos 35 casos posibles. El laboratorio de detección neonatal registró 27 casos positivos (Phe: 2 a 23,9 mg/dl) en el periodo neonatal ($9,3 \pm 3,8$ días de vida) y realizó seguimiento a 2 casos cribados fuera de Asturias (1 antes 1983). Un 10% casos son exclusivos de CMBD (3 nacidos antes de implantarse el programa de cribado neonatal, 1 nacido en el extranjero) y 28% solo de cribado. Los servicios de Farmacia aportaron 10 casos tratados con MH, es decir, el 33% casos en solo 1 año de registro. Distribución HFA cribadas: 1 HFA materna, 2 HFA transitorias (reevaluadas antes del año de vida con resultado negativo, suponen 7,4% FP), 14 PKU –1 grave, 3 moderada, 4 suave, 4 muy suave, 2 gravedad desconocida–, 10 HPA y 2 HFA por deficiencia de BH4. Casos no cribados: 3 PKU y 1 transitorio. No encontramos FN. Entre 1983-2012 se detectaron 0-6 HFA anuales y 0-3 PKU. Descartamos 5 casos (error CIE, 3 transitorio y 1 portador afectado por HFA materna). Incidencia (28 cribados+): 1 HFA por cada 8138 nacidos (59% hombres) y 1 PKU por 17.529 nacidos en Asturias entre 1983-2012. Prevalencia aproximada: 2,7 HFA y 1,6 PKU/100.000 hab. El 59% PKU toman MH. Al comparar casos no cribados (CMBD) con cribados se detecta mayor frecuencia de retraso mental en los primeros (66% frente a 4%).

Conclusões: El uso de varias fuentes de información (CMBD, cribado, MH, HC) mejora el conocimiento de casos de HFA y potencia la importancia del diagnóstico neonatal. Su alta sensibilidad ha contribuido a disminuir la prevalencia de déficit intelectual en estos pacientes. Sería interesante valorar la fenilalaninemia en embarazadas nacidas antes de implantarse el cribado para evitar afectación por HFA materna.

Financiación: FIS, expediente IR11/RDR-XX para 2012-2014.

582. MORTALIDADE E MORBILIDADE PERINATAL EM RECÉM-NASCIDOS MUITO PRÉ-TERMO NASCIDOS EM PORTUGAL ENTRE 2003 E 2012

C. Rodrigues, I. Baia, R. Costa, H. Barros

ISPUP, Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: Comparar a mortalidade e morbidade perinatal em recém-nascidos muito pré-termo nascidos em Portugal entre 2003 e 2012.

Métodos: Foram analisados dados de duas coortes de base populacional: (1) Models of Organising Access to Intensive Care for Very Preterm Births (MOSAIC) e (2) Effective Perinatal Intensive Care in Europe (EPICE). O estudo MOSAIC inclui todas as interrupções médicas de gravidez, fetos mortos e nados vivos ocorridos entre as 22+0 e as 31+6 semanas de gestação na região norte de Portugal em 2003 e o estudo EPICE inclui todas as interrupções médicas de gravidez, fetos mortos e nados vivos ocorridos entre as 22+0 e as 31+6 semanas de gestação na região norte e Lisboa e Vale do Tejo de Portugal entre o dia 1 de Junho de 2011 e 31 de Maio de 2012. Neste estudo foram incluídos todos os nados-vivos admitidos na UCIN, 285 recém-nascidos do MOSAIC e 280 do EPICE. Informação sobre as características da mãe e do recém-nascido, complicações da gravidez, parto e admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) foram recolhidos por médicos, através de um questionário estruturado, com base nos processos clínicos.

Resultados: Entre 2003 e 2012 verificou-se um maior recurso a corticoesteróides antes do parto tendo aumentado de 59% para 68,5% ($p < 0,01$). As mortes fetais ocorreram em 30,2% dos casos em 2003 e 29,3% dos casos em 2012. Após o parto, o recurso a cirurgia aumentou de 3,9% para 8,1% ($p < 0,05$), o recurso a surfactante diminuiu de 66,7% para 55,4% ($p < 0,01$), bem como o recurso a ventilação mecânica de 71,9% para 50,4%, ($p < 0,001$) no entanto o recurso a CPAP aumentou de 51,1% para 83,6% ($p < 0,001$). Neste período, o número de mortes na Unidade de Cuidados Intensivos diminuiu de 19,8% para 11,8%. O número de recém-nascidos muito pré-termo alimentados com leite materno aumentou de 3,9% para 27,8% ($p < 0,001$), com consequente diminuição de alimentação com fórmula.

Conclusiones: Apesar de não se notar diferenças em termos do resultado da gravidez, nomeadamente em termos do número de mortes fetais; verifica-se uma alteração nas práticas médicas em bebés nascidos muito prematuros e uma significativa diminuição da morte neonatal entre bebés nascidos muito prematuros, sem que este aumento na taxa de sobrevivência se reflita em maior morbidade neonatal. Verifica-se também maior sucesso no recurso a alimentação materna e diminuição do recurso exclusivo alimentação com fórmula, o que poderá trazer um benefício adicional a estes bebés, tendo em conta os benefícios nutricionais do leite humano.

782. CALIDAD DE VIDA Y FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON DISFUNCIÓN DEL PISO-PÉLVICO DEL SUR DE CHILE

C. Bascur-Castillo, M. Carrasco-Portiño, E. Baeza, J. Jara, M.P. Lantaño, B. Riffo, H. Castro-Arias, C. Manríquez, R. Rivera

Departamento de Obstetricia y Puericultura, Departamento de Estadística, Universidad de Concepción.

Antecedentes/Objetivos: La disfunción del piso pélvico (DPP) es muy prevalente, afectando a un tercio de las mujeres adultas. Estas patologías no suponen un riesgo vital, pero sus síntomas pueden interferir con las actividades de la vida diaria incluyendo aspectos físicos, sociales y sexuales. En el sur de Chile, en el Hospital de alta complejidad (Regional-Concepción), se ha implementado la Unidad de Piso Pélvico (UPP). No hay evidencia sobre el efecto que supone en la calidad

de vida y la función sexual de las mujeres que la padecen Describir la calidad de vida y función sexual de mujeres controladas en la Unidad de Piso Pélvico de un Hospital de alta complejidad en Chile.

Métodos: Estudio transversal. Población: usuarias con DPP de la UPP del H. Regional-Concepción. Muestra 173. Variables: Caract. sociodemográficas, antecedentes obstétricos, tipo de DPP, Variables de Calidad de Vida (percepción del estado de salud, limitación emocional, limitación de actividades cotidianas, alteraciones de actividades sociales) (Short Form-12 Health Survey) y función sexual (PISQ-12). Análisis: medidas de dispersión, frecuencia absoluta-relativa.

Resultados: Edad media 57 años, 88% con ingreso menor a 357€. 91% con IMC-sobrepeso y obesidad, 64% ≥ 3 hijos. Tipos DPP: 53% incontinencia de orina (IO), 35% prolapso vaginal (Pp), 12% IO+Pp. Calidad de vida ($n = 173$): Mala percepción de salud: 95%. Limitación emocional: 37%. Limitación de actividades cotidianas: 67%. Alteraciones de actividades sociales: 57% Función sexual ($n = 95$): Disfunción alta: 8,4%, moderada: 41,1%, baja 50,5%. El 15% nunca tuvo deseo-sexual los últimos 6 meses. El 14% admite no haber alcanzado el orgasmo en los últimos 6 meses, el mismo porcentaje admite no sentir excitación en el mismo período. El 19% admite no estar satisfechas con las actividades sexuales actuales, el 15% siente dolor durante las relaciones sexuales, el 40% admite sufrir de pérdidas de orina durante la actividad sexual, y el mismo número admite restringir su vida sexual debido al miedo de pérdida de orina durante el acto sexual. El 27% admite tener reacciones emocionales negativas durante las relaciones sexuales. El 10% y el 13% admite que sus parejas sufrían de disfunción eréctil y eyaculación, respectivamente. Por último, el 42% de las mujeres admite que sus orgasmos en los últimos 6 meses son más intensos.

Conclusiones: Las mujeres con DPP presentan una alteración negativa de su calidad de vida y de su función sexual, aunque existe cierta incongruencia al valorar positivamente la calidad de los orgasmos cuando los demás aspectos de la vida sexual son negativos.

798. ASOCIACIÓN ENTRE INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS Y TENSIÓN ARTERIAL EN NIÑOS DE 4 AÑOS DE LA COHORTE INMA-VALENCIA

D. Valera-Gran, E.M. Navarrete-Muñoz, S. González-Palacios, M. García de la Hera, C. Íñiguez, F. Ballester, J. Vioque

Universidad Miguel Hernández; CIBERESP; Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP); Universitat de València.

Antecedentes/Objetivos: El aumento de tensión arterial (TA) en la infancia se ha asociado al incremento de obesidad infantil. El índice de masa corporal (IMC) es considerado como un buen predictor de la TA elevada aunque en la infancia las evidencias son escasas y no existe consenso al respecto. En este estudio, hemos evaluado la asociación de diferentes indicadores antropométricos y la TA para identificar el mejor predictor de la TA elevada en niños de 4 años.

Métodos: Se estudiaron 571 niños de 4 años de edad del estudio prospectivo de cohortes madres-hijos INMA-Valencia. Se recogió información sobre antropometría de los padres, del niño al nacer y a los 4 años junto a otras variables de interés. La TA se midió mediante OMRON M4-1 con manguito adaptado para la edad y tras reposo de 5 min (intentando conseguir 3 tomas y utilizando el valor más bajo). Se consideró como TA elevada, según el IV informe de la HTA infantil de EEUU (Pediatrics, 2004), a los niños que superaron el percentil 90. Se midió peso, talla, circunferencia cintura (CCI) y cadera (CCA), porcentaje de grasa corporal (% GC) y se calcularon el IMC, el índice cintura-talla (ICT), el índice cintura-cadera (ICC), el índice conicidad (IC). El sobrepeso y obesidad se definieron según valores de IMC aceptados para niños de 4 años (Cole, 2000). Se utilizaron valores estandarizados (z-score) de los indicadores antropométricos para estimar la asociación con la TA mediante regresión lineal múltiple y regresión logística para la TA elevada (dicotómica). Se analizó la correlación ajustando por sexo, edad e IMC parental.

Resultados: La media de TA sistólica (TA-s) fue de 94,9 (DE 12,8) y la diastólica (TA-d) de 58,3 (13,1). Presentaron TA-s elevada el 14% y TA-d el 19,6%, no encontrándose diferencias significativas por sexo. Se encontró una asociación positiva y estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la TA-s y los índices IMC ($= 1,77$), CCI $= 1,60$), CCA ($= 1,93$), ICT ($= 1,24$). El efecto fue mayor y significativo en los niños. El riesgo de TA-s elevada se asoció con el IMC (OR $= 1,36$; IC95%: 1,09-1,72), CCA (OR $= 1,28$; 1,01-1,63) y los obesos (OR $= 2,48$; 1,03-5,98) frente a los normopeso. No se observaron asociaciones significativas con TA-d y la TA-d elevada. Los coeficientes de correlación mostraron una relación positiva y significativa entre la TA-s y el IMC (0,175), CCI (0,106) y CCA (0,161).

Conclusiones: Un mayor IMC, CCI, CCA y ICT se asocian significativamente a un aumento de la TA-s a la edad de 4 años, especialmente entre los niños. El IMC y la CCA fueron los mayores predictores para identificar a niños con TA-s elevada. Financiación: Instituto de Salud Carlos III (Red INMA G03/176, FIS-FEDER PI11/010007; PI070314). Generalitat Valenciana (AP-212/11).

Enfermedades crónicas (Oral 10 minutos)

Viernes, 5 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:30 h

Moderadora: Eva Navarrete Muñoz

92. ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE YOGUR Y EL RIESGO DE SOBREPESO/OBESIDAD EN LA COHORTE SUN

S. Carlos, C. Sayón-Orea, M. Bes-Rastrollo, M. Ruiz-Canela, A. Gea, C. de la Fuente-Arrillaga, M.A. Martínez-González

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra; CIBERobn, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Los resultados de estudios epidemiológicos que han valorado la asociación entre el consumo de yogur y el riesgo de sobrepeso/obesidad son escasos e inconsistentes. Nuestro objetivo fue evaluar de forma prospectiva la asociación entre el consumo de diferentes tipos de yogur (total, entero y bajo en grasa) y el riesgo de sobrepeso/obesidad en una cohorte Mediterránea de graduados universitarios.

Métodos: Estudio prospectivo que incluyó 8.516 hombres y mujeres inicialmente libres de obesidad o sobrepeso, con una media de edad de 37,1 años (DE: 10,8). Los participantes fueron seguidos mediante cuestionarios enviados cada dos años, con una tasa de retención $> 90\%$. El consumo de yogur se valoró al inicio del estudio mediante un cuestionario semi-cuantitativo de frecuencia de consumo de alimentos previamente validado. El desenlace fue la incidencia de sobrepeso/obesidad durante el seguimiento. Para evaluar la asociación entre el consumo de yogur y la incidencia de sobrepeso/obesidad se utilizó la regresión de Cox. De esta forma calculamos Hazard ratios (HR) para sobrepeso/obesidad utilizando la categoría de menor consumo (< 2 /semana) como la categoría de referencia.

Resultados: Después de una media de seguimiento de 6,6 años, identificamos 1.860 casos incidentes de sobrepeso/obesidad. Un consumo elevado de yogur total y de yogur entero se asoció a un menor riesgo de sobrepeso/obesidad con HR ajustadas $= 0,88$ (IC95% 0,78-0,99); y 0,81 (0,71-0,93) respectivamente. Observamos que la asociación inversa con un elevado consumo de yogur total y de yogur entero era más patente en los participantes que presentaban una alta adherencia a la dieta Mediterránea [HR $= 0,75$ (0,61-0,91) y 0,64 (0,50-0,83) respectivamente]. Este mismo hallazgo se observó en aquellos participantes con un

consumo elevado de frutas, con HR $= [0,79$ (0,66-0,94) y 0,78 (0,62-0,97), para yogur total y yogur bajo en grasa respectivamente].

Conclusiones: En esta cohorte Mediterránea un consumo basal elevado de yogur estuvo asociado a un menor riesgo de desarrollar sobrepeso/obesidad durante el seguimiento, especialmente en aquellos participantes que tenían una mayor adherencia a la dieta mediterránea o un mayor consumo de frutas.

Financiación: El estudio SUN ha recibido financiación del Gobierno de España (PI1002658, PI1002293, RD06/0045, G03/140 y 87/2010), Gobierno Regional de Navarra (36/2008, 45/2011) y de la Universidad de Navarra. AG posee una beca FPU del Gobierno de España. Este estudio también ha sido financiado por Danone Nutricia Research.

393. ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y EL EXCESO DE PESO EN POBLACIÓN ADULTA JOVEN

M.P. Ruiz, E.M. Navarrete-Muñoz, M. García de la Hera, S. González, D. Valera-Gran, D. Giménez, J. Vioque

Centro de Salud Pública de Orihuela; Universidad Miguel Hernández; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: En las últimas décadas el aumento de la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) ha crecido paralelamente al consumo de bebidas azucaradas aunque la evidencia de una relación entre ambas no es plenamente consistente. En este estudio analizamos la asociación entre exceso de peso medido a través del índice de masa corporal (IMC) y el consumo de bebidas azucaradas en una población universitaria joven.

Métodos: M: se han analizado los datos basales recogidos de 1164 participantes entre 17 a 35 años de edad del Estudio "Dieta, antropometría y salud en población universitaria". Se recogió información sobre el consumo de refrescos normales, light y zumos de frutas envasados mediante cuestionario de frecuencia alimentaria validado; el peso y la talla auto-referidos y otras variables de interés (ingesta total de calorías, fibra, sexo, edad, horas de televisión, alcohol y tabaco). Se calculó el IMC (Kg/m^2) y se definió el exceso de peso ($\text{IMC} \geq 25$). Se usó regresión logística múltiple para analizar la asociación entre el consumo de bebidas azucaradas y el exceso de peso (no/sí), y regresión lineal múltiple para el IMC como variable continua.

Resultados: R: La prevalencia de exceso de peso fue de 13,7% (11,2% sobrepeso y 2,5% obesidad). Se encontró una asociación significativa entre el exceso de peso y el consumo total de bebidas azucaradas. Tomando como referencia del tercil inferior de consumo ($< 84,9$ g/d), los del tercil superior ($> 220,0$ g/d) presentaron un odds ratio (OR) de 2,46 (IC95%: 1,55-3,91). En el modelo de regresión lineal se observó un aumento significativo del IMC, por cada 100 gramos de bebidas azucaradas se observó un aumento medio del IMC de $= 0,08$ (IC95% 0,01, 0,15).

Conclusiones: Un mayor consumo de bebidas azucaradas se asocia con un mayor exceso de peso y un mayor IMC en población adulta universitaria joven. Se deben estudiar estrategias preventivas para reducir este hábito.

403. FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA COHORTE DEL ESTUDIO DEL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN CASTILLA Y LEÓN (RECCYL)

M.A. García Iglesias, J.E. Lozano Alonso, R. Álamo Sanz, A.T. Vega Alonso, Equipo de Investigación RECCYL

Observatorio de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Junta Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades cardiovasculares suponen un reto para salud pública por la gran mortalidad y el coste sanitario que conlleva su tratamiento. La hipertensión arterial (HTA),

uno de sus principales factores de riesgo, presenta todavía un importante margen de mejora. El objetivo de este estudio es conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en los hipertensos de la cohorte del Estudio RECCyL y determinar los factores asociados al mal control.

Métodos: En 2004 se llevó a cabo un estudio transversal en una muestra aleatoria de 4.013 personas ≥ 15 años de edad residentes en Castilla y León (CyL), con tarjeta sanitaria del sistema público de salud. Se les realizó una anamnesis, toma de PA, peso, talla y perímetro abdominal, además de una analítica básica. En 2009 se realizó un nuevo examen de salud a la muestra superviviente. Se consideró hipertensa a una persona si constaba en su historia clínica, tomaba antihipertensivos o su PA era $\geq 140/90$ mmHg. Se consideró buen control de la HTA (control estricto) si las cifras de PA Sistólica (PAS) y Diastólica (PAD) registradas en 2009 de los hipertensos eran < 140 y < 90 mmHg, respectivamente ($< 130/80$ mmHg en diabéticos). Se realizaron análisis bivariante y multivariante de los datos.

Resultados: De las 2.954 personas estudiadas en 2009, 1.306 eran hipertensos conocidos susceptibles de tener sus cifras de PA bajo control. El 55,90% presentó un mal control de la PA. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo (55,7% hombres vs 55,9% mujeres) pero sí por tipo de zona (59,2% rural vs 52,9% urbano/semiurbano). El mal control se asocia significativamente también con las edades avanzadas. Presentaron asimismo mal control el 79,5% de los pacientes diabéticos, el 65,8% de los pacientes con IMC ≥ 30 y el 60,9% con obesidad abdominal. Por último, los pacientes con valores más altos de PA en 2004 mostraron un peor control en 2009 que los que presentaron cifras más moderadas. El modelo de regresión logística multivariante mostró que la diabetes, la obesidad según IMC y la PAS media en 2004 fueron las variables asociadas significativamente con el mal control.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con HTA tienen mal controlada su PA. La obesidad y la diabetes se relacionan independientemente con la falta de control de la PA. El modelo muestra que los valores de la PAS en 2004 son un factor determinante del mejor o peor control. Este estudio aporta información de las características de los pacientes hipertensos de CyL que presentan un mal control de su PA, lo que permitirá desarrollar actividades de prevención y control.

414. EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ENTRE 2004 Y 2009 EN LA COHORTE DEL ESTUDIO DEL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN CASTILLA Y LEÓN (RECCYL)

M.A. García Iglesias, J.E. Lozano Alonso, R. Álamo Sanz, A.T. Vega Alonso, Equipo de Investigación RECCyL

Observatorio de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades cardiovasculares suponen un importante problema sanitario con gran coste social y económico. Los factores de riesgo cardiovascular se modifican a lo largo del tiempo, condicionados por la edad y las medidas de prevención y control, lo que se traduce en variaciones importantes del riesgo de sufrir un evento a lo largo de la vida. El objetivo de este estudio es describir la evolución de los factores de riesgo cardiovascular clásicos (hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia y hábito tabáquico) y la obesidad de la población de Castilla y León.

Métodos: En 2004 se inició el Estudio RECCyL. Se seleccionó una muestra aleatoria de 4.013 personas de la población de 15 años y más, residentes en la comunidad con tarjeta sanitaria del sistema de salud público. Se realizó una anamnesis, una exploración clínica (toma de tensión arterial, peso, talla y perímetro abdominal) y se solicitó una analítica básica. En 2009 se realizó un nuevo examen de salud a la muestra superviviente. Se calculó la incidencia acumulada

en 5 años para cada factor de riesgo en la población libre de ese factor en 2004.

Resultados: En el año 2009 se estudiaron 2.954 personas. La incidencia acumulada de hipertensión en el quinquenio fue 17,88%, de diabetes 3,97%, de hipercolesterolemia 15,63%, de obesidad 9,14% y de fumadores 6,83% (tanto nuevos como recaídas). Los nuevos diagnósticos para hipertensión, diabetes y tabaquismo fueron más frecuentes en edades tempranas. Las recaídas de exfumadores aparecieron en edades más avanzadas. La incidencia de hipertensión, diabetes, hábito tabáquico e hipercolesterolemia fue más elevada en hombres de todas las cohortes de edad (salvo la hipercolesterolemia en las cohortes de 45-49 años y de ≥ 75 que fue más elevada en mujeres). En cuanto a la obesidad, la incidencia total es mayor para las mujeres, aunque en las cohortes de edad más tempranas es superior en hombres. En la muestra estudiada en 2009 hubo un 51,96% de hipertensos, 13,21% de diabéticos, 41,5% de hipercolesterolémicos, 26,33% con IMC ≥ 30 , 45,94% con obesidad abdominal, 23,10% de fumadores (3,27% de recaídas) y un 24,84% de exfumadores.

Conclusiones: Los nuevos diagnósticos de los factores de riesgo clásicos fueron más frecuentes entre los hombres, a excepción de la obesidad que aumenta de manera más significativa en las mujeres a partir de las edades medias de la vida. Conocer la incidencia y características de los nuevos diagnósticos, principalmente la distribución de la edad de aparición, nos permitirá planificar actividades de prevención y control de los principales factores de riesgo cardiovascular.

418. SEGUIMIENTO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

B. García Vargas-Machuca, L.G. Luque-Romero, L.M. Rodríguez Benjumea, E. Domínguez-Rodríguez, M.D. Blanco-Torró, E. Salas Herrero, A. Moro Hidalgo, A. Nieto Reinoso

Delegación Territorial de Sevilla, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte; Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes mellitus 2 (DM2) por su impacto a nivel cardiovascular se presenta como primera causa de muerte en sociedades desarrolladas. Del 10-15% de la población adulta española tiene DM2. La población del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte tiene una tasa de ingresos por complicaciones de la DM2 superior a la razón estandarizada para Andalucía. **Objetivos:** Conocer la calidad de la atención a los pacientes DM2 de una Zona Básica de Salud (ZBS) del Distrito. Identificar inercia clínica. Determinar el nivel de competencia de los profesionales sanitarios en DM2. Identificar líneas de mejora.

Métodos: Estudio mixto, descriptivo retrospectivo (2011-2012) de los pacientes DM2 y población en riesgo atendidos en la ZBS de Espartinas (Sevilla). Entrevistas semiestructuradas a los profesionales sanitarios para identificar barreras y líneas de mejora. Población estratificada en 4 grupos (pacientes DM2, población general, pacientes con FRCV, y mujeres con antecedentes de Diabetes Gestacional (DG)). Auditorias exhaustivas de Historias Clínicas y de otras bases de datos (laboratorio, farmacia...), y el CMBD del Hospital de referencia. Registro, depuración y análisis mediante Excel y R. Análisis descriptivo y bivariado, cuali-cuantitativo de variables demográficas, de control metabólico, de seguimiento de complicaciones, de adecuación terapéutica, de gestión del proceso y de inercia clínica.

Resultados: De los 81 diabéticos, el 33,33% tenían inadecuado control metabólico, 35,80% no tenía registrada ninguna HbA1c en 2011. La demora media entre muestras de HbA1c: 12,37 + 5,76 meses (IC95%: 9,71-15,03). Al 43,21% se le hizo cribado de enfermedad renal.

Al 81,48% se les exploraron los pies (3,70% patológicos). Sólo el 38,27% tenía una retinografía (8,64% patológica). Al 17,28% se le realizó EKG (6,17% patológico). De los 69 pacientes de la población general, 68,12% tenían una glucemia basal (GB) (4,26% patológicas). De los 71 pacientes con FRCV, 53,52% tenían una GB, sólo una > 126 mg/dl. La demora entre GB > 6 meses. De las 76 gestantes estudiadas, 52,63% se siguieron en AP. De éstas, 10% tuvieron DG. Sólo 2 tenían una GB de seguimiento después del parto.

Conclusiones: Registro y seguimiento deficiente en AP de DM2. Se utiliza poco la terapia combinada y la insulinización. Según los médicos de familia, tienen poca seguridad en su uso y precisan más formación. La prescripción de análogos está inducida por atención especializada. La elaboración de procedimientos y herramientas de ayuda puede mejorar el seguimiento de la DM2.

476. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN DIABETES MELLITUS EN ASTURIAS

M. Margolles, I. Donate, P. Margolles

Consejería de Sanidad; UNED.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que altera también la vida cotidiana a sus enfermos. Muchos de ellos ven disminuida considerablemente su CVRS. Esta es susceptible de ser monitorizada y evaluar los resultados de las intervenciones sanitarias en función de los niveles de CVRS alcanzados. En este estudio se pretende conocer la CVRS en las personas con DM en Asturias, así como conocer las diferencias existentes frente a la población general (PG) y en las personas no enfermas de DM (PNEDM).

Métodos: Estudio transversal descriptivo a partir de los datos de la III Encuesta de Salud para Asturias de 2012-13 (n = 2.100). Se realiza encuesta domiciliaria con un amplio cuestionario donde se incluye la presencia de morbilidad crónica, entre ellas la DM. Los instrumentos utilizados para evaluar la CVRS son el EQ-5D-5L para adultos. Se analizan las dimensiones individuales, la escala autovalorativa (VAS) y el índice EQ-index con los valores de preferencias y tarifas para España. Se describen sus valores y se comparan entre las personas enfermas y PG y PNEDM mediante análisis estratificado y comparación de medias con t de Student con el programa SPSS v15.

Resultados: Existen grandes pérdidas de CVRS en las personas enfermas tanto respecto a la PG adulta como con respecto a las PNEDM. Este hecho sucede tanto usando la escala autovalorativa como el index EQ-5D. El VAS medio en adultos en enfermos es de 62,8 (PNE = 78,4; PG = 76,8). El index EQ-5D en enfermos es de 0,86 (PNE = 0,95 y PG = 0,93). Todas las diferencias son ampliamente estadísticamente significativas en análisis estratificado y en la comparación de medias (t-Student) tanto en valoraciones de sexo e incluso tramos etarios. En todos los tramos etarios la diferencia de CVRS es estadísticamente significativa entre enfermos/PNE/población general. Por tanto, la diferencia obtenida no es debida a una mayor prevalencia en edades más altas (donde la CVRS baja considerablemente). Si se observa, que la pérdida de CVRS es mayor en mujeres que en hombres y esta se acentúa aún más con la edad en mujeres que en hombres. En las 5 grandes dimensiones de EQ-5D (caminar, lavarse, actividades cotidianas, dolor, y ansiedad/depresión) las diferencias entre enfermos/PNEDM y PG son considerables. En el estudio se calculan todos los valores y diferencias por edad y sexo.

Conclusiones: La pérdida de CVRS en las personas afectas de DM es considerable, alterando ampliamente su vida cotidiana. Los niveles indican progresión en la enfermedad hasta su fallecimiento. Los autores consideran que se debe integrar este tipo de análisis en la evaluación de las estrategias ante esta enfermedad así como para la evaluación del impacto de las intervenciones ante la cronicidad.

482. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ASTURIAS

M. Margolles, I. Donate, P. Margolles

Consejería de Sanidad; UNED.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad crónica puede llegar a alterar la vida cotidiana a sus enfermos. Muchos de ellos ven disminuida considerablemente su CVRS. En algunas de estas enfermedades lo único que puede hacer el sistema sanitario es mantener durante el mayor tiempo posible unos niveles aceptables de CVRS. En este estudio se pretende conocer la CVRS en las personas con enfermedades crónicas en Asturias, así como conocer las diferencias existentes frente a la población general (PG) y en las personas no enfermas de alguna de estas enfermedades (PNE).

Métodos: Estudio transversal descriptivo a partir de los datos de la III Encuesta de Salud para Asturias de 2012-13 (n = 2.100). Se realiza encuesta domiciliaria con un amplio cuestionario donde se incluye la presencia de morbilidad crónica. Se han seleccionado 30 enfermedades crónicas para este estudio. Los instrumentos utilizados para evaluar la CVRS son el EQ-5D-5L para adultos. Se analizan las dimensiones individuales, la escala autovalorativa (VAS) y el índice EQ-index con los valores de preferencias y tarifas para España. Se describen sus valores y se comparan entre las personas enfermas y PG y PNE mediante análisis estratificado y comparación de medias con t de Student con el programa SPSS v15.

Resultados: Existen grandes pérdidas de CVRS en las personas enfermas tanto respecto a la PG adulta como con respecto a las PNEDM. Este hecho sucede tanto usando la escala VAS o index EQ-5D. El VAS medio en adultos en PNE es 78,4 y en PG 76,8. El index EQ-5D en PNE es 0,95 y en PG es 0,93. En personas con morbilidad crónica varían ampliamente en función de la enfermedad. Aquellas que mayor reducción de CVRS tienen son cirrosis, infarto de miocardio, depresión, tumores malignos y osteoporosis (VAS: 53,5; 56,2; 58,8; 59,3 Y 59,3 respectivamente), los valores varían ligeramente con EQ-5D index (cirrosis, incontinencia urinaria, depresión, otros problemas mentales con 0,76; 0,78; 0,79 y 0,79). Las menos afectadas son las personas con problemas de tiroides, alergia crónica, migrañas. Existen diferencias estadísticamente significativas entre CVRS de personas enfermas y PNE y PG en todas las enfermedades crónicas salvo en alergias crónicas y problemas del tiroides. En todos los tramos etarios la diferencia de CVRS es estadísticamente significativa entre enfermos/PNE/población general (salvo en las enfermedades citadas). En el estudio se calculan todos los valores y diferencias por edad y sexo.

Conclusiones: La pérdida de CVRS en las personas afectas por la cronicidad es considerable, alterando ampliamente su vida cotidiana. Los autores consideran que se debe integrar este tipo de análisis en la evaluación de las estrategias ante esta enfermedad así como para la evaluación del impacto de las intervenciones de atención a la cronicidad.

503. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES Y DOLOR CERVICAL Y LUMBAR DISCAPACITANTE EN PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA Y CENTROAMÉRICA. ESTUDIO CUPID

D. Bernal, S. Vargas-Prada, F.G. Benavides, C. Serra

Universidad de Panamá; CiSAL-UPF; CIBERESP; Parc de Salut Mar.

Antecedentes/Objetivos: Analizar en qué medida los factores psicosociales se asocian con el dolor lumbar y cervical discapacitante en los profesionales de enfermería de hospital en España y Centroamérica, y evaluar las diferencias entre países.

Métodos: Se utilizó un cuestionario estandarizado para recopilar datos en 1.227 enfermeras/os y auxiliares de enfermería, de 20-64 años de edad de España, Costa Rica y Nicaragua. En total, 1.013 participantes completaron las dos fases del estudio (tasa de respuesta = 86,3%, 85,1% y 72,0%, respectivamente). Al inicio del estudio se recogió información sobre la exposición a factores de riesgo psicosocial, así como de dolor lumbar y cervical discapacitante. 12 meses después la discapacidad por dolor lumbar y cervical fue nuevamente evaluada. Se valoró la exposición a factores de riesgo psicosocial con preguntas basadas en el modelo de Karasek de demanda/control/apoyo social. El dolor lumbar y cervical discapacitante se evaluó en relación a la dificultad para realizar actividades diarias y fue clasificada en dolor no discapacitante, moderadamente y altamente discapacitante. La asociación entre la exposición a factores de riesgo psicosocial con el dolor discapacitante fue calculada mediante modelos de regresión logística multinomial.

Resultados: El 85,6% de los participantes fueron mujeres. De los 363 sujetos con dolor no incapacitante al inicio del estudio, el 49,7%, 34,6% y 15,7% reportó dolor lumbar y/o cervical no discapacitante, moderadamente discapacitante y altamente discapacitante, respectivamente, al seguimiento. Luego de ajustar por sexo, edad, actividad física y país, los que presentaron dolor no discapacitante al inicio del estudio y estuvieron expuestos a altas demandas laborales al final del mismo mostraron un mayor riesgo de padecer dolor discapacitante (OR 2,3; IC95% 1,10-4,9) en relación a los no expuestos. Además, la insatisfacción en el trabajo se asoció a un mayor riesgo de padecer dolor discapacitante (OR 2,5; IC95% 1,2-5,4). Los trabajadores de Nicaragua y Costa Rica tenían un mayor riesgo de padecer dolor discapacitante al seguimiento (OR 5,6; IC95% 2,8-11,2 y OR 3,3; IC95% 1,7-6,3 respectivamente) con respecto a los de España. Los trabajadores de Costa Rica y Nicaragua con dolor no discapacitante al inicio del estudio, luego de un año presentaron una mayor incidencia de dolor discapacitante con respecto a los trabajadores españoles (15,7%).

Conclusiones: Los resultados sugieren que en el personal de enfermería de hospital los factores de riesgo psicosocial de origen laboral tienen una influencia en el incremento de la discapacidad por dolor lumbar y cervical, y cuya magnitud presenta diferencias geográficas.

Financiación: FIS070422.

565. CALIDAD DE VIDA Y USO DE RECURSOS SANITARIOS EN PACIENTES CON DEPRESIÓN CRÓNICA Y/O ANSIEDAD CRÓNICA

A. Hidalgo Vega, R. Villoro Valdés, M. Merino Ventosa, V. Gimeno de la Fuente, I. Pizarro Paixa

Instituto Max Weber; Lundbeck España S.A.

Antecedentes/Objetivos: La depresión y la ansiedad son trastornos crónicos de salud mental con una elevada prevalencia en España en población adulta. Este estudio analiza el perfil sociodemográfico de las personas diagnosticadas con depresión crónica (DC) y/o ansiedad crónica (AC) y evalúa el impacto de estas enfermedades sobre su calidad de vida y la utilización de recursos sanitarios.

Métodos: A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 se realizó una explotación estadística descriptiva de las personas que reportan haber sido diagnosticadas con depresión y/o ansiedad crónicas. Se obtuvieron Años de Vida Ajustados por la Calidad (AVACs) y utilización de recursos para personas con 1) depresión crónica; 2) ansiedad crónica; y 3) depresión y ansiedad crónicas. Se estudió la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre grupos de edad y sexo; y entre personas con depresión y/o ansiedad, personas con otra enfermedad crónica, y población general.

Resultados: El 10,4% de la población en España reporta haber sido diagnosticado con depresión y/o ansiedad crónicas, representando el 15,8% de todos los enfermos crónicos. La prevalencia de depresión y/o ansiedad en mujeres triplica la de los hombres (14,9% vs 5,9%) y en personas mayores de 65 años duplica la de 65 años y menos (16,9% vs 8,9%). Las personas con DC y/o AC tienen en promedio 8 enfermedades crónicas adicionales (3 en el resto de enfermos crónicos). Entre 5 posibles apreciaciones (muy malo, malo, regular, bueno, muy bueno) el 68,4% de los enfermos con DC y/o AC autopercebe su estado de salud entre muy malo y regular (33,7% en el resto de enfermos crónicos, y 28,1% de la población total). La calidad de vida medida en AVACs es de 0,64 en el grupo con DC y AC, 0,73 en el de DC, y 0,82 en el de AC, y es significativamente inferior a la del resto de enfermos crónicos (0,90) y la población general (0,91). Las mujeres reportan menos AVACs que los hombres (0,70 vs 0,76), y los mayores de 65 años tienen 0,20 AVACs menos que los menores de 65. La utilización de recursos de personas con DC y/o AC es significativamente superior que la de la población general, con una media de hospitalizaciones en los últimos 12 meses de 15,6% (vs 8,5%), y una media de uso de urgencias de 43,3% (vs 27%). El consumo de recursos sanitarios es casi 50% mayor si la persona está diagnosticada con DC y AC que si padece sólo de DC o sólo de AC.

Conclusiones: La depresión y la ansiedad crónicas tienen un elevado impacto sobre la calidad de vida y el uso de recursos sanitarios de los pacientes. Este impacto es significativamente superior al de los pacientes con otras enfermedades crónicas, especialmente en mujeres y mayores de 65 años.

Financiación: Lundbeck Iberia.

689. ASOCIACIONES OPUESTAS DE LA DEPRESIÓN DETECTADA Y NO DETECTADA CON LA MORTALIDAD EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

J. Damián, R. Pastor-Barriuso, E. Valderrama-Gama, J. de Pedro-Cuesta

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (ISCIII); Servicio Madrileño de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Aunque la depresión se asocia con un mayor riesgo de mortalidad en la población general, la evidencia es escasa y contradictoria en personas mayores institucionalizadas. Este estudio evalúa la relación de la depresión y su diagnóstico con la mortalidad a largo plazo en residentes en instituciones para mayores de Madrid.

Métodos: La cohorte inicial estuvo compuesta por 620 residentes mayores de 65 años sin deterioro cognitivo severo, que fueron seleccionados en 1998-99 mediante un muestreo estratificado de residencias públicas, concertadas y privadas de Madrid. La información basal se recogió mediante entrevistas estructuradas a residentes, cuidadores y médicos de las residencias. La depresión detectada se definió como el diagnóstico médico de depresión o el uso de antidepresivos; mientras que la depresión no detectada se definió como una puntuación ≥ 4 en versión de 10 preguntas de la Geriatric Depression Scale, sin diagnóstico ni tratamiento documentado. Las muertes por cualquier causa se determinaron mediante consulta al Índice Nacional de Defunciones en periodo comprendido entre la entrevista basal y septiembre de 2013. El seguimiento se censuró durante el primer año para evitar un posible efecto causal inverso. Las hazard ratios (HRs) de mortalidad asociadas con depresión se estimaron mediante modelos de Cox ajustados por edad, sexo, tipo de residencia, número de enfermedades crónicas, capacidad funcional (índice de Barthel) y estado cognitivo (cuestionario de Pfeiffer), y teniendo en cuenta los pesos, estratos y unidades primarias del muestreo complejo del estudio.

Resultados: Los 620 residentes fueron seguidos un tiempo mediano/máximo de 4,9/15,2 años y se produjeron 528 muertes para un total de 3.851 personas-año de seguimiento (tasa de mortalidad: 131,2 por 1000 personas-año). La HR de mortalidad (IC95%) para los residentes con depresión basal (detectada o no) respecto a aquellos sin depresión fue de 0,92 (0,72-1,19). Sin embargo, diferenciando según el estado de detección, las HRs de mortalidad asociadas con la depresión detectada y no detectada fueron respectivamente 0,69 (0,50-0,95) y 1,54 (1,03-2,31).

Conclusiones: La depresión, globalmente considerada, no se asoció con la mortalidad por cualquier causa en personas mayores institucionalizadas. Sin embargo, sí se observó una reducción significativa de la mortalidad entre los residentes con depresión detectada y un aumento de la mortalidad entre aquellos con depresión no detectada. Las asociaciones opuestas entre mortalidad y depresión según el estado diagnóstico tendrían importantes implicaciones en la detección y el tratamiento de la depresión en población institucionalizada.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria, 96/0201.

800. DETERMINACIÓN DE PUNTOS DE CORTE DE INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS COMPARADOS CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA EXCESO DE PESO EN POBLACIÓN ADULTA JOVEN

J.F. Checa-Sevilla, D. Valera-Gran, E.M. Navarrete-Muñoz, M. García de la Hera, D. Giménez-Monzó, S. González-Palacios, J. Vioque

Universidad Miguel Hernández; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El exceso de peso considerado por un índice de masa corporal ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) es un problema relevante de salud pública a nivel mundial. El IMC es probablemente el indicador antropométrico más utilizado en estudios epidemiológicos para medir el exceso de peso aunque su uso ha sido cuestionado para determinar adiposidad o masa grasa en algunas poblaciones. En este estudio se estiman los puntos de corte óptimos para determinar exceso de peso mediante varios indicadores antropométricos en una población universitaria usando como referencia el IMC.

Métodos: Se realizó una exploración antropométrica a 706 adultos (73,4% de mujeres) de 17 a 35 años de edad de "Dieta, antropometría y salud en población universitaria". Se obtuvieron medidas directas según protocolo estandarizado para peso, altura, circunferencia cintura (CCI), circunferencia cadera y para 363 se determinó el porcentaje de tejido graso (%GC) mediante bioimpedancia eléctrica. También se calcularon el IMC, el índice de cintura cadera (ICC) y el índice cintura altura (ICA). Se establecieron los puntos de corte óptimos mediante la curva de ROC por sexo para cada CCI, ICC, ICA y %GC utilizando como método de referencia el IMC. Se estimó la prevalencia y los coeficientes de correlación, así como la sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos.

Resultados: Los puntos de corte que mejor discriminaron el exceso de peso fueron para el CCI $> 86,75 \text{ cm}$ en hombres y $> 74,75 \text{ cm}$ en mujeres, para el ICC $> 0,86$ en hombres y $> 0,79$ en mujeres, para el ICA $> 0,50$ en hombres y $> 0,47$ en mujeres y para un %GC $> 25,70$ para hombres y $> 33,10$ en mujeres. La prevalencia de exceso de peso estimada en hombres ha sido del 29,8%, 38,3%, 43,1%, 30,3% y 22,8% según el IMC, CCI, ICC, ICA y %GC, y en mujeres del 13,1%, 46,9%, 34,6%, 33,2% y 27,3%, respectivamente. La correlación entre el IMC-CCI fue $r = 0,65$ y $r = 0,25$ entre IMC-%GC, observándose ligeras diferencias por sexo. La sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo para CCI en hombres fue 78,6%, 78,8% y 61,1%, en mujeres 90,4%, 63,3% y 28,0%; ICC en hombres fue 66,1%, 66,7% y 45,7%, en mujeres 52,9%, 68,2% y 20,7%; ICA en hombres 71,4%, 87,1% y 70,2%; en mujeres 80,9%,

74,9% y 33,2% y para %GC fue en hombres 64,3%, 95,3% y 85,7%; y en mujeres 92,6%, 81,1% y 35,6%.

Conclusiones: La prevalencia de exceso de peso difiere según el indicador antropométrico utilizado. El CCI y el ICA resultaron más sensibles y el más específico fue el %GC. Dada la facilidad de medición y obtención del CCI y del ICA pueden ser indicadores útiles complementarios al IMC para detectar exceso de peso en adultos jóvenes en estudios epidemiológicos.

Financiación: FIS PI 13/00654 Generalitat.

502. POSTURA SAGITAL EM PÉ, DOR NA COLUNA E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS DA POPULAÇÃO GERAL: UMA ASSOCIAÇÃO ESPECÍFICA POR SEXO

F. Araújo, R. Lucas, N. Alegrete, S. Lourenço, A. Azevedo, H. Barros

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto; Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: Estudos realizados em contexto clínico mostraram que existe uma associação da postura sagital em pé com a presença de dor e qualidade de vida diminuída, mas esta relação ainda não foi estudada na população adulta geral. O objetivo deste estudo é analisar a relação da postura sagital em pé com dor na coluna e qualidade de vida relacionada com a saúde em homens e mulheres da população geral.

Métodos: Como parte integrante do estudo de base populacional em adultos EPIPorto, 178 homens e 311 mulheres foram consecutivamente recrutados. A idade, educação e índice de massa corporal foram avaliados. A aquisição de dados radiográficos consistiu em Raio-X de 36-polegadas obtidos com o participante na posição de pé. Três grupos foram criados relativamente aos parâmetros do alinhamento espino-pélvico sagital (baixo, intermédio ou alto) com base nos tercis da distribuição específica por sexo para cada parâmetro. Adicionalmente, um de quatro tipos de padrões posturais sagitais foi identificado para cada participante utilizando a classificação proposta por Roussouly. A prevalência e gravidade da dor na coluna vertebral foram avaliadas com base em informação autodeclarada e a qualidade de vida relacionada com a saúde através de duas componentes principais do Short Form 36.

Resultados: Nos homens, diferenças na gravidade da dor na coluna apenas foram observadas entre os grupos da razão entre a inclinação pélvica e incidência pélvica. As mulheres com alta incidência pélvica ou elevado declive do sacro possuíram possibilidades mais elevadas de apresentar dor severa na coluna comparativamente às que apresentaram valores intermédios nesses parâmetros (razão de possibilidades ajustada = 2,21 e 2,15; intervalo de confiança a 95%: 1,24-3,97 e 1,21-3,86; respetivamente). As maiores diferenças na componente física da qualidade de vida das mulheres foram observadas entre os grupos do eixo vertical sagital: o grupo "alto" teve uma pontuação 8,8 (z-score) menor do que o grupo "baixo" ($p < 0,001$), mas este resultado deixou de ser estatisticamente significativo após ajuste para a idade, educação e índice de massa corporal.

Conclusiones: A postura sagital em pé não esteve consistentemente associada com qualidade de vida nos homens. Uma maior incidência pélvica e elevado declive do sacro são características das mulheres que poderão estar envolvidas no processo causal de dor severa na coluna. A monitorização de parâmetros da postura sagital na população adulta geral apresenta uma utilidade limitada como ferramenta de rastreio para causas de sintomas musculoesqueléticos inespecíficos.

Financiación: Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Desigualdades en salud II (Oral 10 minutos)

Viernes, 5 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:30 h

Modera: Maica Rodríguez Sanz

644. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE BOCAS DE SAN ANTONIO, MAGANGUÉ (BOLÍVAR), COLOMBIA, 2013-2014

I.S. Morales Salcedo, M.A. Castellano Gutiérrez, F.F. Varón Suárez

Programa de Medicina Universidad Simón Bolívar.

Antecedentes/Objetivos: Bocas de San Antonio se ubica en la Rive-ra del Rio San Jorge, Bolívar; es un sitio afectado por inundaciones, es-cases de alimento, de acueducto y alcantarillado. El estudio "Situación de salud 2009- 2011 Departamento de Bolívar" indica que la comu-nidad desconoce las recomendaciones emanadas en las políticas de salud públicas nacionales. El análisis de la situación de salud permite caracterizarla en un nivel básico de acuerdo a las siete dimensiones prioritarias establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública-PDSP: salud ambiental; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; se-guridad alimentaria y nutricional; convivencia social y salud mental; vida saludable y enfermedades transmisibles; vida saludable y condi-ciones no transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; y salud en el entorno laboral. Caracterizar el estado de salud de la co-munidad como elemento base para la planificación estratégica de po-líticas de salud a nivel local mediante la identificación y priorización de los determinantes del proceso salud-enfermedad y de la respuesta social. Aplicar el método de investigación científica en estudios de campo para la consolidación de conocimientos adquiridos.

Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal, cuantitativo. Aplicación de ASIS, proceso de análisis o descomposición y de sín-tesis o recomposición de un escenario de salud. Unidad muestral: vivienda permanente en la comunidad. Las medidas de tendencia central; chi cuadrado, tau de Kendalls, rho de Spearman y otros esta-dísticos fueron aplicados en el análisis de las variables con SPSS v20.

Resultados: En la comunidad habitan 497 personas; los planes de promoción y prevención en salud según los rangos de edad y condi-ciones aplicables a cada individuo indican el cumplimiento del PAI: 95%, Control prenatal: 91%; Adulto joven: 0%; Crecimiento y desarrollo: 63%, salud visual: 4,2%; salud oral: 7%; detección temprana de cáncer de mama: 1,3%, detección temprana de cáncer de cuello uterino: 11%; adulto mayor: 6,2%; planificación familiar: 13,2%. En la morbilidad prevalecen enfermedades diarreicas y otras infecciones; embarazos no deseados en menores de edad y alto riesgo obstétrico; mortalidad por crónicas e infecciosas. No cuenta con alcantarillo ni acueducto, con Promotor de Salud ni con una unidad de atención básica en salud. Sólo hay un colegio que presta educación hasta 5 básico de primaria.

Conclusiones: Se requiere del compromiso de los entes gubernamentales responsables por garantizar la prestación de servicios de salud, de forma a que sean satisfechas las necesidades sentidas de la comunidad de San Antonio afectada por la pobreza extrema, falta de educación y "olvido nacional".

776. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y DETERIORO COGNITIVO SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO EN PERSONAS MAYORES DE BARCELONA

M. Salvador, A. Pérez, M.J. López, A. Espelt, E. Teixidó

UD MPySP PSMAR-UPF-ASPb; Agència de Salut Pública de Barcelona; IIB Sant Pau; CIBERESP; FIS-TEM; Departament de Psicobiologia i Metodologia de les Ciències de la Salut, UAB.

Antecedentes/Objetivos: El problema de salud mental más común entre las personas mayores es la depresión que, junto con el deterioro cognitivo, puede tener un gran impacto tanto a nivel individual como

social. El objetivo del estudio fue describir la sintomatología depresi-va y el deterioro cognitivo, según nivel socioeconómico, en una mues-tra de personas mayores de Barcelona.

Métodos: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionarios y valoraciones neurocognitivas en una muestra de conveniencia de personas de 65 a 80 años, usuarias de 4 Centros de Atención Primaria de Barcelona (2012-13) (n = 300). Las variables dependientes fueron la sintomatología depresiva medida con la Geriatric Depression Scale (GDS-5) y el deterioro cognitivo medido con el Mini-mental Test Examination (MMSE). Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil y convivencia) y socioeconómicas (nivel de estu-dios, clase social y nivel económico del barrio). Se realizó un análisis descriptivo univariado y bivariado. Se calcularon las puntuaciones medias de GDS-5 y MMSE según cada variable independiente y las correlaciones de Spearman cuando correspondiera. Finalmente, para determinar la asociación entre GDS-5 y MMSE y las distintas variables independientes se calcularon distintos modelos de regresión Poisson obteniendo Riesgos Relativos (RR) y sus respectivos intervalos de con-fianza al 95%.

Resultados: El 70,7% de la muestra fueron mujeres, con una me-diana de edad de 74,1 años, un 54,3% tenía estudios primarios y un 78,1% pertenecía a la clase manual. El 14,7% presentó sintomatología depresiva y el 9,8% deterioro cognitivo, ambos porcentajes fueron su-periores en mujeres. La puntuación media de GDS-5 fue de 0,87, sien-do significativamente peor en personas de clase manual (0,95), sin estudios o con estudios primarios (0,96) y entre residentes en barrios con menor renta ($r = -0,12$, $p = 0,04$). Similares resultados se obtuvie-ron para el MMSE, con una media de 27,6, y valores de 27,2 para clase manual, 27,3 sin estudios o con estudios primarios y una r de 0,38 ($p < 0,001$) al aumentar la renta del barrio. En el modelo ajustado, se mantuvieron las diferencias significativas en depresión por nivel de estudios, $RR = -0,42$, $IC95\% (-0,76, -0,07)$, y en deterioro cognitivo por nivel renta del barrio, $RR = 0,002$, $IC95\% (0,002, 0,003)$.

Conclusiones: En base a los resultados obtenidos, es necesario de-sarrollar políticas orientadas a disminuir las desigualdades sociales, así como intervenciones orientadas a la prevención de la sintomatolo-gía depresiva y el deterioro cognitivo entre la gente mayor.

Financiación: ISCIII 2011/107.

619. DESAFIANDO EL PRIMER DÍA DE VIDA EN COLOMBIA

M.C. Jaramillo-Mejía, J.D. Martínez-Blanco, D. Chernichovsky, J.J. Jiménez-Moleón

Universidad Icesi; Fundación Clínica Valle del Lili; Universidad de Granada; Ben Gurion University of the Negev.

Antecedentes/Objetivos: La tasa de mortalidad infantil (TMI) re-gistrada para 2009 en Colombia es de 13,69 muertes por 1.000 naci-dos vivos y 2,90 muertes por mil (22%) ocurren en el primer día de vida (TM24h), aunque puede ser mayor, por subregistro. Algunas muertes pudieron prevenirse con buen control del embarazo y buena atención del parto. El objetivo es determinar la tendencia y correla-ción de la mortalidad en el primer día durante el periodo 2001-2009, focalizando sobre las causas de mortalidad prevenibles y las caracte-rísticas que las diferencian a nivel regional, para guiar las políticas de reducción de la TMI.

Métodos: La base de datos consta de 6.440.790 registros individua-les de mortalidad antes de las primeras 24 horas de vida y de nacido vivo, entre 2001 y 2009, del Departamento Administrativo Nacional de Estadística y camas materno-infantiles y de cuidado intensivo procedentes del Ministerio de Salud. Se utiliza una adaptación de los criterios de evitabilidad de Erika Taucher y se aplican dos tipos de análisis: un análisis descriptivo, que incluye la estimación de la evo-lución temporal de las tasas de mortalidad y un análisis multivariado de regresión Logit, de la mortalidad antes de 24 horas y condiciones biológicas y socioeconómicas de la madre y el niño, además del lugar

de residencia y disponibilidad de servicios o condiciones médicas, para identificar su prevención potencial.

Resultados: Entre 2001-2009, índice de reducción anual de la TM24h es de 5,2%, contribuyendo a la reducción de la TMI en Colombia, que tiene una tasa de descenso anual de 3,9%. Sin embargo, para 2009, el 45,5% (alrededor de 1.000 bebés), fallecieron el primer día de vida por causas evitables. Se observaron amplias variaciones regionales en relación con la media. El análisis multivariado indicó que un mayor acceso a servicios oportunos y de mejor calidad, aproximado por la disponibilidad de cama materno-infantil y de cuidado intensivo cobra importancia en el tiempo –versus las condiciones socioeconómicas– en la reducción de la TM24h por causas prevenibles.

Conclusiones: En Colombia hay un amplio potencial para reducir la tasa de mortalidad infantil en Colombia, con medidas eficaces y de bajo costo (mortalidad evitable), que incluyen la mejora en el control prenatal y la atención durante el trabajo de parto y el parto.

74. DESIGUALDADES SOCIALES EN EL USO DE ATENCIONES DENTALES EN ADOLESCENTES DE CHILE

M. Cornejo-Ovalle, A. González-Gell, S. Peña, G. Pérez, C. Borrell

Facultad de Odontología, Universidad de Chile; Facultad de Medicina UDP; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En el Sistema de Salud Chileno coexisten y compiten entre sí, los subsistemas público y privado. En general el sistema privado concentra a las personas más jóvenes, más sanas y con mayores recursos. Entre las metas sanitarias nacionales no logradas de la década pasada está la cobertura de atención dental en la población menor de 20 años. Aunque existe evidencia que el copago limita el acceso a la atención dental, desde 2013 el gobierno anterior implementó para las personas de 12 a 17 años de edad la opción de acceder, mediante copago, a la atención dental con proveedores privados. Objetivo: Describir las desigualdades sociales en el uso de las atenciones dentales en la población chilena de 12 a 17 años de edad.

Métodos: Estudio transversal (Encuesta CASEN 2011) en una muestra representativa de la población chilena de 12 a 17 años de edad ($n = 19.835$). Las variables dependientes fueron la visita al dentista y el número de visitas durante los 3 meses previos a la encuesta. El nivel socioeconómico (NSE) se midió con el ingreso total familiar y se categorizó en quintiles. Otras variables sociodemográficas usadas fueron la edad (12-13/14-15/16-17 años), el seguro de salud (público/privado), la ruralidad, el tipo de escuela a que asiste (pública/subvencionada/privada) y la autopercepción de la salud. Se calculó la prevalencia de visitas y la media de visitas con sus respectivos intervalos de confianza. Se ajustaron modelos de regresión de Poisson Robusta bi y multivariados para calcular las razones de prevalencia de la asociación entre visitar al dentista y las variables independientes. Los resultados se ponderaron por el peso muestral y se estratificaron por sexo.

Resultados: El 10% de los hombres y el 13% de las mujeres ($p < 0,001$) visitaron al dentista. La media de visitas fue 0,191 y 0,249 para los hombres y mujeres respectivamente ($p < 0,01$). En ambos sexos se observó diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia y en la media de visitas según edad, seguro de salud, ruralidad, tipo de escuela, quintil de NSE y autopercepción de salud. El modelo multivariado de regresión de Poisson robusta mostró que visitan más al dentista las mujeres que los hombres (RP = 1,28; IC95%: 1,18-1,4); las personas del quintil de NSE más favorecido respecto a las del quintil menos favorecido (RP = 1,79; IC95%: 1,54-2,06); las que tenían seguro privado (RP = 1,39; IC95%: 1,25-1,56); de colegios privados (RP = 1,39; IC95%: 1,16-1,67) y subvencionados (RP = 1,13; IC95%: 1,03-1,23) respecto a las de colegios públicos; y las con buena autopercepción de salud (RP = 1,33; IC95%: 1,13-1,57).

Conclusiones: El año 2011 se observan desigualdades sociales en el uso de las atenciones dentales entre la población chilena de 12 a 17 años de edad.

354. INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EL ESTADIO EN CÁNCER COLORRECTAL EN GUIPÚZCOA

C. Sarasqueta, N. Etxezarreta, J.M. Quintana, A. Perales, U. Aguirre, J.M. Enríquez Navascues, E. Cormenzana, J.M. Erro, I. Urkidi

Hospital Universitario Donostia; REDISSEC; CIBERESP; BioDonostia; Hospital Galdakao; Hospital Bidasoa; Hospital Zumárraga; Hospital Mendaro.

Antecedentes/Objetivos: El estadio diagnóstico es uno de los mayores determinantes de la supervivencia en pacientes con cáncer colorrectal (CCR). Para reducir las desigualdades sociales en mortalidad por CCR es necesario determinar cómo influye la posición social en dicho factor. El objetivo del estudio fue determinar si la clase social, nivel de estudios, edad y estado civil se asocian con el estadio y con la demora atribuida al paciente. Este estudio se engloba en el proyecto CARESS-CR (Cáncer-Resultado y Servicios de Salud-Colon Recto) que evalúa la asistencia sanitaria prestada a pacientes con CCR.

Métodos: Diseño de cohorte prospectiva con casos incidentes de cáncer de colon y/o recto e intervenidos quirúrgicamente en los hospitales de la Red Sanitaria Pública de Guipúzcoa. Se incluyeron 348 pacientes diagnosticados desde mayo de 2010 a mayo de 2012. El estadio se agrupó en Precoz (estadio I) y Avanzado (estadios II-IV). La demora paciente se define como el intervalo transcurrido entre el primer síntoma y la primera visita médica. La medida de la clase social se realizó a partir de la Ocupación (Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994). La asociación estadística con la demora se determinó mediante la prueba de Kruskal Wallis y para medir la asociación con el estadio se utilizó el test chi cuadrado y posteriormente se ajustó un modelo de regresión logística.

Resultados: La localización tumoral fue colon en 205 (59%) pacientes, recto en 96 (28%) y 46 (13%) tumores de la unión rectosigmoidea o más de una zona del colon o recto afectadas. La edad media fue 67,7 años con 61,5% de hombres. 13% de los pacientes pertenecían a la clase social I, 9% a la clase social II, 26% a la clase social III, 48% a la clase social IV y el 11% a la clase social V. Según el nivel de estudios se clasificaron en: 5% sin estudios, 50% primaria incompleta, 19% primaria completa, 16% estudios secundarios y 8% estudios universitarios. 19% de los tumores fueron diagnosticados en estadio precoz (I) y un 81% en estadio avanzado (II-IV). En el análisis univariado, los solteros y viudos, los pacientes con 2 o más comorbilidades y las personas sin estudios tuvieron mayor riesgo de debutar en estadios avanzados. Esta aproximación a la significación desaparece al ajustar un modelo de regresión logística. Entre los factores determinantes de la demora atribuida al paciente sólo se encontró asociación estadísticamente significativa con la clase social, pero sin observarse un gradiente ordenado.

Conclusiones: No se encuentran desigualdades socioeconómicas en el estadio diagnóstico entre los pacientes intervenidos por cáncer colorrectal en el sistema sanitario público de Guipúzcoa.

Financiación: FIS y REDISSEC.

252. DESIGUALDADES SOCIALES EN MORTALIDAD Y MORBILIDAD DE MUJERES Y HOMBRES DE LAS AMÉRICAS, 2010

M. Haeberer, O. Mujica, I. Nogueira

Organización Panamericana de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del estudio es documentar la presencia, características y magnitud de las desigualdades sociales en la mortalidad y morbilidad de mujeres y hombres de las Américas.

Métodos: Se utilizaron datos de países provenientes del Institute for Health Metrics and Evaluation, año 2010. Se analizaron desigualdades según sexo y nivel educativo (años promedio de educación como proxy de posición social) en el riesgo de morir, en la esperanza de vida total y en la saludable o libre de discapacidad. Se calcularon indicadores de brecha (desigualdad absoluta y relativa entre cuartiles extremos) y de gradiente (índice de desigualdad de la pendiente e índice de concentración).

Resultados: Los hombres tienen en promedio 94% más riesgo de morir que las mujeres (1,8 muertes/1.000), entre mujeres y hombres del cuartil con menor educación este exceso de riesgo es del 40% (1,5/1.000). La desigualdad entre los menos y más educados es mayor entre hombres (4,6 y 2,1/1.000). El 50% de la población menos educada concentra el 55% (mujeres) y 61% (hombres) de las muertes. Las mujeres viven en promedio 5,7 años más que los hombres, entre los menos educados esta diferencia es de 4 años. La desigualdad entre los menos y más educados es mayor entre hombres (9,2 y 7,2 años). El 50% de la población menos educada concentra el 72% (mujeres) y 73% (hombres) de los años potenciales de vida perdidos. Las mujeres viven libres de discapacidad en promedio 3,4 años más que los hombres, entre los menos educados esta diferencia es de 2 años. La desigualdad entre los menos y más educados es mayor entre hombres (7,8 y 5,8 años). El 50% de la población menos educada concentra el 76% (mujeres) y 75% (hombres) de los años potenciales de vida saludable perdidos.

Conclusiones: Se concluye que los hombres presentan en promedio una mayor carga de morbilidad y mortalidad que las mujeres, superior a la esperada por razones biológicas; sin embargo, en los sectores sociales más desaventajados, esta desigualdad disminuye por deterioro de la salud de las mujeres, que pierden su ventaja biológica por razones sociales. Además de las desigualdades entre sexos, existen grandes desigualdades entre mujeres y entre hombres según la posición relativa que ocupen en el gradiente social: a más baja posición social, peor situación de salud. Dado que las desigualdades analizadas son injustas, innecesarias y evitables, constituyen inequidades en salud y exigen, por tanto, una acción de política sanitaria que mitigue el efecto que tiene el sexo o la posición social en los resultados de salud. Una función ineludible de las instituciones sanitarias es el monitoreo de las desigualdades sociales en salud, que permitirá evaluar el impacto de las políticas no sólo sobre la tendencia promedio poblacional sino sobre las brechas sociales.

Financiación: Organización Panamericana de la Salud.

96. EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD TRATABLE EN LAS CIUDADES DE VALENCIA, ALICANTE Y CASTELLÓN. 1996-2007

A. Nolasco, J.A. Quesada, J. Moncho, I. Melchor, P. Pereyra-Zamora, N. Tamayo, M.A. Martínez-Beneito, O. Zurriaga

Universidad de Alicante; Registro de Mortalidad de la CV; Área de Desigualdades en Salud, FISABIO-CSISP, Conselleria de Sanitat; Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: Este estudio describe las desigualdades en mortalidad evitable tratable en áreas urbanas de las ciudades de Valencia, Castellón y Alicante (Comunidad Valenciana, España) y su relación con el nivel socioeconómico de las mismas, analizando la evolución de las desigualdades a lo largo de los periodos 1996-99, 2000-2003 y 2004-2007 en las ciudades de Alicante, Castellón y Valencia.

Métodos: Se ha analizado todas las muertes por causas tratables ocurridas en residentes no institucionalizados en las ciudades durante los periodos a estudio. Se agruparon las secciones censales de las

ciudades en 3 niveles socioeconómicos, de mayor a menor privación, utilizando 5 indicadores obtenidos del Censo español de Población de 2001. Para cada ciudad se han estimado los riesgos relativos de muerte entre niveles socioeconómicos utilizando modelos de regresión de Poisson, ajustados por edad y periodo a estudio y diferenciando por sexos.

Resultados: En total, han sido analizadas 2.793 muertes en Alicante, 1.394 en Castellón y 8.058 en Valencia. La mortalidad evitable tratable contribuye de forma importante a la mortalidad general (alrededor del 10%, siendo mayor en hombres), habiendo disminuido a lo largo del tiempo en las tres ciudades tanto para hombres como para mujeres. En las 3 ciudades estudiadas se ha constatado, con gran consistencia, que los riesgos de muerte son mayores en las zonas de mayor privación, no habiéndose modificado estos excesos a lo largo del tiempo.

Conclusiones: Aunque la mortalidad tratable disminuye a lo largo del periodo estudiado, sus desigualdades socioeconómicas se mantienen en las tres ciudades. Se han identificado las áreas en que aparecen excesos de mortalidad tratable, potencialmente atribuible a deficiencias del sistema sanitario, y asociadas a las zonas con mayor privación. Son estas zonas de mayor riesgo donde se debería actuar para reducir las desigualdades en salud detectadas. Es necesario estudiar en profundidad las causas de las desigualdades socioeconómicas en mortalidad tratable.

Financiación: FIS-FEDER proyectos PI040170 y PI080330.

409. 20 AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD PREMATURA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS CAMBIOS POBLACIONALES EN LA CIUDAD DE BARCELONA

M. Rodríguez-Sanz, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona; IIB Sant Pau; CIBERESP; Universidad Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: En las 2 últimas décadas en Barcelona han ocurrido grandes cambios como el desarrollo de proyectos de regeneración urbana y la llegada de población extranjera, produciéndose cambios en el contexto físico y socioeconómico de la ciudad, así como en la población. El objetivo del estudio fue analizar la tendencia de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad prematura en los barrios de Barcelona, durante las últimas dos décadas.

Métodos: Estudio de tendencias sobre la población residente en Barcelona de 25-64 años el período 1992-2011, considerando la estructura de 3 niveles: grupos de individuos, observados 25 años, jerarquizados en los 38 barrios de la ciudad. La variable dependiente fue la mortalidad, y las independientes fueron individuales (sexo, edad, nivel de estudios) y contextuales (población, privación socioeconómica y migración en los barrios). Se realizó un análisis descriptivo (evolución bienal y mapas de distribución de periodo) de las tasas de mortalidad ajustadas por edad según el método directo; a continuación se describieron los cambios producidos en la población y la inmigración en los barrios según la privación y su asociación (r correlación Spearman); y finalmente se ajustaron modelos de Poisson multinivel para analizar conjuntamente la asociación (RR [IC95%]) entre las características de los individuos y de los barrios sobre la mortalidad y su evolución.

Resultados: En Barcelona, los individuos con menor nivel de estudios y residentes en barrios de mayor privación presentan mayor riesgo de mortalidad, y estas desigualdades persisten con cierta tendencia a disminuir. No obstante, en los barrios de mayor privación ha habido más regeneración urbana ($r = 0,54$, $p < 0,001$), ha llegado más población inmigrante ($r = 0,62$, $p < 0,001$), y se observa un mayor aumento de población joven ($r = 0,42$, $p < 0,05$). En este sentido, se observa una disminución de las desigualdades debida a una mayor

disminución de la mortalidad en los barrios que han recibido más población inmigrante, independiente de la privación, aunque sólo es significativo en hombres (p.ej. en los barrios de mayor privación: la disminución anual de la mortalidad fue $RR = 0,80$ [0,78-0,82] en barrios de alta inmigración y $RR = 0,86$ [0,84-0,88] en barrios con menor inmigración).

Conclusiones: Al estudiar las tendencias de las desigualdades geográficas en la mortalidad es crucial la comprensión de los cambios demográficos y los cambios del entorno físico y socioeconómico de las áreas de estudio para no adoptar conclusiones erróneas. En Barcelona disminuyen las desigualdades en los barrios, sin embargo hay que considerar que la población en los barrios más desfavorecidos ha sufrido importantes cambios.

474. FLUCTUACIONES EN LA RELEVANCIA SOCIAL Y CLÍNICA DE LA FIBROMIALGIA EN MADRID

F. Reyero Pantigoso, G. Duque Blas, R. Pérez Lara

Madrid Salud; Psicología UNED Madrid; AFIBROFAC.

Antecedentes/Objetivos: En 1994 comenzó a utilizarse en Reumatología y Psiquiatría del Hospital Doce de Octubre de Madrid el diagnóstico de fibromialgia y se impulsó la primera asociación de enfermos de Fibromialgia del país (AFIBROM). De 2006 a 2009 en el Centro Madrid Salud (CMS) de Villaverde, se ha combinado la psicoeducación en grupo con la investigación sobre la relación entre la fibromialgia y el trastorno por déficit de atención (TDAH), mediante examen clínico, pruebas neuropsicológicas y genéticas. Las variaciones en la demanda clínica parecen preceder a las de concurrencia a las asociaciones y se plantea el objetivo de conocer la relación entre una y otra.

Métodos: Descriptivo, mediante comparación de 1º. Encuesta de opinión entre las asociaciones de fibromialgia de la zona Sur de Madrid. 2º. Recogida sistemática en el CMS los 15 últimos años de los datos demográficos y clínicos en Historia Clínica según formato ad hoc, con especial atención a los factores que pueden influir en la demanda de atención por el reumatólogo (sexo, edad, etnia, nacionalidad) y de psicoeducación en el CMS (domicilio, lugar y tipo de trabajo, discapacidad, relación con el CMS por un menor TDAH, tener antecedentes de TDAH infantil u otros trastornos psíquicos).

Resultados: En las asociaciones la concurrencia aumentó en los años 2009 a 2012, habiendo decaído el último año, lo que se atribuye a la eficacia de la educación en hábitos saludable y al abandono de la terapia Hormonal Sustitutiva en la menopausia. En el CMS, de 2001 a 2013 han demandado consulta 464 mujeres y 14 hombres, que habían sido diagnosticados por reumatólogo. En su mayoría estaban de baja laboral, transitoria o definitiva, y deseaban participar en grupos semanales de psicoeducación por las mañanas. La evolución de la demanda ha sido de aumento progresivo hasta 2007 (119 mujeres), decaer y remontar en 2011 (58) para decaer de nuevo a una media de 10 casos anuales. Las tipologías de 2007 y 2011 difieren en que en la última oleada hay mayor proporción de domicilios fuera del Área sanitaria, son mayores, hay algún caso de etnias minoritarias, menor personal de apoyo manual en instituciones sanitarias y de demandas de discapacidad, manteniéndose los antecedentes infantiles de TDAH y los de otros trastornos psíquicos en el 50% de los casos.

Conclusiones: Un consultorio puede ser atalaya del estado y expectativas de salud de la comunidad si se tienen en cuenta los sesgos en la epidemiología clínica específicos del Centro de Salud, incluso para afecciones controvertidas en ambientes sanitarios y en la sociedad, como la fibromialgia. La oferta de servicios novedosos puede incrementar la demanda clínica, a distinguir de la prevalencia real del trastorno.

574. AGOTAMIENTO PROFESIONAL (BURNOUT): NOCIONES Y REPERCUSIONES PARA LA SALUD PÚBLICA

O. Segura

SMC-AS Unidad de Investigaciones.

Antecedentes/Objetivos: El agotamiento profesional o burnout fue originalmente descrito como una condición mental caracterizada por disminución del desempeño laboral, sensación de impotencia, frustración e incapacidad para alcanzar objetivos o metas laborales. Se ha reportado a nivel mundial que los profesionales y técnicos más afectados son aquellos que prestan servicios o asisten a otras personas, especialmente los dedicados a atención en salud. Se propone que el agotamiento profesional debe asumirse como enfermedad y problema de salud pública susceptible de detección, investigación y vigilancia en función de sus condiciones y entornos predisponentes.

Métodos: Investigación cualitativa de tipo análisis de contenido documental cuyos pasos fueron: a) escogencia de palabras clave (burnout, vigilancia epidemiológica, Salud Pública) y categorías clave –circunstancias y modelo teórico, postura (des)favorable, tipo de intervención, consecuencias; b) búsqueda de fuentes primarias publicadas en inglés y español mediante PUBMED, BVS, JSTOR; c) acopio de archivos electrónicos o digitalizados en formato PDF mediante End-Note X5 (función research notes); d) lectura, contraste de opiniones y redacción de documento a través de matriz conceptual tesis-antítesis-síntesis mediante Microsoft Word® 2010; e) discusión comentada con grupo de expertos en salud pública/ocupacional.

Resultados: Fueron acopiados 98 documentos. La posición favorable señaló que las circunstancias para la génesis del burnout no son sólo laborales sino de interacción individual-grupal y de ambos con el entorno social; la posición contraria negó su existencia al no mediar estudios experimentales que lo comprueben. Los modelos teóricos (psicoanalítico, social, organizacional) discreparon sobre el carácter inicial o final del agotamiento emocional como parte del burnout; paradójicamente, las posturas examinadas sugieren el trabajo como intervención o como condición intermediaria o desencadenante, donde profesionales y técnicos de salud afectados laboran bajo nivel y comodidad inferior al requerido. La discusión comentada relevó el papel complementario de la ergonomía en el estudio del burnout.

Conclusiones: El agotamiento profesional debe ser asumido como una enfermedad por la existencia de condiciones de entorno, de trabajo o del mismo sujeto que inciden sobre él mismo, afectándolo negativamente; por la factibilidad de describirlo, detectar sus manifestaciones y realizar un ejercicio de diagnóstico diferencial y por la necesidad de investigarlo mediante estudio multi o transdisciplinar, a causa de las consecuencias deletéreas para individuos, grupos de trabajo afectados y los gastos en que incurra la sociedad por ello. Se requiere examinar teorías y modelos de salud-enfermedad que abarquen la relación individual-grupal-organizacional frente a los modos actuales de trabajo.

728. PROPUESTA DE REGRESIÓN ECOLÓGICA MEDIANTE MODELOS JERÁRQUICOS BAYESIANOS CON ESTRUCTURA ESPACIAL INTRA Y ENTRE CIUDADES

M. Marí-Dell'olmo, M.A. Martínez-Beneito

CIBERESP; ASPB; FISABIO.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años han surgido numerosos estudios de áreas pequeñas en los que se analiza la asociación entre una variable respuesta y una covariable en varias ciudades de forma independiente. Sin embargo, en ninguno de estos estudios se ha considerado la posible dependencia espacial de las asociaciones obtenidas en las distintas ciudades. En este trabajo se pretende implementar y explorar las posibles ventajas de una regresión ecológica

Bayesiana que tenga en cuenta la estructura espacial tanto dentro como entre ciudades.

Métodos: Estudio ecológico transversal. Las unidades de análisis fueron las 9.367 secciones censales de 31 ciudades españolas. La población de estudio fueron los residentes en las ciudades durante el periodo 2002-2007. Las fuentes de información fueron los registros de mortalidad y el censo de población y viviendas del año 2001. Para ilustrar el análisis se empleó como causa de mortalidad el cáncer de pulmón en hombres. La variable dependiente fue el número de muertes y se incluyó como variable explicativa la tasa de paro. Se estudiaron 4 modelos distintos para medir la asociación entre estas dos variables en cada una de las ciudades: 1) incluyendo dicha asociación como efecto fijo para cada ciudad; 2) incluyendo la asociación como efectos aleatorios independiente; 3) como en 2, pero considerando dependencia entre las ciudades en función de su localización; y 4) como un valor común a todas las ciudades. En todos los modelos se incluyeron efectos aleatorios para controlar la posible dependencia espacial entre las secciones censales de cada ciudad. La asociación se midió mediante riesgos relativos (RRs) y sus intervalos de credibilidad al 95% (IC). En Modelo 3 se cuantificó el grado de dependencia espacial entre los RRs obtenidos en cada ciudad mediante el cálculo del rango efectivo. Se utilizó el DIC para comparar los modelos.

Resultados: El modelo 3 obtuvo un menor DIC y por lo tanto se consideró como el más apropiado. Los RRs obtenidos con el Modelo 3 fueron más estables que los obtenidos con el Modelo 1. Los RRs obtenidos para cada ciudad fueron todos significativamente mayores que 1. Éstos oscilaron entre 1,013 (IC = 1,004-1,002) en Jaén y 1,034 (IC = 1,026-1,042) en Barcelona. El rango efectivo fue de 509,9. El modelo 3, permite predecir mediante Kriging (Bayesiano) los RRs en puntos del espacio donde no se dispone de datos. Así, se creó una rejilla regular en la península ibérica y se predijo el RR en cada punto. Estos RRs mostraron que las desigualdades en mortalidad asociadas al desempleo son mayores en el norte.

Conclusiones: Tal y como se evidencia, el análisis de la mortalidad para un conjunto de ciudades se puede ver muy beneficiado de un análisis común en el que se comparta información entre todas ellas.

Financiación: FIS PI081488, PI080330.

302. INDICADORES DE PRECARIEDAD SOCIAL EN ÁREA PEQUEÑA PARA COMPONER UN ÍNDICE DE PRIVACIÓN SOCIAL EN LA CIUDAD DE MADRID

A. Antona Rodríguez, M. García Howlett, J.M. Díaz Olalla

Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: En el diseño de políticas de salud pública es fundamental contar con indicadores de vulnerabilidad social en áreas territoriales pequeñas (sección censal-sscc). A fin de identificar aquellas zonas más desfavorecidas, se ha construido un índice de privación social a partir de 3 variables de precariedad: una de renta, otra de vivienda y una tercera de nivel educativo.

Métodos: A partir de los datos individuales de la Renta Mínima de Inserción (RMI) se suman las cuantías correspondientes a lo percibido por los residentes de cada ssc y se corrige por la población total (€ per cápita/mes) en 2013 (RTA). A partir de Padrón y Catastro se calcula también un indicador de hacinamiento definido por la proporción de viviendas con menos de 20 m²/habitante en cada ssc (HC). Se obtiene, igualmente de Padrón, la proporción de personas de 30 a 64 años con estudios por encima del nivel secundario (ES) en el mismo ámbito territorial. Como variables dependientes se toman las Razones Estandarizadas de Mortalidad suavizada (REMs) por todas las causas de las ssc de la ciudad en el periodo 2001/2007 tanto para hombres como para mujeres (MEDEA II). Se analiza el comportamiento de cada una de las variables de precariedad entre sí y estas, a su vez, con la mortalidad de hombres y mujeres mediante el cálculo de los coeficientes

de correlación de Pearson, con el objeto de identificar la coherencia entre los componentes del indicador compuesto de privación y entre éste y el indicador de salud.

Resultados: El HC es el indicador que mejor correlación muestra con otra variable de precariedad en las ssc: $r = -0,508$ con ES ($p < 0,05$), mientras que con la RTA alcanza un valor de $-0,431$ ($p < 0,05$). Con la REMs de hombres la mejor correlación la obtiene la RTA ($r = 0,409$, $p < 0,05$), seguida de la obtenida con ES ($r = -0,291$, $p < 0,05$). Las REMs de mujeres muestran valores de "r" mucho más bajos con todas las variables de precariedad a nivel territorial.

Conclusiones: La mortalidad de los hombres se relaciona de manera más significativa con variables de precariedad social que la de las mujeres. El análisis de variables de precariedad de diferente naturaleza a nivel área pequeña es una estrategia substancial para construir un índice compuesto de privación social que facilite la identificación de zonas de vulnerabilidad socio-sanitaria, con objeto de mejorar las políticas de salud pública. Representados en mapas mediante un sistema de información georeferenciada se convierte en una herramienta de gran utilidad para la planificación sanitaria.

MESA ESPONTÁNEA

Mesa de comunicaciones "Manel Nebot". Investigación para el control del tabaquismo

Viernes, 5 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:30 h

Moderan: *Marcela Fu Balboa y Esteve Fernández Muñoz*

664. MENOS NO ES MÁS: PREVALENCIA DE TABAQUISMO Y DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN EUROPA

E. Fernández, A. Lugo, L. Clancy, C. La Vecchia, S. Gallus

Institut Català d'Oncologia, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge, Universitat de Barcelona ICO-IDIBELL-UB; Istituto di Ricerche farmacologiche "Mario Negri" - Università degli Studi di Milano; TobaccoFree Research Institute Ireland; Aichi Cancer Center Research Institute.

Antecedentes/Objetivos: La "hardening hypothesis" postula que cuando la prevalencia del consumo de tabaco disminuye en una población los fumadores restantes forman un subgrupo de "fumadores irreductibles". De ser cierto esto complicaría la viabilidad de las estrategias de "punto final" al tabaco. Por ello, intentamos contrastamos empíricamente la "hipótesis del hardening" a nivel poblacional en Europa y secundariamente analizamos la prevalencia y factores determinantes de la dependencia elevada a la nicotina.

Métodos: Los datos proceden del proyecto "Pricing Policies and Control of Tobacco in Europe (PPACTE)". Se trata de un estudio transversal con entrevista cara a cara sobre tabaquismo realizado entre enero y julio de 2010 en 18 países europeos. Hemos analizado los datos de 5.136 fumadores (2.882 hombres y 2.254 mujeres) con información completa sobre la dependencia del tabaco. Se utilizó el índice de ser un gran fumador (Heavy Smoker Index en inglés, HSI, con puntuación entre 0 y 6) basado en el número de cigarrillos/día fumados y el tiempo hasta el primer cigarrillo en la mañana como medida de la dependencia. Se correlacionó la prevalencia de tabaquismo y la dependencia con el país como unidad de análisis mediante el coeficiente de correlación de Spearman (r), y se ajustaron modelos de regresión

logística multinível para controlar por la agregación de segundo nivel de los países.

Resultados: El 21,2% de los fumadores (25,0% de los hombres y el 16,6% de las mujeres) tenían una elevada dependencia ($HSI \geq 4$). En los hombres, la dependencia elevada osciló entre el 16,8% (Francia) y 49,9% (Grecia), y en mujeres entre 6,2% (Finlandia) y 33,6% (Grecia). La prevalencia de fumar se correlacionó positivamente con la proporción de alta dependencia ($r = 0,203$; $p = 0,419$), tanto en hombres ($r = 0,235$; $p = 0,347$) como en mujeres ($r = 0,455$, $p = 0,058$). La alta dependencia se asoció directamente con la edad e inversamente con el nivel de educación. No tener prohibiciones de fumar en el hogar se asoció con una alta dependencia.

Conclusiones: Estos datos de 18 países europeos proporcionan evidencia empírica, tanto a nivel ecológico como individual, en contra de la "hipótesis del hardening" y apoyan la viabilidad de una estrategia de "punto final" en el control del tabaquismo.

Financiación: EC 7FP HEALTH-F2-2009-223323; AIRC No. 10068; RD12/0036/0053; 2009SGR192.

886. TENDÊNCIAS E PADRÕES DE CONSUMO DE TABACO: ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL EM PORTUGAL

S.B. Ravara, F. Bragança, P. Aguiar, J.M. Calheiros

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior; CHCB Hospital Universitário, Covilhã; Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Antecedentes/Objetivos: A monitorização do consumo de tabaco deverá ser um objectivo crucial das políticas de saúde pública.

Métodos: Com o objectivo de avaliar as tendências e padrões de consumo de tabaco em Portugal, foi realizado um estudo transversal de base populacional baseado em entrevistas telefónicas assistidas por computador. Foi efectuada uma amostragem aleatória estratificada por região de Portugal continental. Procedeu-se a uma análise estatística descritiva e inferencial usando os testes de chi-quadrado, t de student e McNemar. A significância estatística foi estabelecida em $p < 0,005$.

Resultados: Dos participantes, ($N = 1.002$, 96% de taxa de participação), 48% eram do sexo masculino; a média da idade foi de $46,4 \pm 17,9$ anos. A prevalência de tabagismo foi de 27% (IC95%: 23,01-30,98) nos homens, e 17,7% (IC95%: 14,43-20,96) nas mulheres, $p < 0,001$. Quando comparado com dados do INS de 2005/2006, a prevalência de tabagismo feminino aumentou em todos os grupos etários e foi máxima no grupo que relatou nível de instrução universitária, $p < 0,001$, igualando o consumo nos homens, e nos grupos com nível socioeconómico elevado, $p < 0,001$, contrariamente aos fumadores do sexo masculino. Dos fumadores, 69,4% fumavam diariamente em média $15 \pm 11,0$ cigarros. Os fumadores do sexo masculino relataram fumar menos cigarros por dia, em comparação com os dados de 2005/2006 ano, em contraste com os fumadores do sexo feminino, que relataram consumo idêntico. Dos fumadores diários, 80% fumavam cigarros manufacturados, 26,0% cigarro de enrolar, 1,3% charutos, 1,3% cigarrilhas e 0,6% cachimbo. Não foi relatado consumo regular de cachimbo de água nem de cigarro electrónico. Os fumadores ocasionais relataram mais frequentemente nível de instrução superior, ($p = 0,014$), e grupo socioeconómico mais elevado ($p = 0,06$). Os fumadores actuais relataram maior uso de cigarro de enrolar do que os ex-fumadores (26,0% vs 6,0%, $p < 0,001$). O uso de cigarro de enrolar foi independente da idade, sexo, região e educação; apenas o grupo socioeconómico mais elevado relatou menor uso de cigarro de enrolar ($p = 0,06$).

Conclusiones: Os resultados sugerem uma tendência emergente: tabagismo feminino; uso de múltiplos produtos de tabaco; tabaco de enrolar e consumo ocasional. Devem ser implementadas políticas

eficazes e abrangentes de controlo do tabagismo, com foco na abordagem de género e na tributação eficaz de todos os produtos de tabaco. Acresce que o consumo ocasional e o uso de múltiplos produtos de tabaco devem ser abordados pelos profissionais de saúde e em campanhas de educação para a saúde de âmbito populacional.

Financiación: Pfizer, Lda.

708. EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO EN HOGARES: MEDICIONES AMBIENTALES Y EXPOSICIÓN DECLARADA

M.J. López, M. Pérez-Ríos, A. Schiaffino, E. Fernández

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP); IIB Sant Pau; Xunta de Galicia; Universidad de Santiago de Compostela; Institut Català d'Oncologia-IDIBELL.

Antecedentes/Objetivos: La exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) en el hogar puede afectar a población especialmente vulnerable como los menores. El objetivo de este estudio es estimar, mediante la medición de nicotina ambiental, la exposición al HAT en el hogar en función del número de fumadores, las horas de exposición declaradas y las normas en el hogar.

Métodos: Estudio transversal en una muestra de conveniencia de 75 hogares de Barcelona y Santiago de Compostela, con representación de hogares de fumadores y no fumadores. Se estimó la exposición al HAT mediante la medición de la nicotina ambiental y la administración de un cuestionario. El trabajo de campo se realizó entre abril y septiembre de 2012. La nicotina ambiental ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) se midió mediante filtros tratados con bisulfato sódico, que estuvieron expuestos durante 7 días, y fueron analizados mediante cromatografía de gases. El cuestionario incluyó preguntas sobre los residentes y la exposición al HAT. Se realizó un análisis descriptivo bivariado en el que se calculó la mediana y rango intercuartílico (RI) de la concentración de nicotina según las variables estudiadas, y se calculó la correlación (Spearman) entre ésta y las horas de exposición declaradas.

Resultados: En el 49% de los hogares estudiados vivía al menos un fumador. La concentración mediana de nicotina fue de $0,03 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: $< 0,01 \leq \text{td} = \text{td} >$).

Conclusiones: La concentración de nicotina en hogares de fumadores sin restricciones de consumo es considerablemente elevada, y está relacionada con las horas de exposición declaradas. Debemos valorar la implementación de intervenciones de salud pública que promuevan "hogares libres de humo" a través de la autorregulación del consumo en el hogar.

Financiación: Proyecto FIS PI10/00400, AGAUR SGR 2009-1345 y SGR 2009-192.

687. EMISIONES DE NICOTINA Y MATERIAL PARTICULADO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y CONVENCIONALES EN UN VEHÍCULO PARTICULAR

M. Fu, M. Ballbè, J.M. Martínez-Sánchez, A. Riccobene, X. Sureda, G. Muñoz, E. Fernández

Institut Català d'Oncologia; Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Describir las emisiones de nicotina y material particulado de cigarrillos electrónicos y convencionales en un espacio reducido (vehículo particular).

Métodos: Estudio consistente en tres experimentos realizados en un mismo coche: con un fumador convencional, con un usuario de cigarrillos electrónicos, y sin fumadores ni usuarios de cigarrillos electrónicos (control). En cada experimento se midió simultáneamente material particulado (PM1,0 y PM2,5) y nicotina. Cada experimento

constaba de: 1) medición exterior control, 15 min; 2) medición con el coche en movimiento y ventanillas semiabiertas, 30 min; 3) ventilación del coche, 15 min; 4) medición con el coche detenido y ventanillas cerradas, 30 min. En las fases 2 y 4 se usaron 2 cigarrillos convencionales (conteniendo cada uno 0,7 mg de nicotina) o bien un cigarrillo electrónico con 5 gotas de líquido con 2,75 mg de nicotina en total. El material particulado se midió con 2 monitores TSI SidePak y la nicotina con un monitor conectado a una bomba de aire. Los 3 experimentos se repitieron 5 veces en días consecutivos. Se calcularon las medianas y rangos intercuartiles (RI) de las concentraciones de nicotina, PM_{1,0} y PM_{2,5} ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) para los 3 experimentos y según las condiciones de interés (coche en movimiento y detenido).

Resultados: Con el coche en movimiento, la concentración mediana de nicotina fue 9,42 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 5,76-11,51) en los experimentos con cigarrillos convencionales, 0,09 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 0,01-0,22) en los experimentos con cigarrillo electrónico, y 0,01 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 0,01-0,01) en los experimentos control. Con el coche detenido, las concentraciones fueron: 162,39 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 135,08-197,21), 1,00 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 0,36-1,99) y 0,01 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 0,01-0,01), respectivamente. Por otra parte, las concentraciones medianas de PM_{2,5} fueron, respectivamente, 10,4 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 9,4-13,5), 20,3 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 14,0-29,4) y 10,4 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 7,8-23,1) con el coche en movimiento; y 5.158,4 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 4.809,0-5.185,1), 22,9 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 19,0-44,5) y 3,6 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (RI: 2,1-7,3) con el coche detenido. Las concentraciones medianas de PM_{1,0} fueron ligeramente inferiores a las de PM_{2,5} en todas las condiciones experimentales.

Conclusiones: Las emisiones de material particulado y nicotina de los cigarrillos electrónicos fueron menores que las observadas en los cigarrillos convencionales, pero mayores a las mediciones control.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Economía y Competitividad (ref. RD12/0036/0053) y Departamento de Universidades e Investigación de la Generalitat de Catalunya (ref. 2009SGR192).

688. PROTECCIÓN AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN LOS ESPACIOS EXTERIORES EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS

C. Martínez, J. Guydish, G. Robinson, J. Martínez-Sánchez, E. Fernández

Institut Català d'Oncologia; University of California, San Francisco; City and Hackney Public Health Service; Institut Català d'Oncologia.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar el nivel de protección al humo ambiental del tabaco (HAT) en los espacios al aire libre en la legislación de los países pertenecientes a la Región de Europa de la OMS.

Métodos: Estudio transversal, que mide el nivel de protección teórico proporcionado por la legislación de los espacios sin humo. Se ha aplicado un protocolo desarrollado para evaluar la legislación del control del tabaquismo en los espacios abiertos de acuerdo con las recomendaciones proporcionadas por la "Guía de protección del HAT" de la OMS. Para cada ley se evaluaron 6 sectores principales y 28 lugares al aire libre.

Resultados: Revisamos 68 leyes pertenecientes a 48 países, que legislaban sobre 1.758 sectores exteriores. El 3,1% de los sectores evaluados consistió en lugares 100% sin humo sin excepciones, el 2,5% permitían fumar sólo en áreas designadas, el 37,5% permitían fumar sin restricción alguna, y el 56,9% no proporcionaba información acerca de cómo regular el consumo de tabaco en lugares al aire libre. El 17,8% de las leyes que regulan el sector de la educación prohíben consumir tabaco en los espacios exteriores, principalmente en los centros de primaria y secundaria. Existen tres leyes que prohíben totalmente el consumo de tabaco en los espacios exteriores de ocio, y dos en centros sanitarios.

Conclusiones: En la Región Europea de la OMS, la regulación de ambientes libres del HAT en los espacios exteriores es limitada y principalmente se circunscribe a los centros educativos de primaria y se-

cundaria. Esta regulación permite proteger de los peligros del HAT y proseguir con la desnormalización del consumo de tabaco entre los más jóvenes.

804. HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN ESPACIOS EXTERIORES: CONSUMO DE LOS FUMADORES, PERCEPCIÓN DE EXPOSICIÓN DE LOS NO FUMADORES Y ACTITUDES HACIA LOS ESPACIOS EXTERIORES LIBRES DE HUMO

X. Sureda, J.M. Martínez-Sánchez, M. Fu, E. Saltó, M.J. López, E. Fernández

Institut Català d'Oncologia; Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años, diversos países han extendido las políticas de espacios libres de humo a algunos ambientes exteriores. Los objetivos del estudio son describir: 1) en qué espacios exteriores fuman los fumadores; 2) en qué espacios exteriores están expuestos al humo ambiental del tabaco (HAT) los no fumadores; y 3) las actitudes hacia las políticas libres de humo en espacios exteriores después de la implementación de la Ley 42/2010.

Métodos: Estudio transversal mediante entrevista en una muestra de la población adulta de Barcelona (≥ 16 años). La encuesta se llevó a cabo entre junio del 2011 y marzo del 2012 en una muestra representativa de 1.307 individuos.

Resultados: Los no fumadores declararon estar expuestos al HAT en la mayoría de los espacios exteriores así como los fumadores declararon fumar en la mayoría de estos espacios. Los espacios exteriores donde los fumadores declararon fumar más fueron bares y restaurantes (51,7%) seguido de espacios exteriores en el lugar de trabajo (31,9%). Los lugares exteriores donde los no fumadores declararon estar más expuestos fueron en casa (42,5%) y en espacios exteriores durante el tiempo libre (40,5%). Un 90% de los estudiantes adultos no fumadores declararon estar expuestos en el campus universitario. Se observó un gran apoyo de la prohibición de fumar en la mayoría de los espacios exteriores, mayor entre los no fumadores. Más de un 70% de los encuestados apoyó los parques infantiles sin humo, la prohibición de fumar en espacios exteriores de escuelas de primaria y secundaria y en campus hospitalarios.

Conclusiones: Extender las políticas de espacios sin humo a exteriores debería considerarse en futuras intervenciones para el control del tabaquismo para proteger a los no fumadores de los efectos adversos de la exposición al HAT y para favorecer un modelo positivo entre los jóvenes. El apoyo mayoritario hacia los espacios exteriores libres de humo, incluyendo aquellas áreas donde ya se prohíbe fumar, sugiere la factibilidad de extender estas políticas a espacios exteriores.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (PI020261, PI081436, RD06/0020/0089, y RD12/0036/0053) y Departamento de Universidades e Investigación de la Generalitat de Catalunya (ref. 2009SGR192).

686. ¿HA CONTRIBUIDO LA LEY 28/2005 DE MEDIDAS SANITARIAS FRENTE AL TABAQUISMO A REDUCIR LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y RESPIRATORIAS EN ESPAÑA?

I. Galán, L. Simón, V. Flores, C. Ortiz, R. Fernández-Cuenca, C. Linares, E. Boldo, M.J. Medrano, R. Pastor-Barriuso

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este trabajo es estimar el impacto a corto plazo de la Ley 28/2005 de control del tabaquismo en las admisiones hospitalarias urgentes por enfermedades cardiovasculares y respiratorias en España.

Métodos: Los ingresos diarios urgentes por infarto agudo de miocardio (código CIE-9 410), cardiopatía isquémica (410-414), enfermedad cerebrovascular (430-438), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC; 490-492, 494-496) y asma (493) se obtuvieron del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) para 14 provincias con más de un millón de habitantes durante los años 2003-2006. Para cada provincia, la razón de tasas de hospitalización en el año 2006 respecto al periodo previo 2003-2005 se estimó mediante modelos de Poisson aditivos controlando la sobredispersión y ajustando por tendencia lineal a largo plazo, estacionalidad (términos sinusoidales), día de la semana, temperatura, gripe, infecciones respiratorias agudas (términos suavizados con distintos grados de libertad y retardos de exposición), prevalencia de consumo de tabaco y, en el caso del asma, concentración de diversos tipo de polen (sólo disponible en 5 provincias). Las razones de tasas ajustadas pre y post ley en las distintas provincias se combinaron en escala logarítmica mediante meta-análisis de efectos aleatorios ponderados por el inverso de la varianza y la heterogeneidad entre provincias se cuantificó mediante el estadístico I-squared. Se realizaron análisis de sensibilidad estratificados por sexo y grupo de edad (menores y mayores de 65 años).

Resultados: En comparación con el periodo de referencia 2003-2005, la tasa combinada de ingresos durante 2006 aumentó de forma no significativa un 0,9% (IC95%: -4,2 a 6,2) para infarto agudo de miocardio, 1,1% (-2,5 a 4,9%) para cardiopatía isquémica, 2,3% (-1,3 a 6%) para enfermedad cerebrovascular y 12,1% (-4,9 a 32,2%) para asma, mientras que la tasa de ingresos por EPOC se redujo significativamente un -17,1% (-24,6 a -8,8%). Se observó una fuerte heterogeneidad de efectos entre provincias (I-squared entre 73% y 95%). Los resultados combinados fueron muy similares por sexo y grupo de edad.

Conclusiones: Aunque no se observaron cambios en las hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o asma, los ingresos hospitalarios por EPOC se redujeron un 17% con la puesta en marcha de la Ley 28/2005. Estos resultados fueron homogéneos por edad y sexo, pero aún deben evaluarse las posibles causas de la gran variabilidad interprovincial en el impacto de dicha ley.

Financiación: FIS PI11/01276.

714. EFECTOS RESPIRATORIOS DE LA EXPOSICIÓN A TABACO PRENATAL Y POSNATAL DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA. RESULTADOS DEL PROYECTO INMA

M. Estarlich, V. Fuentes-Leonarte, F. Ballester, M. Murcia, A. Esplugues, A. Miren-Castilla, E. Morales, A. Fernández-Somoano, M. Rebagliato, et al

CIBERESP; FISABIO-SP; UCA-Conselleria de Sanitat GV; Universitat de València; Instituto de Investigación sanitaria BIODONOSTIA; CREAL; Universidad de Oviedo; Universitat Jaume I.

Antecedentes/Objetivos: El papel específico de las exposiciones pre- y postnatales a tabaco sobre los efectos respiratorios en niños todavía no ha sido claramente establecido. El objetivo es determinar los efectos de la exposición prenatal y postnatal a tabaco sobre el riesgo de presentar efectos respiratorios durante el primer año de vida de los niños del estudio multicéntrico de cohortes INMA.

Métodos: La población de estudio son 2.039 niños del proyecto INMA en Asturias, Gipuzkoa, Sabadell y Valencia. Los problemas respiratorios y covariables se obtuvieron de cuestionarios estructurados realizados durante el embarazo y entre los 12-18 meses de vida. Los efectos respiratorios fueron la presencia durante el primer año de vida de episodios de: otitis, tos persistente durante más de tres semanas, síntomas del tracto respiratorio bajo (sibilantes o pecho cargado) e infecciones del tracto respiratorio inferior (bronquitis, bronquiolitis, neumonía). Las variables de exposición fueron: fuma la

madre durante el embarazo, fuma la madre o el padre durante el primer año de vida del niño/a, y exposición a humo ambiental de tabaco durante el embarazo. La relación entre la exposición prenatal y postnatal a tabaco y los efectos en salud fue explorada mediante análisis de regresión logística ajustado por variables sociodemográficas y de estilos de vida.

Resultados: El 16,4% de las madres fumaron hasta el tercer trimestre de embarazo. Durante el primer año de vida del/la niño/a el 26,3% de las madres y el 39% de los padres fumaron. El consumo de tabaco de las madres durante el embarazo incrementó el riesgo de presentar sibilantes y pecho cargado. La exposición postnatal al consumo de tabaco de los padres se asoció con otitis. La exposición pasiva al tabaco de las mujeres embarazadas no fumadoras se relacionó con la presencia de tos.

Conclusiones: La exposición a tabaco, tanto prenatal (activa y pasiva) como postnatal se relacionó con un incremento del riesgo de presentar efectos respiratorios en niños pequeños. La exposición prenatal fue la que se asoció más claramente con efectos respiratorios. Deberían desarrollarse estrategias de prevención que redujeran sustancialmente las diferentes fuentes de exposición en las etapas tempranas de la vida.

Financiación: ISCIII (Red INMA G03/176, CB041, FIS-FEDER 03/1615, 04/1509, 06/1213, 07/0314, 09/02647, 11/02591, 04/2018, 09/02311, 13/02429). Conselleria Sanitat GV, Obra Social Cajastur y Universidad de Oviedo.

401. EXPOSICIÓN A HUMO DE TABACO EN EL HOGAR Y SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL ESPAÑOLA

A. Padrón-Monedero, I. Galán, E. García-Esquinas, F. Rodríguez-Artalejo

University of Miami, School of Medicine; Centro Nacional de Epidemiología; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPaz; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la asociación entre la exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar (HTH) y la salud mental en la población infantil española.

Métodos: Estudio transversal en 2.357 niños de 4-12 años participantes en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. La duración de la exposición a HTH se obtuvo de forma referida por los padres. Se definió un probable trastorno mental como una puntuación ≥ 17 puntos en la versión parental del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). También se identificaron la probable presencia de trastornos para cada una de las cinco subescalas del SDQ (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad/déficit de atención, problemas con los compañeros y conducta prosocial). La asociación se analizó mediante modelos de regresión logística ajustando por variables sociodemográficas, de estilos de vida, del entorno y de características familiares, incluyendo la salud mental de los padres.

Resultados: El 7,7% (intervalo de confianza (IC) 95%: 6,5-8,9) de los niños presentaban un probable trastorno mental. 6,9% (IC95%: 5,7-8,0) de los niños de nuestra muestra estaban expuestos a HTH durante < 1 hora/día y 4,5% (IC95%: 3,5-5,5) ≥ 1 hora/día. Comparados con aquellos no expuestos a HTH los odds ratio de un probable trastorno mental en los expuestos menos de 1 hora/día y ≥ 1 hora/día fueron de 1,49 (IC95%: 0,85-2,62) y 2,73 (IC95%: 1,38-5,41) respectivamente. Comparados con aquellos no expuestos a HTH, aquellos expuestos durante < 1 hora/día presentaron un odds ratio en la subescala de hiperactividad/déficit de atención de 2,18 (IC95%: 1,30-3,64) y los expuestos ≥ 1 hora/día de 3,14 (IC95%: 1,63-6,04).

Conclusiones: En niños españoles la exposición a HTH durante una hora o más al día se asocia a un mayor riesgo de presentar un trastorno mental. Asimismo, cualquier duración de exposición a HTH se asocia a un mayor riesgo de presentar un trastorno de hiperactividad/déficit de atención.

150. EXPOSIÇÃO DE CRIANÇAS AO FUMO AMBIENTAL DE TABACO: AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA PREVENTIVO

J. Precioso, A.C. Araújo, J.C. Machado, C. Samorinha, C. Correia, E. Beçoña, S. Ravara, P. Vitória, I. Sousa

Instituto de Educação, Universidade do Minho; Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho; Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto; Unid de Tabaquismo, Universidade de Santiago de Compostela; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior; Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde, Universidade do Minho.

Antecedentes/Objetivos: Avaliar a eficácia do programa “Domicílios e Carros 100% Livres de Fumo” na redução da prevalência de crianças expostas ao fumo ambiental de tabaco (FAT) em casa e no carro.

Métodos: Estudo pré-experimental, do tipo pré e pós-teste com um grupo experimental e um grupo de controlo, constituídos por alunos do 4º ano de escolaridade, em 2011/2012. O programa foi aplicado a 466 crianças (idade [M(DP)] = 9,46 (0,56) anos); o grupo de controlo incluiu 273 crianças (idade [M(DP)] = 9,48 (0,67) anos). O “Domicílios e Carros 100% Livres de Fumo” é um programa de prevenção da exposição ao FAT (adaptado da US Environmental Protection Agency), destina-se a crianças do 4º ano e é constituído por 7 sessões: 1) Abordagem sobre as consequências do fumo ativo/passivo; 2) Elaboração de materiais preventivos sobre consequências do FAT nas crianças, dirigidos aos pais; 3) Role-playing em que as crianças pedem aos pais que não fumem em casa; 4) Envio, aos pais, de desdobrável sobre consequências do FAT; 5) Afixação de autocolantes em casa e no carro informativos da proibição de fumar; 6) Assinatura de declaração em que pai e/ou mãe se comprometem a criar um domicílio sem fumo; 7) Afixação de cartazes tendo os pais como alvo. As diferenças na prevalência de crianças expostas ao FAT no pré e pós-teste (intra e intergrup) foram analisadas pelo teste do qui-quadrado.

Resultados: No grupo experimental, a prevalência de crianças expostas diária e ocasionalmente ao FAT por pelo menos um elemento do agregado familiar diminuiu de 21,4 para 19,6%, sendo as diferenças estatisticamente significativas. No grupo de controlo, a exposição diminuiu de 27,9 para 26,3%, sendo as diferenças também estatisticamente significativas.

Conclusiones: Ainda que a aplicação do programa pareça ter demonstrado alguma eficácia na redução da frequência do consumo de tabaco em casa por pais, mães e outros fumadores, os resultados desta avaliação não permitem concluir sobre a eficácia do programa. Além de o follow-up ocorrer num período demasiado curto para a observação de diferenças, pode haver contaminação devido à utilização de um método de autorreporte da exposição. É necessário que este seja aplicado e avaliado noutras amostras e através de estudos com períodos de follow-up mais longos e com monitorização das várias fases de aplicação do programa, permitindo uma melhor avaliação da sua eficácia.

Financiación: COMPETE e FCT (FCOMP-01-0124-FEDER-009117).

352. CONSUMO DE TABACO Y SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES. ASOCIACIÓN CON RAZA Y CLASE SOCIAL

A. Padrón Monedero, S.L. Tannenbaum, T. Koru-Sengul, F. Miao, D. Hansra, D.J. Lee, M.M. Byrne

University of Miami Miller School of Medicine.

Antecedentes/Objetivos: La posible relación entre el consumo de tabaco y la supervivencia del cáncer de mama en hombres nunca se ha sido analizada. La poca información existente proviene de estudios en mujeres. El objetivo del estudio es analizar si es consumo de tabaco

está asociado con la supervivencia del cáncer de mama en hombres para la población global y para las diferentes razas y clases sociales.

Métodos: Los datos se obtuvieron combinando las bases de datos Florida Cancer Data System, Florida Agency for Health Care Administration y el censo de Estados Unidos desde 1996 al 2007. La muestra consistió 1.573 hombres diagnosticados de cáncer de mama, mayores de 18 años y residentes en Florida. La asociación entre el consumo de tabaco referido y la supervivencia se analizó mediante modelos de regresión de Cox ajustando por variables sociodemográficas, clínico-patológicas y co-morbilidades y adicionalmente estratificando los modelos por raza y clase social.

Resultados: El 12% de los pacientes eran fumadores y el 25% ex-fumadores. Comparados con aquellos que nunca había fumado los fumadores y ex-fumadores presentaban una menor supervivencia (hazard ratio [HR] 1,56; p = 0,002 y 1,27; p = 0,042 respectivamente). Aquellos que fumaban ≥ 1 paquete/día tenían una peor supervivencia (HR 2,42; p < 0,001) con respecto a los que nunca había fumado. Los análisis estratificados evidenciaron que los pacientes de raza blanca tanto fumadores como ex-fumadores presentaban una peor supervivencia (HR 1,81; p < 0,001 y 1,35; p = 0,009, respectivamente) comparados con los que nunca habían fumado. Esta peor supervivencia también se evidenció para aquellos fumadores y ex-fumadores tanto hispanos (HR 9,44; p = 0,034 y HR 15,73; p = 0,008) como no-hispanos (HR 1,68; p < 0,001 y 1,37; p = 0,007, respectivamente) comparados con los que nunca habían fumado. La asociación entre el consumo de tabaco y la supervivencia no fue significativa para los pacientes de raza negra. Comparados con los pacientes que nunca habían fumado se obtuvo una peor supervivencia para los fumadores entre las clases sociales más alta (HR 2,95; p = 0,002), media-alta (HR 1,94; p = 0,005) y media-baja (HR 1,89; p = 0,026).

Conclusiones: El consumo de tabaco está asociado con un aumento del riesgo de mortalidad en hombres con cáncer de mama. Se debería recomendar el cese del consumo de tabaco entre los protocolos de prevención terciaria del cáncer de mama en hombres aunque, con el conocimiento actual, los más beneficiados serían aquellos pacientes de raza blanca.

Financiación: King Biomedical Research Program (Grant 10KG-06).

COMUNICACIONES ORALES

Promoción y educación para la salud (Oral 5 minutos)

Viernes, 5 de septiembre de 2014. 10:00 a 11:30 h

Moderadora: Nuria Rubio López

533. ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN ESCOLARES: UN CRITERIO PARA PRIORIZAR LAS INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD

B. Patiño Villena, D. Fenoll Brotons, A. Rodríguez Tadeo, E. González Martínez-Lacuesta, G. Ros Berrioz

Servicios Municipales de Salud, Concejalía de Bienestar Social y Sanidad, Ayuntamiento de Murcia; Grupo de Investigación Nutrición y Bromatología, Facultad de Veterinaria, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: Murcia tiene una alta prevalencia de obesidad en escolares (12,6%), constituyendo la promoción de hábitos saludables basados en el patrón de dieta mediterránea una estrate-

gia de intervención desde las instituciones de salud pública. Afecta a todos los grupos sociodemográficos, pero es menor al aumentar el nivel de estudios o renta de los padres. En el actual contexto de restricciones presupuestarias es necesario priorizar con criterios objetivos las intervenciones públicas. El objetivo es determinar el índice de calidad de la dieta de escolares y su relación con el modelo de gestión público o concertado del colegio y con variables sociodemográficas de los padres.

Métodos: Estudio transversal descriptivo en alumnos de segundo y tercer ciclo de primaria de centros escolares que solicitan intervenciones de promoción de alimentación saludable a los servicios de salud municipales. Tipo de centro: 3 públicos, 2 concertados. Aplicación del cuestionario Kidmed en las aulas, cálculo del índice de adherencia a la dieta mediterránea (0-12), clasificación en tres categorías de calidad con puntos de corte 3 y 7 (baja, mediana y alta) y en dos (mejorable y óptima) y obtención de medidas de asociación.

Resultados: 506 alumnos. Edad media: 9,7 (DE: 1,2), rango 8-12; 50,5% chicas; Inmigrantes: 11,6% en públicos. Formación universitaria madres: 63,5% en concertados; Índice Kidmed significativamente menor en públicos 7,4 (DE: 2,5) que en concertados 8,1 (DE: 1,9). Las categorías de calidad son peores en públicos con 52,4% alumnos con dieta óptima frente a 58,6% en concertados, OR: 1,5 (1,1-2,2). Los componentes de la dieta que difieren ($p < 0,001$) en públicos son: baja ingesta de frutas, alta frecuentación de establecimientos de comida rápida y consumo de bollería industrial, dulces y golosinas. Los inmigrantes presentan peores índices en alimentos típicamente mediterráneos. Si las madres tienen formación universitaria el índice asciende a 8,62 (DE: 2,1) y el 73% presentan dieta de calidad óptima frente a 27,7% en no universitarias, OR: 2 (1,1-3,4).

Conclusiones: El diagnóstico de adherencia a dieta mediterránea facilita reorientar las intervenciones en escolares. El riesgo nutricional es mayor en los centros públicos, en las familias inmigrantes y con menor formación de las madres, por lo que constituyen los ámbitos prioritarios para invertir los recursos. Los aspectos sobre los que actuar son promoción del consumo de vegetales y reducción del modelo alimentario occidental (comida rápida, bollería y dulces).

372. TRANSCULTURALIDAD EN LA EDUCACIÓN EN SALUD CON REFUGIADOS SAHARIANOS Y CENTROAFRICANOS

F.F. Reyero Pantigoso, M.P. Baltasar Sánchez, R. García Martín, V.J. Riera Rubio, M.I. Dios Tercero, L.F. Ruiz Martínez-Vara

Centro Madrid Salud Villaverde.

Antecedentes/Objetivos: Dentro del Programa de Desigualdades de Madrid Salud (Ayuntamiento) el Centro de Villaverde ha venido atendiendo a inmigrantes del Magreb y Centroáfrica. Últimamente se lleva a cabo la atención y orientación de refugiados saharianos y centroafricanos alojados en hogares que tiene en la zona Sur de Madrid el Comité Español de Ayuda al Refugiado (CEAR). 20 hombres y 5 mujeres, de edades 25-45, diferentes etnias, han entrado en Europa hace 1-3 años y están pendientes de regularizar su situación administrativa, hablan varias lenguas (vernáculos, francés con acento marcado y pishengli de las países francófonos y anglófonos del Golfo de Guinea) y se manejan en distinto grado con el español, son evasivos al tratar de costumbres y creencias. Con el objetivo de ensayo de educación para la salud con un grupo culturalmente heterogéneo y muy interesado en la integración en Europa, acerca de conductas cuya repercusión íntima puede ser distinta según la cultura de referencia de cada persona.

Métodos: Presentación de equipos profesionales (CEAR y Madrid Salud) y usuarios en reunión conjunta y consenso sobre temas de interés a tratar en talleres (alimentación y ejercicio, tabaco, drogas y plantas medicinales, salud sexual y reproductiva y ansiedad-estrés) y posibilidad de complementarse con consultas individuales de sa-

lud sexual y mental. Prioridad de comunicación mediante imágenes y juegos de rol.

Resultados: 5 reuniones, a las que asisten 16 personas como media, acompañados de personal de CEAR, y acogida en consulta de psiquiatría de 5 personas y de 7 en la de sexualidad. En los talleres aportan informaciones poco conocidas por los profesionales, como algunas sustancias que están apareciendo en nuestro país, hay evasivas acerca del alcohol. En su país de origen han tenido contacto con la Medicina convencional y con los curanderos tradicionales, pero desde que entraron en Europa sólo lo mantienen con médicos y psicólogos oficiales y no encuentran aquí hierbas medicinales, a pesar de que saben que Ghana las exporta. En las entrevistas individuales se expresan con más libertad acerca del alcohol, la ablación de clítoris, la posición de la mujer o las interpretaciones culturales (mal de ojo, posesión de espíritus,...) a somatizaciones, para las reclaman pruebas biológicas.

Conclusiones: Para refugiados muy motivados en la integración y que pueden permitirse la relación continuada con un equipo sanitario, es útil la educación en salud basada en la interacción y la verbalización, en grupo e individual, con atención al nivel de sinceridad posible en cada situación, y el abordaje tanto de los modelos culturales de la sociedad de destino como los más profundos de su cultura de origen.

35. DESAYUNOS SALUDABLES EN LAS ESCUELAS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE VINARÒS

T. Pedrosa Roca, L. Roca Blasco, A. Álvarez Martín, C. Vilches Peña, R. Giménez Jiménez, E. Bascuñana Mora, A. Salvador Mínguez, C. García Martínez, F. Puzo Ardanuy

Salud Pública de Benicarló.

Antecedentes/Objetivos: Enseñar a los niños a realizar un desayuno completo. Conocer los hábitos alimenticios en el desayuno en los niños de 9-10 años. Concienciar a los niños de la importancia del desayuno.

Métodos: Se han realizado unas Jornadas de Desayunos Saludables en los colegios de enseñanza primaria de los municipios pertenecientes al Departamento de Salud de Vinaròs, durante los cursos escolares 2011-2013. Los escolares participantes fueron 321 niños de cuarto curso de educación primaria. Se ha realizado un estudio descriptivo transversal con el resultado de las encuestas realizadas a los alumnos sobre hábitos alimentarios en el desayuno, cumplimentadas por cada alumno previamente a las jornadas y aproximadamente al mes de su realización. Las jornadas han consistido en ofrecer un desayuno completo que incluyó fruta, pan, jamón serrano y leche. Se tuvieron en cuenta situaciones especiales, como factores socio-culturales y problemas relacionados con alergias o intolerancias a grupos de alimentos. Al finalizar el desayuno, se realizó una sesión y se hizo hincapié en la importancia de acudir al colegio tras haber desayunado.

Resultados: Han participado 8 colegios, con un total de 321 alumnos, de los cuales un 46% eran niños y el 54% niñas. Previamente a la realización de las jornadas, el 14,6% (47 niños) realizaban un desayuno completo. Tras la intervención, un 20% (67 niños) realizan un desayuno completo. La ingesta de bollería industrial en el desayuno antes y después de la intervención fue de 4.04%, en los dos casos.

Conclusiones: Después de la intervención realizan un desayuno completo un 5.4% más de niños. Se les enseña que una alimentación adecuada ayuda a prevenir la obesidad y enfermedades relacionadas. Dado que en estas edades se consolidan hábitos alimentarios para toda la vida, se estima necesario seguir trabajando en este campo, desarrollando actividades de promoción de la salud que incluyan a los padres, la escuela y la sociedad, pues con actuaciones puntuales no se logra el resultado deseado.

180. EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD VIAL DEL ALTO Y MEDIO VINALOPÓ

P. Vélez, A. Jiménez, G. Arroyo, A. Cremades, E. Martín-Aragón, E. Verche, P. Martínez, S. Navarro, F. Albertos

Centro de Salud Pública de Elda.

Antecedentes/Objetivos: La puesta en marcha y el rodaje de una comisión de seguridad vial, en cualquier nivel, debe ser evaluada periódicamente para conocer sus logros y fracasos con el fin de potenciar unos y corregir, en lo posible, los otros. La Comisión de Seguridad Vial del Alto y Medio Vinalopó (CSVAMV) ha realizado más de 40 campañas de concienciación sobre la seguridad vial entre el 2006 y el 2012. Actualmente, la accidentalidad por vehículo a motor, se considera una verdadera epidemia, hablando en términos de salud. Se considera, asimismo, que la mayoría de los accidentes son evitables. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad de la CSVAMV.

Métodos: Para evaluar la eficacia de la CSVAMV hemos recurrido a las actas que se han ido elaborando de cada una de las reuniones mensuales desde el año 2007. Asimismo hemos accedido a las memorias anuales elaboradas entre los años 2009 y 2012. Para medir la eficiencia hemos utilizado informes policiales sobre la utilización de diversos materiales proporcionados por la DGT provincial (radar móvil y alcoholímetros) que han permitido llevar a cabo campañas complejas de controles de velocidad en zonas urbanas y de controles de alcoholemia y documentación. La evaluación de la efectividad se basa en datos obtenidos de diversas fuentes que miden la cantidad de acciones de educación para la seguridad vial realizadas en todo el departamento.

Resultados: Para medir la eficacia, considerada como la capacidad "teórica" para alcanzar un objetivo, hemos comprobado, revisando las actas y memorias, que la cantidad de miembros pertenecientes a la CSVAMV ha aumentado desde su inicio (11 en 2005, 14 en 2007 y 35 en 2012), abarca más disciplinas y, sus miembros, están más preparados. La medida de la eficiencia se evidencia en que los recursos generados sobrepasan, ampliamente, al costo de las más de 40 campañas bimestrales realizadas. La medida de la efectividad nos la ofrece la cantidad de acciones de educación vial realizadas por años naturales, pasando de las 73 actividades realizadas en el 2006 a las 297 contabilizadas en el 2012, con un claro incremento anual.

Conclusiones: La eficiencia, considerada ésta como la relación entre los recursos utilizados en un proyecto y los logros conseguidos con el mismo, nos hace concluir que la CSVAMV es una organización altamente eficiente. En cuanto a la efectividad, considerada como la capacidad de actuar "realmente" sobre los objetivos marcados, es un parámetro difícil de medir dado que la CSVAMV actúa mediante acciones de Educación para la Salud, con lo que los resultados solo se pueden observar a largo plazo.

219. SITUANDO A LA MUJER FUERA DEL PAPEL DE VÍCTIMA: JORNADA DE DEFENSA FEMENINA EN UNA ZONA CON ESPECIAL VULNERABILIDAD

R.E. García, M.A. Sastre, C.A. Ramos, R.O. Obesso, F.A. Jiménez, M.A. de Dios, L.U. Ruiz, J.U. Palomares, E.N. Navarro

CMS Villaverde; Agente de Igualdad; Defensa Femenina.

Antecedentes/Objetivos: La violencia de género se considera un problema importante de salud pública. En Madrid, entre 2007 y 2012, se atendieron 82.617 llamadas en el servicio de atención y asesoramiento legal telefónico de Violencia de Género. En 2013 han fallecido 9 mujeres en Madrid por este motivo. El Centro de Promoción de la Salud distrital en colaboración con la Asociación Defensa Femenina y la Agente de Igualdad del Distrito ha promovido una Jornada de Defensa Femenina, enmarcada en el Día Internacional contra la Violencia de Género. El objetivo era reflexionar sobre la Violencia de Género, contribuir al empoderamiento de las mujeres, situando a la mujer fuera del papel de víctima en caso de sufrir una agresión.

Métodos: La jornada se programó en una zona de intervención preferente, debido a su situación sociosanitaria, y sólo para mujeres que debían inscribirse previamente (edad, nivel de estudios, situación laboral). La difusión de la misma se realizó a través de las entidades sociales del Distrito. Dicha Jornada tenía una parte teórica y otra práctica, con contenido del papel activo de la mujer y del modo de actuación más adecuado frente a una agresión. Se evaluó la satisfacción de las participantes tanto cuantitativa como cualitativamente.

Resultados: La jornada comenzó con el encuadre inicial del proceso de Violencia de Género, después se explicaron mecanismos de interrupción en las fases de la agresión para la huida y puesta a salvo, tanto en domicilio, como en la calle. Dichos mecanismos se expusieron de manera teórica y se mostraron a nivel práctico con exhibiciones por parte de los profesionales. Todos los mecanismos fueron practicados por las participantes, bajo la supervisión de los profesionales. Para finalizar, se informó sobre cómo actuar ante un caso de violencia de género y los recursos de cercanía. Se utilizaron presentaciones powerpoint, así como folletos informativos ad hoc. La duración de la actividad fue de cuatro horas, en una sola Jornada, en un polideportivo municipal. Intervinieron 6 profesionales de Defensa Femenina, la Agente de Igualdad del Distrito y 5 profesionales del Centro de Promoción de la Salud. La participación fue del 80% de las 220 inscritas (36,28% en situación de desempleo, 43,1% con estudios hasta EGB/ESO, con edades comprendidas entre los 18 y los 72 años, edad mediana de 42 años (RI 34 51)). La Jornada fue valorada de manera positiva por 80 asistentes, destacando comentarios en cuanto a su utilidad, agradecimientos a los profesionales que la impartieron y organizaron y de peticiones de repetición de la misma.

Conclusiones: Esta Jornada posibilita un cambio de situación ante la violencia fuera del papel de víctima.

345. PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA NO PROGRAMADA EN CENTROS DE SALUD

N. de Lara Barloque, E. Roure Cuspinera, N. Romero Cabestany, C. Cabezas Peña

Agència de Salut Pública de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La actividad física es una herramienta de prevención primaria, secundaria y terciaria. Incorporar actividad física en la vida diaria es una medida eficaz y sostenible para mejorar o mantener la salud. El Departamento de Salud tiene un programa integrado de promoción de la actividad física y de la alimentación saludable, que actúa en varios ámbitos: laboral, educativo, sanitario y comunitario. Las intervenciones para fomentar el uso de las escaleras en los puntos de toma de decisión son efectivas y sostenibles según se ha observado en estudios tanto internacionales como en Cataluña. Promover la actividad física no programada en centros de salud a través de mensajes en los puntos de toma de decisiones Promover el uso de las escaleras en centros de salud y otros edificios públicos.

Métodos: Elaboración de una caja de herramientas que incluye una guía técnica de cómo aplicar el programa, así como las señales adhesivas y carteles necesarios para implementar la intervención. Difusión de la intervención entre los gerentes de los centros de salud (hospitales y centros de primaria Asesoramiento y entrega del material a los centros de salud que deciden participar en el programa Propuesta de evaluación del proceso.

Resultados: Desde que empezó el programa en el año 2008 y hasta el año 2012, la media anual de personas mayores de 14 años que acudieron a visitarse a los servicios de urgencias de los hospitales públicos fue de 1.069.229 personas (16,7%), de los cuales 529.505 personas (8,3%) fueron hospitalizadas. 4.089.005 personas (el 64% de la población mayor de 14 años) acudieron a visitarse en los centros

de atención primaria de salud Se elaboró la caja de herramientas y se distribuyó e implantó en todos los centros sanitarios públicos de Cataluña Se evaluó en dos edificios de características estructurales diferentes y se observó un incremento relativo de un 30%.

Conclusiones: Los centros de salud permiten que la mayoría de la población quede expuesta a los mensajes que promueven la actividad física no programada al menos una vez al año La evaluación mostro un aumento de la utilización de escaleras Esta actividad ha demostrado ser bien aceptada, viable y sostenible y seguirá siendo implementada en otros contextos, como parte de la estrategia catalana para promover la salud mediante la actividad física y la alimentación saludables.

346. PREVENCIÓN DE RIESGOS SEXUALES EN ESCENARIOS VULNERABLES. PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN

J. Belda Ibáñez, S. Colomina Monzó, A. Díaz Jiménez, E. Fernández García, E. Galán Rubio, T. Zafra Espinosa

Conselleria de Sanitat, CSP Alicante, CIPS.

Antecedentes/Objetivos: Una línea de trabajo del CIPS, incluida en la Cartera de Servicios, es la intervención en grupos de especial vulnerabilidad. La solicitud de talleres ha ido surgiendo dentro del marco de colaboración y coordinación establecido con las diferentes Organizaciones y se respondía a ésta demanda de manera espontánea. El objetivo de los protocolos responde a la necesidad de consolidar líneas de trabajo homogéneas con programación estable que mejore la evaluación.

Métodos: Con la experiencia generada en las intervenciones desarrolladas por los profesionales del CIPS con grupos de especial vulnerabilidad en 2013, diseñamos protocolos adaptados. Estos grupos enfrentan riesgos propios que se interrelacionan, además, con riesgos sexuales. ¿Qué hacemos? Un protocolo consensuado, integral y ajustado a las necesidades de prevención valoradas para cada uno de estos colectivos ¿De qué se trata? Homologación de contenidos específicos que responda a las diferentes realidades sobre las que realizamos la implementación. ¿A quiénes? Las demandas se proponen desde los centros, instituciones y estructuras que acogen a estos grupos.

Resultados: Los datos están referidos al año 2013, que es el primer año que se han trabajado con los diferentes protocolos. Mujeres: se ha trabajado con diferentes grupos de mujeres (centros de acogida de Alicante, DYOF y asociaciones de mujeres) y se han realizado 14 sesiones en grupos reducidos y con una participación en número variable. Centros de menores: Se han implementado un total de 17 talleres en 5 centros de acogida de menores tutelados de la provincia de Alicante. Los grupos oscilan entre 6-15 jóvenes de edades comprendidas entre 12 y 17 años. Proyecto Hombre: Se han realizado un total de 25 sesiones educativas integradas en el programa propio del Centro a grupos numerosos de adultos (oscilan entre 15 y 30 personas).

Conclusiones: El equipo valora positivamente la elaboración de estos protocolos por las siguientes razones: Se dispone de una herramienta homologada y consensuada, ajustada a los diferentes espacios y grupos. Se dispone de contenidos protocolizados que ofrecen seguridad y agilidad ante la programación y se consigue una coordinación eficiente entre ambas partes que evita duplicidades. Todo ello ha sido valorado en el equipo como una ganancia en calidad y satisfacción.

350. ANÁLISIS DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERÍA

F.J. Escabias Machuca, M.A. Navarro Monzón, M.C. Bonillo Muñoz, C. Ortega Casanova

Hospital La Inmaculada, Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Antecedentes/Objetivos: Actualmente existe unanimidad respecto a que la leche materna es el mejor alimento que puede recibir un bebé en la primera etapa de su vida. En el área nos propusimos como

objetivo realizar un análisis de situación de la lactancia materna planteando actuaciones para mejorar su abordaje.

Métodos: Las fuentes de información utilizadas han sido DIRAYA y la base de datos de metabopatías. Se recogieron datos sobre tipo de lactancia (materna, mixta y artificial, además se consideró “no datos”) que recibieron los niños nacidos en 2012, en la visita puerperal, a los dos meses y a los cuatro. Tipo de estudio: muestreo estratificado aleatorio. El tamaño muestral elegido para la auditoría fue de un 24% del total de la población de estudio.

Resultados: El 71,68% de los niños del área recibieron lactancia materna exclusiva en el primer mes de vida frente al 11,46% que recibieron lactancia artificial. Este porcentaje va modificándose en las visitas sucesivas encontrando que sólo un 18,74% de los niños continuaban con lactancia materna exclusiva en el 4º mes de vida, frente a un 34,29% que recibían una lactancia artificial. Los resultados son similares al resto de Andalucía. Las diferencias más manifiestas ocurren al inicio de la lactancia y en el cuarto mes. En Andalucía la lactancia materna exclusiva es del 63% en el primer mes de vida, en nuestra área es del 72%. Por el contrario, al cuarto mes, en Andalucía el porcentaje es más alto que en nuestra zona con valores de 26,5% y 18,74% respectivamente.

Conclusiones: Para mejorar el abordaje de la alimentación del niño en la primera etapa de la vida es importante plantear estrategias que favorezcan la lm Se han propuesto las siguientes actuaciones: formación a profesionales mediante sesiones clínicas sobre lactancia materna en todas las ugc; creación de un grupo de trabajo multidisciplinar; crear un grupo focal con madres que han dado el pecho y otro con madres que no lo han dado recogiendo opiniones, necesidades, experiencias y grado de satisfacción; fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural; fomentar las escuelas de padres dentro del ámbito comunitario en coordinación con los ayuntamientos; mantener el teléfono de apoyo a la lactancia de Huércal-Overa; facilitar a los nuevos padres una dirección de correo, pág. web o blog para que puedan tener acceso a cualquier consulta y aprovechar la tecnología informática disponible: intranet, blog, página web, correo electrónico, etc., para evitar los desplazamientos tanto de las madres con sus hijos como de los profesionales, teniendo en cuenta la gran dispersión de nuestro área.

369. LA INFORMACIÓN DE SALUD A TRAVÉS DE VÍDEOS EN LOS CENTROS DE SALUD. EL CASO DE LA SALUD MATERNOINFANTIL

B. Prats Viedma, M.A. Romero Cabestany, E. Roure Cuspinera, C. Cabezas Peña

Agencia de Salud Pública de Cataluña.

Antecedentes/Objetivos: El embarazo y la infancia son periodos muy importantes para el desarrollo de la salud humana. Por este motivo, las intervenciones para mejorar la atención de la salud del niño y de la madre durante este periodo son prioritarias. Los consejos sobre lactancia materna, la educación para la salud y la promoción de la salud en el niño y en la madre durante el embarazo, el parto y el posparto son intervenciones eficaces para aumentar la salud. Mejorar la visibilidad y la accesibilidad de los consejos de promoción de la salud mediante el uso de videos en las salas de espera.

Métodos: Se han elaborado videos subtítulos de corta duración (máximo 2 minutos de duración) sin sonido en las salas de espera del hospital y de los centros de salud sobre actividades preventivas durante este período de la vida, consejo sobre lactancia materna y el cuidado de la salud y la seguridad de los niños. Se han puesto a disposición en una plataforma virtual. Los vídeos se adaptan a la población y las condiciones especiales de las salas de espera de los centros de salud: se utiliza tipografía grande, lenguaje adaptado a la población con bajo nivel de escolarización.

Resultados: Se hicieron seis videos. Los mensajes están escritos de una manera positiva ligada a imágenes atractivas para captar la atención y el interés de la población y para ayudar a entender los mensajes. Lenguaje claro y imágenes seleccionadas hacen más fácil la comprensión para la población recién llegada con dificultades de lenguaje. Los principales temas ofertados son Embarazo: el estilo de vida saludable, consejos de salud y actividades preventivas. Lactancia materna: beneficios de la lactancia materna (física, psicológica). Infancia: la promoción de los exámenes pediátricos y su seguimiento, consejos de salud y estilos de vida saludables. Se han utilizado en 170 centros de salud de Cataluña (aproximadamente 50%) Estos vídeos han sido vistos por aproximadamente 2.360.000 pacientes.

Conclusiones: Esta iniciativa ha sido ampliamente acogida por los centros de salud. Esta iniciativa promueve: Educación para la salud durante el embarazo y la infancia. Exámenes pediátricos programados y su seguimiento. Las mejoras sanitarias y disminución de la morbilidad de esta población objetivo a través de la red de atención primaria de salud. Próximamente el programa se ampliará a 500 pantallas así se triplicará la difusión del mensaje.

558. FORMACIÓN EN NECESIDADES, RIESGOS Y ACTIVOS EN SALUD EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

B. Botello, A. Martínez Loscertales, M.I. Mesa Gallardo, J. Gómez Salgado

Distrito de Atención Primaria de Salud Condado Campiña, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El informe SESPAS 2012 dedicado a Atención Primaria recomienda la necesidad de formar en el enfoque de determinantes sociales de la salud y en la capacidad para actuar asignando recursos. La perspectiva de las necesidades y riesgos requiere alta dependencia de los servicios sanitarios, lo que se centra en evitar la enfermedad sin conseguir la capacidad de crear y mantener la salud. Redirigir las actuaciones potenciando los activos en salud puede ayudar a explicar las desigualdades y reequilibrar el enfoque en Salud Pública. Esta situación hace prioritaria la formación en determinantes e intervenciones basadas en activos en salud. Objetivo: describir la formación en necesidades, riesgos y activos en salud para profesionales sanitarios en un Distrito de Atención Primaria.

Métodos: La formación se dirigió al menos a un profesional sanitario de cada unidad de gestión clínica (UGC) de junio a octubre de 2013. Los objetivos fueron: incorporar los conceptos de determinantes, promoción de la salud desde el modelo de activos y promover la capacidad para actuar sobre los determinantes sociales de la salud asignando los recursos necesarios. Se desarrolló en tres fases: presencial, no presencial y de presentación de productos. El producto 1 fue una reflexión de las intervenciones en salud relacionándolas con causas de morbilidad. El producto 2 fue una práctica sobre la realización de mapeo de activos en salud. La evaluación se basó en la asistencia, la satisfacción y la presentación de productos.

Resultados: Participaron 7 de las 8 UGC, con 10 participantes siendo 6 hombres y 4 mujeres (5 médicos, 4 enfermeros y 1 trabajadora social). La satisfacción de la actividad fue de 8,9 y su aplicabilidad de 9. Cuatro UGC presentaron los productos, una de ellas con los dos productos mientras que el resto con el producto 2. El producto 1 recogió las actividades relacionadas con diabetes, enfermedades cardiovasculares y oncológicas. Los productos 2 identificaron en su mayoría los activos físicos, de asociaciones formales e informales. Dos UGC contaron con la participación de la ciudadanía en grupos socioeducativos y en el plan de acción local en salud.

Conclusiones: La formación englobó a la mayoría de nuestras UGC, los resultados de satisfacción fueron buenos aunque únicamente presentaron los productos algo más de la mitad de las UGC. En este sentido las UGC con producto final mostraron la utilidad de la formación para su trabajo diario y la necesidad de difundirla, la carga de trabajo asistencial podría haber dificultado la elaboración del producto final.

La formación en Atención Primaria con enfoque de determinantes y activos en salud proporciona el fundamento teórico para potenciar la actuación comunitaria.

594. NEOFOBIA ALIMENTARIA Y ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN ESCOLARES

B. Patiño Villena, D. Fenoll Brotons, A. Rodríguez Tadeo, E. González Martínez-Lacuesta, G. Ros Berruazo

Servicios Municipales de Salud, Concejalía de Bienestar Social y Sanidad, Ayuntamiento de Murcia; Grupo de Investigación en Nutrición y Bromatología, Facultad de Veterinaria, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: Hay evidencia del efecto beneficioso de la dieta mediterránea y del alejamiento progresivo de los niños de este patrón. Durante el desarrollo infantil hay periodos de rechazo a probar nuevos alimentos (neofobia). Los niños comedores resistentes tienen una dieta poco variada por un importante rechazo a muchos alimentos, sobre todo vegetales. La exposición a gran diversidad en los primeros años de vida mejora la aceptación y previene la aparición de neofobia. El objetivo es valorar la utilidad de investigar la neofobia alimentaria en escolares y determinar si una disposición favorable se traduce en una mejor dieta mediterránea.

Métodos: Estudio transversal descriptivo en escolares de tercer ciclo de primaria de un centro educativo que demanda intervenciones de promoción de alimentación saludable. Los alumnos realizaron en las aulas un cuestionario que incluía un test Kidmed para medir la adhesión a la dieta mediterránea y una Escala de Neofobia Alimentaria (NFS) para medir el rechazo o aversión a los nuevos alimentos. Kidmed tiene 16 preguntas sobre componentes de la dieta, calcula un índice de adhesión (0-12) y clasifica su calidad en tres categorías (puntos de corte: 3 y 7). El NFS consta de 10 ítem sobre la actitud ante alimentos nuevos valorados mediante una escala Likert de 7 puntos, clasificando en tres categorías según puntos de corte en bibliografía (27 y 34) o calculados por 1 DE por encima y por debajo de la media muestral.

Resultados: Participantes: 319 escolares; edad media: 10,7 (DE: 0,6) 10-12 años; 49% chicas. Índice Kidmed medio 8,3 (DE: 1,8), 70,3% con óptima calidad de dieta. Fiabilidad del NFS con Alfa de Cronbach: 0,84. FN medio 30,4 (DE: 12,9), según el punto de corte, entre 15,8% y 32,9% son neofóbicos. El índice Kidmed es significativamente menor en neofóbicos frente a las otras dos categorías de aceptación. El 49% de los neofóbicos siguen una dieta óptima, frente al 81,6% de los que no lo son ($p < 0,0001$), OR: 4,6 (2,7-7,7). Hay relación lineal inversa entre el grado de neofobia y la calidad de la dieta, $r = -0,38$, $p = 0,01$. Los niños neofóbicos presentan consumos significativamente peores de frutas, verduras y legumbres.

Conclusiones: Los neofóbicos tienen peor calidad de dieta tipo mediterránea en los componentes saludables que la definen. Deben abordarse cambios conductuales incrementando la exposición en los primeros años de vida a estos alimentos. El enfoque de las intervenciones debe orientarse a aumentar la predisposición a probar nuevos alimentos teniendo en cuenta los aspectos sensoriales y de comensalidad de la comida.

652. ESTUDO DAS DIMENSÕES DO ÍNDEX DE KATZ NA AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

V.M. Araújo Nunes, G. Piuvezan, J.C. Alchieri, L.M. Azevedo, K. Florêncio, I. Silva Carvalho, K.C. Marques A. Ferreira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Antecedentes/Objetivos: Entre os idosos, as condições crônicas tendem a se manifestar de forma mais expressiva, podendo afetar a funcionalidade dos idosos e, conseqüentemente, o desempenho das

atividades cotidianas. O estudo objetivou avaliar a relação das dimensões do Índice de Katz com a dependência funcional de idosos.

Métodos: Trata-se de um estudo seccional, abordagem quantitativa, realizado com 243 idosos institucionalizados, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob registro nº 164/2011 e CAAE nº 0045.0.051.051-11. Os instrumentos de coleta de dados corresponderam à caracterização sócio demográfica e saúde dos participantes, mini exame do estado mental e índice de Katz. As análises foram realizadas com auxílio de um pacote estatístico, na avaliação das variáveis do estudo. A associação entre as variáveis na análise bivariada ocorreu por meio do Teste do Qui-quadrado realizada com cada uma das seis dimensões do Katz e com as variáveis independentes. Em todos os testes estatísticos adotou-se intervalo de confiança de 95%.

Resultados: A maioria dos idosos é do sexo feminino (70,8%), não escolarizados (32,5%), solteiros (51%) e com filhos (47,3%). 52,3% tinham idade igual ou superior a 80 anos; 55,6% residiam nas instituições há mais de 4 anos. 67,9% dos idosos sofreram quedas e fraturas. A maioria apresenta enfermidades (85,6%), 49,0% (doenças cardiovasculares), 47,3% (neuropsiquiatrias) e 27,2% (metabólicas). 85% faziam uso de medicamentos. 68,3% apresentou declínio funcional e 64,2% cognitivo. Na avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD), 68,3% dos idosos são dependentes. Em relação as dimensões observadas pelo índice de Katz, as ABVD com maior percentual de independência foi a alimentação (69,0%) e com menor percentual, tomar banho (39,9%). A regressão logística múltipla demonstrou que a dependência do idoso institucionalizado na função alimentação do Índice de Katz sofreu influência estatisticamente significativa quando relacionada com a ocorrência de fraturas ($p = 0,041$). Houve diferença estatisticamente significativa do idoso ser do sexo feminino ($p = 0,020$), apresentar alterações cognitivas ($p = 0,021$) e possuir doença cardiovascular ($p = 0,037$) quando relacionados à dimensão transferência. A dimensão uso do banheiro apresentou significância apenas quando associada ao tempo de institucionalização superior a 4 anos ($p = 0,022$).

Conclusiones: A relação entre cada dimensão e a dependência funcional permite uma análise mais profunda sobre possíveis declínios funcionais que poderiam não ser verificados na avaliação geral. Os resultados sugerem o estabelecimento de políticas públicas que possibilitem uma atuação mais efetiva na promoção da saúde da população idosa institucionalizada.

789. PERCEPCIÓN DE LOS ESCOLARES SOBRE LOS ACCIDENTES Y LAS LESIONES ACCIDENTALES

M.C. Davó Blanes, L. Torres Collado, E. Gascón Pérez

Grupo de Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante; Máster de Salud Pública Conjunto UA-UMH.

Antecedentes/Objetivos: Las lesiones no intencionales constituyen la primera causa de muerte en la población infantil española (1-14 años) con una tasa de mortalidad de 6,5 por 100.000 niñas/os. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, la incidencia acumulada de lesiones accidentales en el último año previo a la encuesta fue de 10,6% de las/os niños entrevistadas/os, más frecuente en niños (51,4%) que en niñas (48,6%). Los accidentes se produjeron con mayor frecuencia en casa (29%), en la calle (23%) y en la escuela (22%). Pocos estudios han investigado la perspectiva de las/os niñas/os sobre las lesiones accidentales que sufren. El objetivo del estudio es explorar, describir y categorizar las percepciones de las/os niñas/os sobre las lesiones accidentales y las explicaciones de los accidentes que hayan podido experimentar.

Métodos: Estudio exploratorio mediante análisis cualitativo sobre la percepción de salud de la población infantil. Los datos se obtuvieron de 6 grupos de discusión de entre 8 a 10 niños/as formados en

2006 mediante muestreo teórico intencional de niños/as de edades entre 8 y 12 años de 3º y 6º curso de primaria de colegios públicos y concertados de Alicante con los criterios de inclusión: Centro público/concertado; Zona centro o residencial/zona de clase trabajadora; Niños/niñas/grupo mixto; Tercero y Sexto de primaria. Los discursos fueron grabados, transcritos y posteriormente analizados usando el programa ATLASTL.v.4.1 y aplicando los principios de la grounded theory. Dos investigadores identificaron una estructura temática y un proceso de codificación abierta revisada por un tercero para validar el proceso y determinar las categorías y subcategorías resultantes.

Resultados: Los accidentes fue un tema emergente del análisis del discurso. Se identificaron las categorías y subcategorías: Conceptualización de accidente (a. Oposición a salud, "Un niño sano no se rompe nada" b. Asociado a enfermedad "Cuando te rompes la mano o la muñeca" c. Suceso inevitable "Es algo que no se puede prevenir") Causa y tipo de lesiones ("Por mucho que me caiga sólo me he hecho moraos") Lugares donde se producen accidentes (a. Escuela "El patio es plano y cuando juegas al fútbol algún niño se cae" b. Otros "Me hice una fisura en la calle") Sugerencias para evitar accidentes (a. Espacios escolares "Arreglar el suelo del patio" b. Conductas personales "Tener más cuidado").

Conclusiones: La población infantil sabe identificar los accidentes como problema de salud. Los percibe como inevitables aunque propone formas de evitarlos. Ayudar a los escolares a identificar las causas de los accidentes puede eliminar su percepción de inevitabilidad y fortalecer su capacidad para afrontarlos.

Financiación: Escuela Valenciana de Estudios en Salud. Generalitat Valenciana 044/2006.

843. SE HACE CAMINO AL ANDAR

R. Gavira Izquierdo, F. Cortés Fernández, L. Caballero Tejedor, C. Ortuño Izquierdo, H. Navarrete Morata, P. Fanjul García, M. Ceinos Arcones

Madrid Salud, CMS Villa de Vallecas.

Antecedentes/Objetivos: Según la Carta de Ottawa la promoción de la salud "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Madrid Salud en su estrategia "Gente saludable" comenzó la actividad "Caminar por Madrid" con una marcha semanal por las zonas verdes de los distritos. Dentro del programa ALAS (Alimentación y actividad física) se incide en la necesidad de incorporar la actividad física en la vida cotidiana, como hábito fundamental para la salud y favorecedora de relaciones sociales. En el CMS de Villa de Vallecas el programa se realiza semanalmente desde octubre del 2012 salvo los meses de verano.

Métodos: Es una actividad voluntaria y gratuita, abierta a cualquier persona, sin inscripción previa. Está dirigida por personal sanitario que acompaña al grupo durante la marcha. Todos los miércoles a las 9:30 horas el grupo se reúne en el punto de encuentro fijado y comienza la actividad con ejercicios de calentamiento 10 minutos. A continuación comenzamos la marcha lentamente y aumenta el ritmo hasta llegar a la mitad del recorrido, donde realizamos ejercicios de elasticidad, resistencia y coordinación. Se reinicia la marcha hasta el punto de encuentro y realizamos ejercicios de estiramientos y vuelta a la calma a las 11 horas. La actividad no se realiza los miércoles festivos y durante el verano, pero no se suspende por inclemencias meteorológicas. El grupo ha salido a caminar bajo la lluvia y la nieve en varias ocasiones.

Resultados: En los últimos 6 meses se han realizado 24 grupos. Un total de 62 personas adultas (46 mujeres y 16 hombres) han caminado con nosotros al menos 90 minutos semanales. La media de edad es de 61 años (30-80 años). La participación media por sesión es de

29 personas. La que más ha participado, ha caminado 21 días y el que menos, sólo ha hecho una sesión de ejercicio. Algunos miembros del grupo se han organizado para salir a caminar otros días de la semana de forma libre. Entre los participantes se encuentran usuarios de una institución que trabaja con la discapacidad psíquica.

Conclusiones: Se ha consolidado un grupo de personas del distrito que se reúnen al menos una vez a la semana para realizar actividad física, favoreciéndose las relaciones sociales entre ellas. Creemos que el hecho de ser una actividad gratuita ha contribuido a su participación y difusión. Tenemos una herramienta de buen funcionamiento que ofrecer a personas usuarias del CMS interesadas en perder peso o adquirir hábitos saludables, necesidades de socialización, etc. La actividad contribuye a la integración de personas con discapacidad, compartiéndola con otras del distrito y también para trabajar contra las desigualdades en salud.

850. DISEÑO DE CAMPAÑA INFORMATIVA DE MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO-SANITARIAS FRENTE A BRONQUIOLITIS

A. Morillo, R. Valencia, I. Villén, S. Expósito, A. Luna, G. Ramírez, C. Coronel, E. Briones, A. León

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (UCEIMP), Hospital Universitario Virgen del Rocío; Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de Valme; Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital San Juan de Dios Aljarafe; Servicio de Epidemiología, Distrito de Atención Primaria Aljarafe; Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen Macarena; Centro de Atención Primaria Amante Laffon, Sevilla; Servicio de Epidemiología, Distrito de Atención Primaria Sevilla; S.E. Infecciosas Pediátricas, Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: La bronquiolitis tiene alta prevalencia en menores de 24 meses cuya etiología fundamental es el Virus respiratorio sincitial (VRS) y supone un importante carga de enfermedad en centros asistenciales (hasta el 2% pueden requerir asistencia hospitalaria y supone el 80% de las hospitalizaciones por infecciones respiratorias agudas). A pesar de esto no existen campañas autonómicas ni provinciales de promoción, por lo que se decide crear un Grupo de Trabajo Multidisciplinar para identificar las herramientas de prevención y control de bronquiolitis por VRS útiles para el diseño de campañas de promoción de la salud en atención ambulatoria y hospitalaria.

Métodos: Se ha formado un grupo multidisciplinar, coordinado por un Especialista en Medicina Preventiva y en los que participaron facultativos especialistas en Pediatría y Medicina Preventiva del ámbito de la atención ambulatoria y hospitalaria y personal de epidemiología. Tras la identificación campañas nacionales e internacionales previas y revisión de la literatura para identificar medidas de prevención de evidencia reconocida, se propusieron los elementos claves para el diseño de campañas de promoción de la salud dirigidas a la prevención y control de la bronquiolitis.

Resultados: Se han definido los objetivos de las campañas en función del ámbito de aplicación (comunidad, hospitales, centros de salud) y de los destinatarios (padres/madres, personal sanitario, gestores de centros asistenciales), se ha definido los momentos y lugares para la difusión de las campañas, así como propuestas en la organización de Servicios para dar una adecuada respuesta en el incremento de la demanda asistencial y se han elaborado los diferentes mensajes y los recursos o medios de difusión que pueden ser utilizados. Se han identificado para cada ámbito 4 o 5 indicadores de proceso.

Conclusiones: Ante la ausencia de campañas centralizadas en enfermedades de alta prevalencia y con alta frecuentación asistencial es necesario que los mensajes de promoción sean claros y coheren-

tes en los diferentes niveles asistenciales. En este sentido el trabajo del grupo ha ayudado a la implementación de campañas en nuestra provincia.

885. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO À SAÚDE

V. Medeiros A. Nunes, R.F. Rafael, C.V. Sá, J.P. Araújo Freire, G.I. Viana Santos, A.T. Lopes Sampaio, V.M. Cruz Leite

Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN.

Antecedentes/Objetivos: O mundo está envelhecendo e o Brasil vem seguindo esta tendência, experimentando um envelhecimento populacional rápido, com consequências epidemiológicas preocupantes pela mudança do perfil de doenças. Os agravos e doenças crônicas não transmissíveis, predominam como típicos das faixas etárias mais avançadas. Os idosos, por apresentarem características bastante peculiares requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa, a fim de identificar e prevenir o aparecimento desses agravos à saúde, comprometendo sua qualidade de vida. O estudo objetiva realizar uma avaliação geriátrica ampla (AGA), na perspectiva de detectar condições mórbidas ocultas, que contribuam diretamente para queda de funcionalidade da pessoa idosa.

Métodos: Estudo exploratório realizado com idosos na faixa etária de 60 anos ou mais, residentes em uma instituição de longa permanência, Natal, RN, Brasil. Foram excluídos os que tinham patologias que impossibilitavam a comunicação. O estudo foi conduzido doutorandos dos cursos de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Projeto aprovado pelo CEP/UFRN sob parecer nº 164/2011. Realizou-se entrevista onde foram colhidos dados referentes à identificação dos idosos, avaliação da funcionalidade, acuidade visual e auditiva, cognição, humor, mobilidade e hábitos de vida. Foram listados os problemas de saúde encontrados, instituídas possibilidades terapêuticas, orientações quanto a vacinação de rotina, solicitação de exames, encaminhamentos para especialistas e preenchimento do cartão de vacinas.

Resultados: Dos 19 idosos, 15 participaram do estudo. Média de idade 79 anos; 60% (9) do sexo feminino; 46,7% (7) não sabem ler e escrever. 80% (12) são portadores de demência, 53,3% (8) depressão, sendo 75% (6) leve e 25% (2) severa. Quanto a mobilidade, 66,7% (10) apresentam risco de quedas. 10% (1) são acamados e 30% (3) usam bengala. 33,3% (5) apresentam incontinência urinária, 73,3% (11) deficiência visual e 20% (3) deficiência auditiva. Quanto aos hábitos de vida, 53,3% (8) são tabagistas; 46,7% (7) etilistas; 73,3% (10) tem cartão vacinal em atraso. 73,3% (11) referiram dormir bem, desses 27,3% usam benzodiazepínicos e 26,7% queixaram-se insatisfação do sono. Em relação às patologias que aumentam o risco cardiovascular, 26,6% (4) são diabéticos, 60% (9) hipertensos e 46,7% (7) dislipidêmicos. 40% (6) apresentam prescrição médica com erros, relacionadas a tratamento inadequado de patologias.

Conclusiones: Constatou-se uma elevada prevalência de síndromes geriátricas entre os idosos, reforçando-se a importância da longitudinalidade do cuidado para se estabelecer medidas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras na perspectiva da promoção da saúde.

134. APLICACIÓN GIS ISSA: UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN SEGURIDAD ALIMENTARIA

A. Antón Ausejo, M.S. Franco Pérez, E. García Miravalles, D. Pérez Huguet, M. Pérez Gonzalvo

Centro de Salud Pública de Xàtiva, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: El Reglamento (CE) 882/2004, sobre los controles oficiales efectuados para garantizar la verificación del cumplimiento de la legislación en materia de piensos y alimentos y

la normativa en salud animal y bienestar de los animales, establece la obligación de los E.E.M.M. de garantizar la realización de controles oficiales con la frecuencia apropiada, basados en los riesgos identificados, el historial de los explotadores de empresas alimentarias, la fiabilidad de los autocontroles realizados y cualquier otro dato que pudiera indicar incumplimiento. La planificación de las actuaciones de Vigilancia Sistemática deviene así esencial para garantizar el cumplimiento de dicho mandato y con la optimización de recursos, tanto humanos como económicos.

Métodos: Desde el año 2009 la Subdirección General de Seguridad Alimentaria está desarrollando una aplicación informática para la planificación de las actuaciones del Control Oficial en la Comunidad Valenciana. El sistema GIS ISSA es un sistema para la geolocalización de establecimientos alimentarios que permite, en base a los criterios generales de la acción de control (frecuencia de control, tipo y duración de las visitas de control y tamaño de la empresa) definir el plan de trabajo de los Agentes de Control Oficial de cada Departamento incorporando para ello la información que recibe con una periodicidad semanal desde ISSA –Integración de Sistemas de Seguridad Alimentaria– relativa a los establecimientos alimentarios, los Agentes de Control Oficial (A.C.O.), las visitas ya realizadas y los documentos de Control Oficial en ellas cumplimentados.

Resultados: La aplicación GIS ISSA posibilita, con una periodicidad establecida, la planificación de las visitas de Control Oficial ajustándose a las sucesivas modificaciones que a lo largo de dicho periodo han tenido lugar en los establecimientos alimentarios y/o los Agentes de Control Oficial. El proceso de planificación pasa de ser una tarea tediosa e inexacta a realizarse de forma rápida y sencilla, suponiendo una mejora considerable en cuanto conlleva una notable reducción de las tareas administrativas. La aplicación permite, además, la elaboración de informes que ayudan al usuario a realizar un óptimo seguimiento de las actuaciones de control en cada Departamento.

Conclusiones: La utilización de la aplicación GIS - ISSA supone un importante avance en la planificación de las actividades del Control Oficial en cuanto que permite la obtención de los planes de trabajo de los ACO dinámicos y ajustados en todo momento a las características reales y actuales de los establecimientos y las actividades que ejercen.

254. INTERVENCIONES PARA PROMOVER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN MUJERES DE LA PROVINCIA DE ALICANTE

C.R. Gallardo Quesada, V. Ortuño Ibáñez, I. Bevia Febrer, M.A. Gili Nicolau, C. López-Quiñones, M. Plasencia Dolz, R. Servert Yeste, M. Salado López

Centro de Salud Pública de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El estilo de vida tiene una enorme influencia en la salud. No fumar, mantener un peso corporal normal, consumir moderadamente alcohol, realizar ejercicio físico moderado y frecuente, y llevar una dieta saludable; reducen el riesgo de algunas enfermedades crónicas. Las principales causas de mortalidad en Alicante son enfermedades isquémicas del corazón y cáncer. Existen intervenciones eficaces para promover un estilo de vida saludable. Objetivo: analizar hábitos de vida y promover un estilo de vida saludable en mujeres de Alicante.

Métodos: Estudio experimental preventivo. Ámbito: Salud Pública, Unidad de Promoción de la Salud y Prevención. Población: Mujeres captadas desde septiembre 2013, en la sala de espera del Programa de cribado de cáncer de mama en el Centro de Salud Pública de Alicante. Muestra: selección al azar (tabla de número aleatorios) de tres participantes (dos días/semana); que firmaron un consentimiento informado y cumplimentaron un cuestionario estructurado con seis bloques de preguntas (Hábitos alimentarios y de nutrición; Sedentarismo y Actividad física; Salud mental; Auto cuidado personal, tabaquismo y

alcoholismo; Descanso, ocio y sociabilidad; Osteoporosis). Se evaluó el cuestionario, permitiendo clasificar el estilo de vida en: saludable y no saludable. Se realizaron intervenciones (carta personalizada con material informativo y talleres grupales) según la clasificación de estilo de vida. En las participantes con estilo de vida no saludable se realizará un seguimiento para identificar posible cambios mantenidos en sus hábitos de vida. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado de las variables y una regresión logística, mediante el paquete SPSS 15.0.

Resultados: Se encuestaron un total de 117 mujeres; el 91,5% fueron españolas y el 19,7% universitarias. El 38,5% tenían trabajo y la mediana de edad fue 58 años (50,5-63). El 29,1% fueron pre-obesa y 68,4% no fumadoras; mientras el 53% tuvo la circunferencia abdominal patológica. El 67,5% tuvo un estilo de vida saludable. El nivel de estudios fue el único factor asociado con significación estadística, al estilo de vida saludable (universitarias, RR: 6,7; IC95%: 1,4-32,2). Se envió cartas a todas las participantes y se invitó a talleres al 38,5%.

Conclusiones: Un tercio (32,5%) de las participantes tuvo un estilo de vida no saludable. Se realizó intervenciones en todas las participantes. Conocer los hábitos de vida en la población y aplicar intervenciones que promuevan cambios duraderos en el tiempo para alcanzar un estilo de vida saludable, es de gran importancia; siempre teniendo como meta la prevención de enfermedades.

Calidad y satisfacción de la asistencia sanitaria (Oral 10 minutos)

Viernes, 5 de septiembre de 2014. 10:00 a 11:30 h

Moderador: Pello Latasa Zamalloa

876. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE CALIDAD ASISTENCIAL, SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y ESTADO DE SALUD EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE INGLATERRA. UN MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES

I. Ricci Cabello, S. Stevens, A. Dalton, R. Griffiths, J.M. Valderas

Department of Primary Care, Universidad de Oxford; CIBER; University of Exeter Medical School.

Antecedentes/Objetivos: La evaluación de la calidad de la atención sanitaria se ha centrado principalmente en tres aspectos: actividad asistencial, satisfacción del paciente, y estado de salud del paciente. El objetivo de este trabajo fue analizar la relación entre estos tres tipos de medidas de calidad en los centros de atención primaria de Inglaterra.

Métodos: Se realizó un estudio transversal al nivel de centro de salud. Se obtuvieron 141 indicadores de calidad para 7.607 centros de salud de dos fuentes: Quality Management Analysis System y GP Patient Survey. Los indicadores se agruparon en diez categorías correspondientes a procesos de la atención (productividad, formación de profesionales sanitarios, gestión de medicamentos, acceso al centro de salud, acceso a servicios adicionales, calidad técnica de la actividad asistencial y atención centrada en el paciente), el estado de salud de los pacientes (resultados de salud intermedios (tensión arterial, etc) y estado de salud auto-percibida) y la satisfacción con la atención recibida. Se desarrolló un modelo conceptual a través del cual se formularon hipótesis a priori para las asociaciones entre dichas categorías y su dirección. Dicho modelo fue empíricamente examinado mediante un modelo de ecuaciones estructurales que combinó análisis factorial y análisis de caminos.

Resultados: El modelo de ecuaciones estructurales identificó dos caminos. En el primer camino, "Acceso al centro de salud" estuvo asociado a "Atención centrada en el paciente" (= 0,61), la cual a su vez

estuvo fuertemente asociada a "Satisfacción del paciente" (= 0,88). En el segundo camino, "Formación de los profesionales sanitarios" estuvo asociado a "Calidad técnica" (= 0,34), la cual a su vez estuvo fuertemente asociada a "Resultados de salud intermedios" (= 0,80). Estos dos caminos fueron substancialmente independientes entre sí, con débiles asociaciones entre "Calidad técnica" y "Atención centrada en el paciente" (= 0,09), y entre "Calidad técnica" y "Satisfacción del paciente" (= 0,05). Finalmente, se observó una débil asociación entre "Estado de salud auto-percibida" y "Calidad técnica" (= 0,01), "Resultados de salud intermedios" (= 0,02), y "Atención centrada en el paciente" (= 0,05).

Conclusiones: Los resultados obtenidos en este estudio sugieren que la evaluación de la calidad de la atención sanitaria debe incluir tres aspectos que son substancialmente independientes entre sí: calidad técnica de la actividad asistencial, experiencias de los pacientes, y estado de salud auto-percibida por los pacientes.

129. SATISFACCIÓN DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD PÚBLICA DE BENIDORM

M. Llinares Llorca, H.R. Martínez, M.C. Llinares Martínez, A. Hernández Jiménez

Centro de Salud Pública de Benidorm, Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo fue determinar el grado de conocimiento de localización, actividades y fuentes de información del Centro de Salud Pública (CSP), y la percepción de calidad de los usuarios de aspectos en los que se podría establecer acciones de mejora.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se confeccionó una encuesta anónima de autocumplimentación, en base a la Guía de referencia del Ministerio de Administraciones Públicas. Se realizó la encuesta en dos períodos: mayo 2013, en mano a usuarios que acudieron al centro y por mensajería interna a sanitarios del hospital de departamento; octubre-diciembre 2013, en mano a usuarios que acudieron al centro y a personal sanitario que asistieron a reuniones convocadas por los técnicos. Las variables midieron características de los encuestados, grado de conocimiento de localización del centro y sus fuentes de información, y la satisfacción percibida en cuanto a los servicios y trato de los profesionales del CSP.

Resultados: En el primer periodo se obtuvieron 33 encuestas (28% de respuesta), y en el segundo periodo se obtuvieron 69 (97% de respuesta). Un 65,7% de los encuestados fue personal no sanitario, entre los cuales un 38,9% trabajaban para consultoras o gestorías. Al 92% le resultaba fácil la localización del CSP, pero un 40% desconocía que existe sólo un CSP en el departamento, y el 34,3% desconocía las actividades que realiza. Este desconocimiento es similar en sanitarios (S) y no sanitarios (NS) (64% vs 67%). Conocimiento de la página Web 62% (50% en S vs 68% NS). Motivo por el que acude: recibir asistencia técnica 79%, solicitar guías-catálogos 44%, por indicación de un profesional 73%. Valoración de servicios (puntuaje \pm DS): información disponible del CSP $7,13 \pm 2,1$; fácil acceso a página Web $7,63 \pm 1,8$; utilidad página Web $7,62 \pm 2$; los profesionales son competentes $8,77 \pm 1,4$; el personal transmite confianza $8,9 \pm 1,3$; trato atento y amable $9,11 \pm 1,2$; obtuvo fácilmente material divulgativo 8 ± 2 ; el material ha sido de utilidad $7,93 \pm 1,79$; satisfacción general $8,46 \pm 1,6$. La satisfacción general y la percepción de confiabilidad fue significativamente mayor en NS que en S ($8,97$ vs $7,44$ $p < 0,00$; $9,29$ vs $8,03$ $p < 0,00$).

Conclusiones: La mejor valoración corresponde a que el personal presta un trato atento y amable, transmite confianza y ayuda a resolver sus asuntos. Los peor valorados, aunque con resultado satisfactorio, han sido el disponer de información previa del centro, y que la página web sirva para sus necesidades. El grado de satisfacción

general ha sido muy alto tanto para personal sanitario como no sanitario. La encuesta realizada por mensajería ha tenido muy baja tasa de respuesta.

183. CALIDAD PERCIBIDA DE LA ASISTENCIA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE SALUD

M.I. Gómez-Besteiro, B. Sola-Ananín, M.L. Feijoo-Fuentes, C. Gago-López, A. Silva-Tojo

SERGAS, Xerencia Xestion Integrada A Coruña; CS Adormideras.

Antecedentes/Objetivos: Obtener una medida de calidad asistencial percibida en un centro de salud. Explorar la fiabilidad y validez del cuestionario SERVPERF ampliado para profesionales de enfermería.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. En el centro de salud urbano de Adormideras (A Coruña), durante una semana en julio de 2013, se invitó a los pacientes que acudieron a consulta de medicina y enfermería a cumplimentar un cuestionario ampliado del SERVPERF. Instrumento: sobre el modelo de cuestionario original SERVPERF adaptado para atención primaria y compuesto por 22 ítems que centran la medida de calidad percibida sobre la atención médica, se añadieron 9 ítems con contenidos para enfermería. El nuevo cuestionario quedó compuesto por 31 ítems medidos en escala Likert de 1-7 (1 nivel más bajo, 7 nivel más alto), variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral), otras variables: frecuencia de consultas en el último año y profesional, ítem de percepción subjetiva de salud (1-5) y valoración de la satisfacción global con la atención sanitaria recibida. Análisis: Se determinó distribución de frecuencias, medidas de tendencia central con IC: 95%. Para comparar las variables cuantitativas se utilizó χ^2 ; para las cuantitativas la t-Student y/o U de Mann-Whitney. Se estimó la fiabilidad con el alfa de Cronbach y se realizó análisis factorial con rotación Varimax.

Resultados: En total se analizaron 150 cuestionarios cumplimentados por 67 (44,7%) hombres y 83 (55,3%) mujeres, con una edad media 50,27 años (mínimo = 18 máximo = 96) y un 20% > 65 años. El 70% perciben su estado de salud como bueno, muy bueno o excelente y un 20% consideran que su estado de salud comparado con hace un año mejor. En el ítem de control (1-7) satisfacción global con la atención sanitaria en el centro de salud se obtuvo una media de 6,17 (3-7), ligeramente superior en los hombres (n.s). El cuestionario con 31 ítems mostró una Consistencia interna Alfa-Cronbach = 0,941 (IC: 0,925-0,956). El análisis factorial con rotación Varimax, señala 6 factores que explican un 72,63% de la varianza total. El factor 1 extraído, contiene 11 ítems, todos relacionados con enfermería y muestra una consistencia = 0,96.

Conclusiones: Los usuarios consideraron que recibían un servicio de buena calidad. El cuestionario SERVPERF ampliado, se mostró como un instrumento fiable para medir y diferenciar la calidad percibida de la asistencia de personal de enfermería y medicina.

711. METODOLOGÍA CUALITATIVA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UN HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO

C. Iniesta Mármol, I. Fernández, T. Sáez, J.J. Ojeda, R. Novoa, A. Martín, M. Sánchez, J. Muñoz

Hospital Universitario La Paz; Ansible S.L.

Antecedentes/Objetivos: Existe poca experiencia en el uso de los métodos cualitativos en la evaluación de la calidad asistencial percibida a pesar de que la evidencia indica que ésta es útil en este tipo de evaluaciones. En esta línea, el Servicio Madrileño de Salud impulsa su

uso a través de los Contratos Programa de 2013. El Comité de Calidad Percibida del Hospital Universitario La Paz (HULP) planteó este estudio con el objetivo de analizar el proceso de información y atención a pacientes y familiares al Hospital de Día Pediátrico (HDP) y establecer acciones de mejora.

Métodos: Se diseñó un estudio cualitativo con grupos focales. Se analizaron los pasos del circuito asistencial de los pacientes atendidos en el HDP del HULP y se diseñó un guión de entrevista para los grupos focales, ordenado en torno a cuatro dimensiones: 1) El circuito asistencial, 2) La información facilitada, 3) Los profesionales que intervienen en el proceso y 4) Las instalaciones. La captación de los padres, madres y tutores tuvo lugar en el HDP mediante la entrega de un consentimiento informado durante el mes de noviembre en la sala. Posteriormente, a través de llamada telefónica, se verificó su disponibilidad para asistir a las fechas previstas para las entrevistas grupales. Los grupos focales fueron dirigidos por un entrevistador según el guión elaborado. Las entrevistas fueron registradas en audio, transcritas y analizadas por la Comisión.

Resultados: De los 56 padres que firmaron el consentimiento en la captación que tuvo lugar en el HDP, 13 accedieron a asistir al hospital para la entrevista grupal. Finalmente, y en base a la disponibilidad horaria de los participantes, se conformaron dos grupos con 4 y 7 padres respectivamente. A los grupos focales se sumaron los investigadores del estudio. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y se identificaron los problemas transmitidos por los participantes, para los que cada miembro de la Comisión aportó propuestas de mejora. La información se recogió en un informe consensado que incluía 38 propuestas de mejora concretas que se trasladaron a los responsables asistenciales implicados así como a la Dirección del hospital.

Conclusiones: La técnica de grupos focales permitió identificar con detalle aspectos deficientes y potencialmente mejorables del conjunto del proceso asistencial de los pacientes atendidos en el HDP. La metodología cualitativa es útil para abordar procesos concretos de mejora en la asistencia hospitalaria y complementa la realización periódica de estudios de opinión en el ámbito asistencial.

748. ¿CÓMO VEN LOS PACIENTES EUROPEOS DE ATENCIÓN PRIMARIA LA COMUNICACIÓN CON SUS MÉDICOS? RESULTADOS DEL ESTUDIO EUROPEO EUPRIMECARE

C.A. Sánchez-Piedra, S. García-Pérez, J. Prado-Galbarro, L. Prieto-Castillo, A. Sarría-Santamera

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Describir y analizar los determinantes asociados con el nivel de satisfacción de los pacientes con la capacidad de escucha de los médicos de Atención Primaria (AP) en Europa.

Métodos: Encuesta poblacional telefónica en cada uno de los países del consorcio Euprimicare (Alemania, España, Estonia, Finlandia, Hungría, Italia y Lituania) entre usuarios de AP. El cuestionario incluía variables sociodemográficas, estado de salud, utilización y satisfacción con los servicios de AP. La encuesta se realizó a 3.020 pacientes. Se desarrollaron análisis descriptivos, correlaciones bivariantes y un modelo de regresión ordinal para estudiar la relación directa entre los diferentes niveles de satisfacción y las variables explicativas sobre la demografía, y estado y servicios de salud de los pacientes. Se presentan los valores de Odds Ratio para las variables estadísticamente significativas.

Resultados: Resultaron significativas la relación entre los niveles de satisfacción y la edad (OR = 1,016; Intervalo de confianza 95% 1,008-1,024; $p < 0,001$), visitas al especialista (OR = 0,961; IC95% 0,934-0,988; $p = 0,006$), tener médico de AP de referencia

(OR = 1,857; IC95% 1,197-2,878; $p = 0,006$), medición de peso, colesterol y tensión arterial (OR = 1,916; IC95% 1,531-2,396; $p < 0,001$), tener una enfermedad crónica (OR = 1,290; IC95% 1,031-1,613; $p = 0,025$) y países (OR1 Estonia = 2,555; IC95% 1,707-3,823; $p < 0,001$; OR2 Alemania = 1,598; IC95% 1,125-2,270; $p = 0,009$; OR3 Lituania = 1,621; IC95% 1,136-2,237; $p = 0,008$; OR5 Italia = 1,723; IC95% 1,193-2,484; $p = 0,004$; y, OR6 Hungría = 2,746; IC95% 1,870-4,027; $p < 0,001$). Las visitas al especialista influyen negativamente en el mayor grado de satisfacción.

Conclusiones: Los usuarios europeos destacan la importancia de mantener relación con un médico de AP conocido y de referencia, algo que también puede guardar relación con otras variables como la toma de medidas de control. Aspectos relacionados con las expectativas (propias de cada cultura y país) parecen formar parte de la ecuación que explica la satisfacción de los pacientes con las habilidades de comunicación de sus médicos de AP.

777. SATISFACCIÓN DE LA FORMACIÓN RECIBIDA POR LOS RESIDENTES EN EL HOSPITAL DE LA PRINCESA DE MADRID

I. Cuevas Casado, G. Alemán Vega, B. Martín Águeda, M. Pichiule Castañeda, J.R. Villagrasa Ferrer

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de La Princesa.

Antecedentes/Objetivos: Las encuestas de satisfacción son una forma de medir la calidad percibida, en este caso se pretende determinar cómo los MIR valoran la formación recibida en los distintos Servicios del hospital, con el fin de detectar fortalezas y áreas de mejora.

Métodos: Se realiza un estudio transversal a través de una encuesta de satisfacción a los residentes del Hospital Universitario de La Princesa durante el curso 2012-13. La encuesta consta de 19 preguntas con 4 respuestas posibles (poco, escaso, adecuado, excelente). Las respuestas "adecuado" y "excelente" se consideran "respuesta favorable". Las preguntas exploran varios aspectos de la satisfacción global con el Servicio (preocupación por su formación, supervisión, dedicación del tutor, formación asistencial, formación investigadora, formación docente-académica, formación ética). También hay preguntas que recogen la satisfacción con las sesiones del Servicio y del hospital y otras que valoran la supervisión y formación en las guardias. Por otra parte, se reserva un espacio para comentarios y sugerencias opcionales.

Resultados: De los 267 residentes del curso 2012-13, 113 completaron la encuesta (42%). Al evaluar la satisfacción global con el Servicio, en 6 preguntas de 7 la respuesta fue favorable (adecuado/excelente) en más del 90% de los encuestados, a excepción de la valoración de la formación investigadora, que sólo obtuvo 57% de respuestas favorables. En cuanto a la valoración de las sesiones, el 87% de los residentes opinan que en su Servicio se realizan sesiones en número suficiente y las consideran de interés formativo un 90%. En cuanto a las sesiones generales, 85% tienen una opinión favorable en cuanto a interés formativo. Por último, en la valoración de la supervisión y formación durante las guardias, los resultados fueron en las de Medicina-Urgencias 71% adecuado/excelente, en otras especialidades, el 88%, y en cirugía y traumatología, el 67%.

Conclusiones: La satisfacción global de los MIR con la formación recibida en los Servicios del Hospital Universitario de La Princesa es buena, sin embargo aún queda por mejorar la actividad investigadora. El área que presenta mayores posibilidades de mejora lo constituyen las guardias, tanto en formación como en la supervisión de los residentes, los cuales son profesionales en formación. Es deseable realizar seguimientos periódicos y se debe facilitar esta información a los responsables de la docencia de los residentes para implantar medidas de mejora en la formación de los futuros especialistas.

38. ANÁLISIS DEL RENDIMIENTO DE UN CENTRO DE SALUD PÚBLICA

J.G. Cano Montoro, A. Mas Castillo, V. García Murcia, J.A. García Navarro

CSP Orhuela.

Antecedentes/Objetivos: Conocer la eficacia, eficiencia y efectividad de las Unidades Funcionales (UF) de un centro de Salud Pública (CSP) y como consecuencia del propio CSP y proponer un modelo de comparación entre centros.

Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado durante 2013 en un CSP. Parámetros de análisis: Definición y competencias de las UF. Se definen las UF del centro y sus componentes, las líneas estratégicas que desarrollan y la población diana en la que intervienen. Fuentes de información: Programas Capavant y CIRO y tablas retributivas Consellería Sanitat. Coste alcanzado (CA) y Coste esperado (CE). Se calcula el gasto realizado en Capítulo I y II a lo largo del año y se compara con el gasto que se esperaba en ambos capítulos. Resultados obtenidos y esperados. Analizamos las metas obtenidas para cada indicador propuesto por UF y se compara con las metas esperadas. Definición y cálculo de eficacia, eficiencia y efectividad. Eficacia: Medirá cuántos de los resultados esperados se alcanzaron. Σ Resultado Alcanzado (RA)/ Σ Resultado Esperado (RE). El rango de puntuación oscila de 1 a 5. Eficiencia: Logro de los objetivos al menor costo unitario posible: $(\Sigma RA/CA)/(\Sigma RE/CE)$. El rango varía de < 1 (ineficiente) a > 1 (muy eficiente). Efectividad: Medirá el logro de los resultados programados en el tiempo con los costos más razonables posibles: $[(\text{Puntos Eficacia} + \text{Puntos Eficiencia}/2)/5] \times 100$. Se expresa en porcentaje. El análisis se realizó con el programa Excel de Microsoft Office. Limitaciones del estudio: Diferentes tipos de CSP y UF. Ausencia de listado de indicadores consensuados para la evaluación. o Diferentes formas de trabajo en las Unidades de Gestión de los centros.

Resultados: El coste alcanzado fue un 6,7% (123.583 €) inferior al esperado. Las UF de Dirección con el 22,98% y Promoción con el 17,69% son las de mayor gasto en Capítulo II. Todas las UF del CSP alcanzaron la máxima puntuación en eficacia (5 puntos), sin embargo, la Unidad de Promoción fue la única que no alcanzó la máxima puntuación en eficiencia (1 punto) y sólo llegó al 60% de efectividad. El CSP obtuvo la máxima puntuación (5 puntos) en eficacia, eficiencia y efectividad.

Conclusiones: El seguimiento mensual de la actividad desarrollada frente al gasto generado es una buena herramienta de gestión para los CSP. Los acuerdos de gestión de los CSP deberían plantearse en términos de eficacia, eficiencia y efectividad. Se deben definir claramente qué indicadores se tienen en cuenta a la hora de analizar el rendimiento de las UF y del CSP.

151. DEFINICIÓN DE ÁREAS DE MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS: VOZ DE LOS PROFESIONALES

J. Carmona, F. Murillo, C. Navarro, E. Montero, T. Guzmán

Inspección Servicios Sanitarios; Hospital Universitario Virgen del Rocío; Hospital Universitario Virgen Macarena.

Antecedentes/Objetivos: La atención en la urgencia hospitalaria requiere de valoraciones clínicas por diferentes especialidades. Históricamente, existen desajustes funcionales, entre las urgencias hospitalarias y la actividad programada que requiere nuevos abordajes para mejorar los resultados. La priorización de las estrategias de mejora debe partir de la experiencia y opinión de los profesionales. Se presenta el resultado de un consenso de expertos sistematizado en dos hospitales. Objetivos: identificar puntos críticos del proceso de hospitalización en el área de urgencias. Consensuar y aprobar las Áreas de Mejora del proceso de hospitalización desde urgencias.

Métodos: 1. Constitución del equipo director de la estrategia 2. Análisis de los indicadores de las urgencias (2013) 3. Estudio cualitativo (entrevistas semiestructuradas) a responsables de las unidades de urgencias y del resto de especialidades 4. Definición de las áreas de mejora y líneas de acción mediante consenso de expertos.

Resultados: Participaron responsables clínicos de 15 unidades 1. Indic. Hospital 1: presión urg. = 61,17%, urg. atendidas = 205.835 pac., % de ingreso = 9,43%, tiempo medio en urg. y observ. = 2,62 h/p y 22,15 h/p. Hospital 2: presión urg. = 51,15%, urg. atendidas = 289.608 pac., % ingreso = 18,60%, tiempo medio urg. y observ. = 2,83h/p y 22,81 h/p. 2. El análisis de las entrevistas caracterizó 12 puntos críticos: déficit del proceso asistencial "urgencias", alternativas a la hospitalización, inadecuación de altas, falta de protocolos conjuntos, factores sociosanitarios, asunción de responsabilidades clínicas, optimización de ritmos de trabajo, evitar ingresos desde consultas, aumento de la capacidad de resolución, adaptabilidad de recursos según frecuentación, mejora del circuito de ingresos, definición clara de competencias clínicas, abordaje de conflictos específicos urgencias-especialidad. Se clasificaron en tres categorías: Conocimiento, Organización y Coordinación). 3. Se definieron 10 Áreas de Mejoras: conocimiento de los objetivos de urgencias, coordinación urgencias/especialidades, coordinación admisión/hospitalización, protocolos consensuados de ingresos y de procesos asistenciales, reordenación de las camas, recursos alternativos a la hospitalización, organización de la respuesta sociosanitaria y sistemas de información). Se establecieron 23 líneas concretas de acción.

Conclusiones: Este trabajo ha permitido establecer una "hoja de ruta" para abordar puntos críticos de las urgencias en los dos hospitales. La definición consensuada con los responsables clínicos de las unidades de áreas de mejora y líneas de acción, garantiza una participación activa de los profesionales en el ejercicio de su gestión clínica.

870. MIR E INVESTIGACIÓN

I. Cuevas Casado, L. Vega Piris, F. Rodríguez Salvanés

Hospital Universitario de la Princesa.

Antecedentes/Objetivos: La investigación figura en todos los programas formativos de los MIR. Sin embargo, la Unidad de Metodología del IIS-Princesa detecta carencias de formación y metodología. PlanTEAMOS organizar un curso ad hoc y valorar su utilidad y factores en la actividad investigadora de los MIR.

Métodos: Mediante un curso práctico para MIREs y 3 cuestionarios exploramos: su pasado investigador; sus conocimientos y su visión sobre factores para investigar y la satisfacción con el curso. Además se pidió elaborar una pregunta de investigación y se brindó apoyo para madurarla. Los resultados se compararon con encuestas de satisfacción realizadas por Docencia.

Resultados: Asistieron al curso entre 5 y 20 MIREs por sesión. Recibimos sus preguntas de investigación pero ninguno pidió apoyo para madurarlas. A la encuesta 1 respondieron 20 MIREs: 8 (55%) había participado en algún proyecto de investigación durante la residencia y 5 (25%) declararon haber publicado algún artículo. Ningún residente de 16 fue capaz de explicar correctamente el significado del p-valor. Del cuestionario acerca de las facilidades y motivaciones y la satisfacción del curso para la investigación, de los 20 asistentes habituales sólo lo cumplimentaron 5 (25%). De los 5, ninguno supo dar una explicación válida al significado del p-valor. La satisfacción con el curso fue buena o muy buena en los 5, pues les podrá ser muy útil para iniciar un proyecto de investigación y habían aprendido bastante o mucho. 4 de ellos afirmaron tener más interés por investigar tras el curso. Antes de empezar la residencia, 3 tenían intención de investigar, frente a 2 que no; 1 pensaba que la investigación no iba a formar parte de su rutina, mientras los demás sí, aunque 3 piensan que no

ha sido así o sólo en ocasiones. Sin embargo, los 5 ven necesario o útil que un residente investigue, pero que la formación es deficiente. Además, 4 de los 5 percibe en su Servicio poco ambiente investigador y 3 que no da facilidades para investigar. En las respuestas libres y de la entrevista semiestructurada sobre sugerencias para que los MIR investiguen, opinaron que sería oportuno celebrar cursos como éste durante toda la residencia; fomentar la investigación dirigida, con apoyo metodológico con expertos en el Servicio y en la Unidad de Metodología; reservar tiempo específico para ella, dentro del horario habitual y no como extraordinario. Estos resultados se alinean con las encuestas de satisfacción que completaron 113 de los 267 residentes de 2012-13, pues la satisfacción global fue favorable en 6 respuestas de 7 en más del 90%, salvo la formación investigadora, que sólo obtuvo 57% de respuestas favorables.

Conclusiones: La formación investigadora es deficitaria en los MIRs, pues reciben pocos apoyos y oportunidades. Debería ser más reglada, continuada y parte de la rutina dentro y fuera del Servicio.

Problemas específicos de salud II (Oral 10 minutos)

Viernes, 5 de septiembre de 2014. 10:00 a 11:30 h

Modera: *Jordi Casabona Barbarà*

157. LA RED GLOBAL DE HOSPITALES DE VIGILANCIA DE LA GRIPE (GIHSN-GLOBAL INFLUENZA HOSPITAL SURVEILLANCE NETWORK)

J. Puig-Barberà, A. Tormos, A. Natividad-Sancho, A. Mira-Iglesias, A. Buigues-Vila

FISABIO-Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El proyecto GIHSN se inició en el Hemisferio Norte durante la temporada gripal 2012-2013. La red tiene como objetivo estudiar la epidemiología de enfermedad gripal grave y la enfermedad atribuible a cada cepa a través de la identificación prospectiva de casos. Se estima la efectividad de la vacuna de la gripe estacional agrupada, por países, cepas y grupos de edad. El centro coordinador de la GIHSN está ubicado en España, en el Área de Investigación en Vacunas de FISABIO-Salud Pública.

Métodos: Se han creado un protocolo común, cuestionario, hoja de cálculo y procedimientos operativos estándar para la recopilación de los datos. Todos los centros participantes siguen un protocolo mínimo común para detectar la población diana y recopilar los datos y variables necesarias, con el fin de disponer de datos homogéneos para el análisis agrupado. Los datos de los distintos centros son recopilados y agregados en una base de datos única. Se realizan tablas resúmenes, tablas de frecuencias y representaciones visuales de los valores representativos de la base de datos para detectar los valores irregulares, ausentes y cuestionables. Finalmente se procede a una descripción de los resultados por centro participante y agregados.

Resultados: En 2012-2013, el primer año de la red, se incluyeron 21 hospitales (5 en España, 5 en Francia, 4 en la Federación Rusa y 7 en Turquía). De 8162 pacientes cribados, 5906 fueron elegibles y se obtuvieron muestras por hisopado nasofaríngeo. De estos, 5034 resultaron tener una reacción de cadena de polimerasa válida y 1545 (30,7%) fueron positivos para gripe. De estos pacientes positivos para

gripe, 615 (39,8%) fueron A (H1N1)pdm09, 262 (17,0%) A (H3N2), 436 (28,2%) B/Yamagata y 53 (3,4%) B/Victoria. En la temporada actual, 2013-2014, participan en la red 25 hospitales (6 en España, 4 en la Federación Rusa, 7 en Turquía, 5 en China y 3 en Brasil), abarcando alrededor de un total de 6.250 camas hospitalarias.

Conclusiones: Este estudio multicéntrico aplica un protocolo mínimo común que permite describir las características locales de la epidemiología de la gripe y el efecto relativo en grandes grupos de riesgo y de protección conferida por la vacuna. La coordinación asegura la calidad de los datos. La evaluación de los datos agrupados y el manejo de la heterogeneidad es una línea de investigación y conocimiento en vías de desarrollo.

Financiación: Red parcialmente financiada por Sanofi Pasteur.

159. INGRESOS ASOCIADOS A VIRUS RESPIRATORIOS EN LA RED VALENCIANA DE HOSPITALES PARA EL ESTUDIO DE LA GRIPE Y VIRUS RESPIRATORIOS. OTOÑO-INVIERNO 2013-2014. RESULTADOS PRELIMINARES

J. Puig-Barberà, M. Carballido-Fernández, R. Limón-Ramírez, M. Tortajada-Girbés, M.C. Otero-Reigada, J. Mollar-Maseres, C. Carratalá-Munuera, V. Gil-Guillén, J. Díez-Domingo, et al

FISABIO-Salud Pública; Centro de Salud Pública de Castellón; Hospital General de Castellón; Hospital La Plana; Hospital Doctor Peset; Hospital La Fe; Universidad Miguel Hernández; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La carga de enfermedad asociada a virus respiratorios (VR) está insuficientemente definida. El objetivo de este estudio fue estimar la incidencia de ingresos asociados a virus respiratorios, por grupos de edad y tipo de virus.

Métodos: Estudio de seguimiento prospectivo para la detección de ingresos asociados a virus respiratorios en los residentes ($n = 1.446.658$ a 31 de diciembre de 2013) en seis departamentos de salud. Investigadores de campo con dedicación exclusiva aplicaron un protocolo de cribado sistemático, de lunes a sábado, de todos los ingresos a través de Urgencias con cuadros posiblemente asociados a una infección viral reciente. Tras consentimiento informado, se registró información sociodemográfica y de factores de riesgo y se obtuvieron hisopados de nasofaringe. Las muestras fueron procesadas en un único laboratorio de referencia mediante una prueba múltiple de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real. Las tasas de ingresos se estimaron utilizando como denominador el Sistema de Información Poblacional.

Resultados: Desde la semana epidemiológica 46 de 2013 al 27 de febrero de 2014 (semana epidemiológica 9) se detectaron 3.937 ingresos elegibles, 3.682 (93,5%) otorgaron su consentimiento. Se dispuso de resultados de 2.023 (93%) de los 2178 que cumplieron con los criterios de inclusión, con 2.019 muestras válidas. En 526 (26%) se obtuvo un resultado positivo: 338 (64%) gripe (281 (83%) A(H1N1), 48 (14%) A(H3N2) y 4 (3%) A no subtipada, 77 (15%) VSR, 61 (12%) coronavirus, y 50 (10%) otros. Las tasas de ingreso por gripe A(H1N1) fueron 161 por 100.000 en < 1 año de edad, de 42 por 100.000 en los de 1 a 4 años de edad, y de 28, 34, 48 y 42 por 100.000 en los grupos de edad de 50-64, 65-74, 75-84 y ≥ 85 y más, respectivamente. Las tasas de ingreso por A(H3N2) fueron de 24 por 100.000 en < 1 año y de 19 y 11 por 100.000 en los de 75-84 y ≥ 85 años. Las tasas de ingreso por VSR fueron de 362 por 100.000 en < 1 año, de 25 por 100.000 en los de 1 a 4 años de edad, y de 4 a 5 por 100.000 en los adultos ≥ 65 años de edad.

Conclusiones: La mayor carga de enfermedad por virus respiratorios agudos se observó en los primeros años de vida, fundamentalmente en los menores de un año. La incidencia de gripe en el grupo de 1 a 4 años de edad fue similar a la experimentada en el grupo de 65 o más años de edad.

Financiación: Red parcialmente financiada por Sanofi Pasteur.

162. INGRESOS POR VIRUS RESPIRATORIOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DURANTE TRES TEMPORADAS CONSECUTIVAS

J. Puig-Barberà, R. Larrea-González, M. Carballido-Fernández, R. Limón-Ramírez, M. Tortajada-Girbés, M.C. Otero-Reigada, J. Mollar-Maseres, C. Carratalá-Munuera, V. Gil-Guillén, et al

FISABIO-Salud Pública; Centro de Salud Pública de Castellón; Hospital General de Castellón; Hospital La Plana; Hospital Doctor Peset; Hospital La Fe; Universidad Miguel Hernández; Hospital Lluís Alcanyis; Hospital General de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La estimación de la carga de enfermedad grave debida a infecciones por los virus respiratorios en la infancia está sujeta a sesgos de clasificación debido a la circulación concurrente de estos virus, con manifestaciones clínicas similares. Nuestro objetivo fue estimar la incidencia de ingresos asociados a virus respiratorios en los menores de cinco años de edad.

Métodos: Estudio prospectivo aplicando un protocolo de captación activa de ingresos consecutivos y la determinación de la presencia de infección viral mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (multiplex RT-PCR) en muestras de hisopados nasofaríngeo y nasal, durante tres temporadas, en 8, 5 y 6 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana, con 103.633, 68.281 y 71.387, residentes menores de 5 años, seguidos durante 24, 23 y 15 semanas, en las temporadas 2011-2012, 2012-2013 y 2013-2014. Las muestras, fueron procesadas en un único laboratorio de referencia. Las tasas de ingresos se estimaron utilizando como denominador el Sistema de Información Poblacional.

Resultados: Observamos 1.980 ingresos posiblemente asociados con una infección por virus respiratorio, 842 (43%) resultaron positivos, 473 (24%) para virus sincitial respiratorio (VSR), 161 (8%) para gripe, y 190 (10%) para otros virus respiratorios (de más a menos frecuentes: coronavirus, bocavirus, rinovirus, infecciones mixtas, parainfluenza y metaneumovirus). Las tasas acumuladas de ingresos por 100.000 para el VSR fueron 1.415 en menores de 6 meses, 259 en 6 a < 12 meses, 165 en los de 12 a < 24 meses y de 70 en los de 2 a 3 años de edad. Para la gripe, las tasas de ingresos por 100.000 fueron 211 en los < 6 meses, 100 en los niños de 6 a < 23 meses de edad, y 58 en los niños de 24 a < 36 meses de edad. Para los niños de 36 a < 60 meses las tasas fueron de 19 para el VSR y de 24 para la gripe. El riesgo de ingreso por VSR fue inversamente proporcional a la edad y asociado a la presencia de comorbilidad. El riesgo de ingresar por gripe fue independiente de la comorbilidad asociada.

Conclusiones: Los virus respiratorios se asocian a una importante carga de enfermedad en la infancia. Uno de cada 50 niños de menos de 6 meses ingresó por un cuadro asociado a un virus respiratorio en el período y ámbito del estudio.

Financiación: Red parcialmente financiada por Sanofi Pasteur.

282. FACTORES DETERMINANTES DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON INHALADORES EN ADULTOS CON ASMA

G. Hernández, A. Dima, O. Cunillera, M. Bruin

IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas); ASCoR, University of Amsterdam; University of Aberdeen.

Antecedentes/Objetivos: La falta de adherencia al tratamiento con inhaladores contribuye a un aumento de la carga del asma en todo el mundo. Si bien se han realizado un gran número de estudios observacionales sobre los factores relacionados con la adherencia al tratamiento con inhaladores, no hemos encontrado ninguna revisión sistemática en adultos. El objetivo de este estudio es sintetizar la evi-

dencia disponible sobre los factores determinantes de la adherencia a inhaladores en adultos asmáticos mediante una revisión sistemática de la literatura.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline, Embase, PsychInfo y PsychArticles de artículos publicados entre 1990 y 2012 sobre estudios observacionales que evaluaran determinantes de la adherencia al tratamiento con inhaladores para el asma. Dos evaluadores independientes realizaron la revisión de títulos, resúmenes y artículos completos (según criterios de inclusión y exclusión), la extracción de datos y la evaluación de la calidad de los estudios (realizada con una adaptación de la guía STROBE). Los resultados se resumieron cualitativamente según la clasificación propuesta por la OMS que distingue factores individuales, socio-económicos, relacionados con el tratamiento, la enfermedad, y el sistema de salud.

Resultados: Se incluyeron 40 de los 2.324 estudios encontrados en la búsqueda bibliográfica. Los datos se obtuvieron de diversas fuentes de atención primaria y secundaria, farmacias, encuestas a la población general, registros de dispensación farmacéutica y seguros de salud. Los tamaños de muestra variaron desde 34 hasta 5.563 participantes (mediana 176, rango intercuartílico de 391,5). La evaluación de la calidad de los estudios mostró limitaciones relevantes en la selección de los participantes, la definición del constructo de adherencia, las variables de medida y los análisis estadísticos. Los factores individuales, los relacionados al tratamiento y a la enfermedad fueron los más investigados, mientras que los factores socio-económicos y del sistema de salud los menos explorados. En la mayoría de los estudios, se encontró asociación entre las creencias acerca del tratamiento y la adherencia, mientras que no se encontró asociación consistente con el tabaquismo, la duración del asma, la comorbilidad y el tipo de medicación.

Conclusiones: La evidencia observacional sobre los factores determinantes de adherencia al tratamiento con inhaladores presenta limitaciones metodológicas relevantes. Es importante destacar que las creencias acerca del tratamiento del asma constituyen un factor modificable sobre el cual se pueden diseñar programas de intervención.

Financiación: Comisión Europea (HEALTH-F5-2011-282593) y de la Generalitat de Catalunya, AGAUR (2009SGR1095).

498. USO DE PRESERVATIVO MASCULINO Y TRANSMISIÓN DEL VIH EN KINSHASA (RD CONGO): ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

S. Carlos, J. de Irala, E. Burgueño, C. López-del Burgo, C. Passabosc, A. Osorio, L. Tshilolo, A. Ndarabu, M.A. Martínez-González

Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de Navarra; Centro Hospitalario Monkole, Kinshasa (RDC).

Antecedentes/Objetivos: La prevalencia de uso de preservativo masculino en África Subsahariana es baja e inconsistente. Pocos estudios analíticos han valorado en esta región el uso del preservativo y su asociación con el riesgo de infección VIH. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de uso de preservativo y su asociación con un primer diagnóstico de infección VIH en el Centro de Consultas Externas del Hospital de Referencia Monkole, en Kinshasa (RDC).

Métodos: Estudio de casos y controles basado en primeros tests de VIH. Casos y controles se definieron en base a un resultado VIH+ o VIH-, respectivamente. Entre diciembre de 2010 y junio de 2012 se encuestó a 762 personas del programa de Consejo y Diagnóstico Voluntario de VIH (CDV) y a 868 donantes de sangre, entre 15 y 49 años que recibieron cribado de VIH. Mediante entrevista personal estandarizada se valoró la frecuencia de uso de preservativo (nunca/alguna

vez/casi siempre/siempre), número de parejas sexuales y otras variables. Se analizó, mediante regresión logística no condicional, la asociación entre frecuencia de uso de condón y estatus de caso incidente (primer test VIH+). Los modelos se ajustaron por edad, sexo, grupo de estudio (CDV/donante), nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil y número de parejas.

Resultados: Se identificaron 274 casos y 1.340 controles. Sólo un 5,5% (90/1.630) de los encuestados refirieron usar condón siempre. En personas con uso consistente el porcentaje de alto acceso a medios, solteros, múltiples parejas y de alta percepción de riesgo fue mayor que en los que no usaban o lo hacían de forma inconsistente. La magnitud de la asociación inversa entre el uso de preservativo y la infección VIH fue mucho mayor para el uso consistente (OR ajustada = 0,23; IC95%: 0,08-0,68) que para el uso inconsistente (OR ajustada = 0,52; IC95%: 0,38-0,71). El efecto protector del preservativo fue mayor para los participantes de mayor riesgo, con multiplicidad seriada, (> 5 parejas durante la vida, OR ajustada = 0,12, IC95%: 0,01-1,08) o multiplicidad concurrente de parejas, (> 1 pareja simultánea, OR ajustada = 0,27, IC95%: 0,05-1,52).

Conclusiones: La prevalencia de uso consistente de condón en nuestra muestra fue baja y dicho uso fue más efectivo para aquellas personas con multiplicidad de parejas probablemente porque es el colectivo con mayor riesgo y que por lo tanto más veía cambiar su riesgo con el uso de preservativos.

Financiación: Proyecto PIUNA (Universidad de Navarra).

501. INVESTIGACIÓN DE MENINGITIS MENINGOCÓCICA EN TIJUANA B.C. ENERO-MARZO, 2013

H.N. del Carmen, G. León, F.J. Arzate, D.F. Ovalle, J.C. Rodríguez, A.G. Galicia, H.M. Irma, J.A. Díaz, C. Ruiz

Dirección General de Epidemiología; Dirección General Adjunta de Epidemiología; Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos; Servicios de Salud de Baja California.

Antecedentes/Objetivos: En el primer trimestre del año 2013 hubo un aumento inesperado de casos de meningitis meningocócica en la Ciudad de Tijuana, Baja California, México, lo que provocó que se realizara lo siguiente: Caracterizar los casos de meningitis meningocócica tipo C diagnosticados de enero a abril - Evitar los casos secundarios de la enfermedad - Realizar acciones para disminuir la letalidad.

Métodos: Se realizó búsqueda de casos de meningitis por todas las causas en hospitales, se realizó estudio de casos confirmados a N. meningitidis tipo C de enero a marzo 2013. Se aplicó cuestionario específico para detección de fuentes de infección y factores de riesgo. Se utilizaron definiciones operacionales y abordaje de brotes de enfermedad meningocócica del Manual de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación, capacitación a médicos e información a población general mediante medios de difusión.

Resultados: Se detectaron 32 casos de meningitis: 56% por N. meningitidis tipo C (18 casos), de los cuales, se detectaron 9 casos aislados y cuatro conglomerados (9 casos). Con una tasa de incidencia de 0,92 por 100.000 hab para la Ciudad de Tijuana, afectando principalmente adolescentes de 10 a 14 años (tasa de 2,8). La letalidad general fue de 33%, siendo del 100% para el grupo de 25 a 34 años y también para quienes acudieron a más de dos consultas con un médico sin que éste sospechara el diagnóstico, a diferencia de quienes solicitaron atención médica directamente a un hospital, en quienes la letalidad fue de 0. El 100% de los pacientes presentaron fiebre, malestar general y cefalea intensa; 94% postración en cama y vómito; 89% náuseas y 83% petequias. Se implementó una red negativa en 18 unidades médicas y un Centro de Rehabilitación Social. Se revisaron 618 personas en seis escuelas, se visitaron 1.352 casas en 12 colonias, se ministro

quimioprofilaxis a 272 contactos. Por laboratorio se realizó estudio de campos pulsados, donde se sugiere que 9 de 10 cepas evaluadas, son la misma clona.

Conclusiones: El cuestionario de probables fuentes de exposición, no demostró una fuente común entre todos los casos, solo en cuatro conglomerados. El análisis de las defunciones ha demostrado que no se sospechó oportunamente el diagnóstico, lo que provocó aumento de la letalidad. Se recomienda una continua capacitación de calidad a los médicos de primer nivel y evaluar el impacto de la estrategia de comunicación social. Posterior a la intervención y hasta el cierre del año 2013, se ha evitado la presentación de casos secundarios y se logró una disminución de la letalidad.

751. EUROSUPPORT 6: EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN DE COUNSELLING ASISTIDA POR ORDENADOR (CISS) PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL HIV (PLHIV)

O. Borrego, V. Gordillo, L. Álvarez, S. Pardo, A. Prieto

CPHS, Servicio de Prevención y Promoción de la Salud, Ayuntamiento de Madrid, Madrid Salud; Universidad Complutense de Madrid; Itsmo-Alma Ata; Madrid Salud.

Antecedentes/Objetivos: El proyecto Eurosupport es una iniciativa de Promoción de Salud europea, que dirige sus actuaciones hacia la atención psicosocial en el cuidado de personas que conviven con el HIV (PlHIV). Participan 10 países. Eurosupport 6 (2009-2013) se diseñó en base a las necesidades detectadas en Eurosupport 5: el 33% de PlHIV comunicaron sexo inseguro especialmente en Hombres que mantenían relaciones con otros hombres (HSH) e inmigrantes. Las Instituciones líderes son: El Instituto de Medicina Tropical en Amberes (Centro coordinador) con Christiana Nosltinger, Tom Platteau y Bob Colobunders), Sensoa, Ruth Borms, y el St Mary's Hospital, Londres Agnes Kocsis y en España, La Universidad Complutense de Madrid (Facultad de Psicología) con Victoria Gordillo. El Centro de Promoción de Hábitos Saludables de Madrid Salud, es Centro Colaborador. **Objetivos:** Desarrollar una intervención para prevenir la transmisión del HIV entre hombres que mantengan relaciones sexuales con hombres (HSH) e inmigrantes y minorías en centros de tratamiento y ONGs. Desarrollar herramientas para los proveedores de salud dirigidas a reducir el comportamiento sexual de riesgo, así como facilitarles un entrenamiento eficaz (aprendizaje on-line), manuales de intervención etc.

Métodos: Se comparará la eficacia del Counselling con nuevas tecnologías y el consejo médico habitual. La intervención consiste en 3 sesiones individuales en 5-7 semanas, de 45 minutos. Se utilizan vídeos de personas y otros recursos para reproducir un estado emocional similar al que subyace a la toma de decisiones en las relaciones sexuales de la vida real. Tipo de diseño: experimental. 50% Intervención. 50% control.

Resultados: Número total de participantes: 192 HSH (58,3%); INMIG (41,7%). Varones (77,1%) mujeres (22,9%). Se presentarán resultados descriptivos por grupo diana así como otras variables de salud. Efecto de la intervención: Grupo Control: el riesgo para un contacto sexual sin protección se reduce en el 0,7% (Seguimiento 3 meses). Grupo CISS: el riesgo para un contacto sexual sin protección se reduce el 29,9%.

Conclusiones: La herramienta diseñada (CISS) constituye un enlace entre las elecciones sexuales racionales y emocionales. Se trata de una prevención positiva al usar herramientas innovadoras que motiven y ayuden al participante a cambiar su comportamiento sexual. Está previsto ofrecer entrenamiento a la mayoría de los países europeos y existirá formación on-line.

Financiación: European Commission: Grant Agreement nr. 2008 1204. Gilead, Abbott, and Merck.

877. PACIENTES VIH/SIDA: CALIDAD DE VIDA Y MEDIDAS CLÍNICAS DESDE UN ENFOQUE INTERCULTURAL

Y. García-López, R. Castejón Bolea, J.A. Delgado de los Reyes, D. Torrús Tendero, B. Lumbreras Lacarra, J. Portilla Sogorb

Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández; Hospital General Universitario de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El SF-36 es una herramienta que se ha usado ampliamente para analizar el impacto del tratamiento anti-retroviral así como para propósitos discriminativos y predictivos en pacientes VIH/SIDA. Analizar la diferencia en calidad de vida y resultados clínicos en pacientes VIH/SIDA atendidos en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), en función de su origen, español o latinoamericano.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal en personas infectadas por el VIH/Sida atendidas en el Hospital General Universitario de Alicante entre octubre de 2013 y febrero de 2014. Los criterios de exclusión fueron: menor de 18 años, hospitalización actual, no consentimiento a participar. Se les administró un cuestionario sociodemográfico con variables de edad, sexo, país de origen, años de residencia en España, estado civil, nivel de estudios, orientación sexual y modo de transmisión y el cuestionario de calidad de vida (SF-36v2). También se recogieron variables clínicas, años desde el diagnóstico, carga viral, CD4, tiempo de TARV, VHB, VHC, vía de transmisión.

Resultados: Participaron 214 pacientes, 70,1% hombres. La media de edad fue 46 años (rango 20-91). La encuesta la cumplimentaron 136 españoles y 76 latinoamericanos. Las prácticas de riesgo para la infección VIH incluían: transmisión heterosexual 33,2%, homo/bisexual 39,3%, UDI 10,7%, no sabe 10,3% transfusiones 5% y otros 3,7%. 44% tienen SIDA. La cuenta de los linfocitos CD4 los españoles tienen el 65% > 500 uL, 29% de 200 a 499 uL y 6% < 200 uL, por otra parte los latinoamericanos el 62% > 500 uL, 30% de 200 a 499 uL y 8% < 200 uL, diferencias no significativas. Por otra parte, las dimensiones de calidad de vida analizadas son superiores en la población latinoamericana que en la española, con diferencias estadísticamente significativas en la salud general (57% españoles, latinoamericanos 67%), función física (españoles 83%, latinoamericanos 94%), rol físico (españoles 64%, latinoamericanos 85%), vitalidad (españoles 58%, latinoamericanos 69%). En el componente mental la diferencia también es mayor para los latinoamericanos pero sin diferencias estadísticamente significativa.

Conclusiones: El VIH/SIDA es una enfermedad crónica por lo que son importantes tanto los resultados en salud como mantener y maximizar la calidad de vida. En la población estudiada existen diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud a pesar de tener resultados clínicos similares, pudiendo deberse a diferencias interculturales en la apreciación de su enfermedad. Tenemos en curso un estudio cualitativo para identificar dichas diferencias.

600. INFECCIONES ASOCIADAS A LAS VERRUGAS ANOGENITALES

C.I. Alfaro Sánchez, J.C. Alonso Lorenzo, M.L. Junquera Llana, L. Otero Guerra, F. Gutiérrez, F. Vázquez Valdés

Centro de Salud Pola de Siero; Gerencia Área Sanitaria de Oviedo, Servicio de Salud el Principado de Asturias; Unidad de ITS, Hospital Monte Naranco; Servicio de Microbiología, Hospital de Cabueñes; Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Elche, Universidad Miguel Hernández; Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Central de Asturias.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la prevalencia de coinfecciones y los factores asociados en pacientes que consultan por primera vez por verruga anogenital en una Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Métodos: Estudio retrospectivo de tipo observacional descriptivo. La población de estudio fue la totalidad de casos nuevos con diagnóstico clínico de verruga anogenital entre enero 2011 y diciembre 2012 en la Unidad de ITS del Hospital Monte Naranco (Asturias). Variables principales: edad, sexo, estado civil, vía de acceso a la consulta, antecedentes de ITS, sintomatología, resultado del cribado de 15 infecciones (se consideraron ITS: hepatitis, herpes genital, sífilis, gonococia, VIH, tricomoniasis e infecciones por Clamidia o molluscum). La información se recogió mediante consulta de la historia clínica de cada uno de los pacientes. Análisis estadístico: distribución de frecuencias y tablas de contingencia entre factores y las patologías implicadas en la coinfección, la asociación estadística se identificó a través de ji-cuadrado y test de Fisher.

Resultados: 446 pacientes estudiados (hombres 62,1%; mujeres 37%; transexuales 0,4%), edad media de 31 años (DE: 9,6), sin prácticas de riesgo en 54% y solteros el 48%. Acuden por Libre demanda o desde Atención primaria el 81,4% y desde Especializada el 18,6%. Antecedente previo de alguna ITS en 19,7%. Se identificó una infección asociada no conocida (ITS y otras infecciones genitales) en 221 casos (49,6%; IC95%: 44,8-54,3), de ellos el 74,7% presentaba una infección y el 25,3% dos o más infecciones. Al considerar únicamente las ITS, la coinfección con un segundo patógeno se identificó en 79 casos (17,7%; IC95%: 14,0-21,4), presentando en el 89,9% una infección y en el 10,1% dos infecciones. Dentro de éstas las más frecuentes fueron la infección por Chlamydia trachomatis diagnosticada mediante reacción en cadena de la polimerasa en exudados de 46 casos (10,5%) y en las pruebas de serología la hepatitis C en 4 casos (1,1%). Los factores asociados a tener alguna coinfección fueron la presencia de síntomas ($p < 0,001$) y el número de síntomas ($p = 0,001$).

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de coinfección en pacientes con verrugas anogenitales. Al establecer un diagnóstico de verruga anogenital debería considerarse un cribado oportunista de otras ITS.