

# XXXVI REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y XIII CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE EPIDEMIOLOGIA

## Epidemiología en un Contexto Global

Lisboa, 11-14 de septiembre de 2018

VIERNES, 14 DE SEPTIEMBRE DE 2018

### COMUNICACIONES ORALES

#### CO33. Vigilancia epidemiológica III/ Vigilância epidemiológica III

Viernes, 14 de septiembre de 2018. 9:30-11:30  
Aula 3

Moderan: Baltazar Nunes y Mireia Jané Checa

#### 928. EL HOSPITAL COMO FUENTE DE ENFERMEDAD: GRIPE NOSOCOMIAL

V. del Prete, M.D. Martínez-Bellón, M. Porta, A. Bueno-Cavanillas

*Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario San Cecilio, Servicio Andaluz de Salud, Granada; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** Numerosos estudios describen factores de riesgo de hospitalización en casos con gripe, pero son pocos los que analizan la transmisión nosocomial de la gripe. Nuestro objetivo es describir los *cluster* de gripe identificados entre los pacientes previamente hospitalizados y los factores asociados.

**Métodos:** Se ha analizado la serie de casos de gripe confirmada en el laboratorio de Microbiología del Hospital Universitario San Cecilio entre el 1 de diciembre de 2017 y el 5 de marzo de 2018. Para cada caso de gripe detectado se ha recogido la fecha de diagnóstico, edad, si ingresa o no en el hospital, en caso afirmativo la cama y la fecha de ingreso. Se ha realizado una representación gráfica, en una hoja de Excel, valorando la línea de tiempo y agrupando por salas todos los casos. Se considera que existe una fuente de infección en el entorno cuando aparece un caso de gripe con una cadencia de al menos 1 día de coincidencia en la misma sala que un caso conocido. Los datos recogidos se pasaron a Stata 14.0 para su análisis.

**Resultados:** Entre el 1 de diciembre de 2017 y el 2 de marzo de 2018, el laboratorio de microbiología recibió 744 solicitudes de PCR

gripal. Se rechazaron un total de 98 muestras por falta de criterios de gravedad. Del resto, 398 fueron negativas, 143 fueron positivas a gripe A, 102 positivas a gripe B, y 1 fue positiva a ambos virus. Una tercera parte de los casos de gripe detectados, 82, no requirieron ingreso, el 22,4% de los casos de gripe A (32) y el 27,2% de los casos de gripe B (28) llevaban más de 3 días hospitalizados cuando se diagnosticó la gripe, con un promedio de 11,6 y 20,6 días respectivamente para gripe A y B. La coincidencia en el tiempo y espacio con otro caso de gripe que hubiera podido actuar como fuente de infección sólo se detectó en 4 de los casos de gripe A. En el resto de los casos, aún cuando no se puede descartar una transmisión nosocomial por contacto durante la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas, la fuente más probable de infección han sido bien las visitas de familiares, bien el contacto con personal.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La adquisición hospitalaria de la gripe ha presentado en esta temporada una relevancia importante, con enorme trascendencia por la complicación añadida que supone la infección gripal, causa contribuyente de la muerte en al menos el 10% de los casos de infección gripal hospitalaria. Los datos presentados avalan la enorme importancia de la vacunación de personal sanitario y cuidadores informales, así como de la limitación de visitas en época de epidemia gripal.

#### 301. BACTERIEMIA NOSOCOMIAL EN NEONATOS DE MUY BAJO PESO: SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA NEOKISSES

J.I. Pijoan Zubizarreta, J. Pérez López, M. Madrid Aguilar, J. Escudero Argaluz, C. Barcelona Alfonso, L. Ortega González, J.M. Hernández Hernández, J.I. Villate Navarro, G. NeoKissEs

*Hospital Universitario Cruces; Biocruces Health Research Institute.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las sepsis nosocomiales (SN) son una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCINs), afectando especialmente a los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBP,  $\leq 1.500$  g). La puesta en marcha de un proyecto de investigación en 2014 (PI13/00587), tuvo como objetivo evaluar la efectividad de un sistema de vigilancia estandarizado, estructurado y basado en la evidencia para reducir la incidencia de la SN en RNMBP de 46 UCINs españolas.

**Métodos:** Estudio de intervención, no aleatorizado, tipo antes-después, en el que se adaptó e implementó el sistema de vigilancia

NeoKissEs. Se incluyeron los RNMBP ingresados más de 72h en la UCIN hasta su alta, traslado, fallecimiento o hasta alcanzar 1.800 g de peso. El análisis se realizó a nivel de UCIN y paciente, y la variable principal fue la incidencia de SN. Se estimó la razón de tasas de incidencia de las variables resultado y de uso de procedimientos entre períodos. El diseño planteó una fase de aprendizaje de 6 meses posteriores al ingreso en el sistema, excluyéndose los pacientes y episodios de SN registrados en ese periodo. La evaluación del efecto se realizó comparando los datos del periodo "Antes" (12 meses) y "Después" (21 meses de mediana de seguimiento).

**Resultados:** El análisis tuvo como fecha de corte el 31 de julio de 2017, con un registro de 5.216 pacientes incluidos y 1.595 episodios de SN. La población neonatal fue homogénea en las variables perinatales entre el periodo "Antes" y "Después", y ninguna de las variables de estudio mostró diferencias estadísticamente significativas entre los dos periodos. Tanto la incidencia global como la tasa de sepsis asociada a catéteres presentaron una leve disminución (4% aproximadamente), de 8,80 a 8,43 episodios de SN por 1.000 días de estancia, y de 17,79 a 17,05 episodios asociados a catéteres por 1.000 días de uso, respectivamente.

**Conclusiones/Recomendaciones:** NeoKissEs se ha convertido en una valiosa herramienta metodológica para realizar análisis comparativos, evaluar factores asociados a la SN en RNMBP y monitorizar esta patología a nivel local. Será el sistema empleado para evaluar el efecto de una nueva intervención basada en la evidencia (INBERBAC-Neo) en más de 40 hospitales españoles, combinando formación de personal y verificación del cumplimiento de buenas prácticas para reducir las tasas de SN asociadas al uso de catéter vascular central. La gran variabilidad inter-UCINs detectada en el análisis comparativo sugiere la existencia de áreas de mejora.

Financiación: PI13/00587: integrado en el Plan Estatal de I+D+I 2013-2016 y cofinanciado por el ISCIII-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la investigación FEDER.

## 178. INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD HOSPITALARIA ASOCIADA A SEPSIS EN CATALUNYA. PERÍODO 2012-2016

E. Torné, M. Cleries, E. Vela, A. Guarga, A. Pozuelo, M. Coca

*Unitat d'Informació i Coneixement, CatSalut; Àrea Sanitària, CatSalut; Unitat de Planificació-Regió Sanitària Lleida, CatSalut.*

**Antecedentes/Objetivos:** La sepsis es una causa importante de morbilidad hospitalaria. Con el fin de mejorar el manejo de pacientes afectados, en Cataluña se inicia el proyecto Codi Sepsis en el 2013, que dispone de un protocolo de emergencia para el tratamiento de la enfermedad. Objetivo: analizar la incidencia, características clínicas, estancia hospitalaria y resultado al alta de los pacientes con sepsis, los años 2012-2016.

**Métodos:** Se analizan las bases de datos del CMBD-AH y del registro central de asegurados de la población de Cataluña, los años 2012-2016, siguiendo la metodología descrita por Angus (Crit Care Med. 2001;29:1303-10) para identificar los casos, consistente en cruzar los diagnósticos de infección aguda con los de fallo orgánico agudo.

**Resultados:** Se han detectado 28.800 casos de sepsis (2016) versus 21.700 (2012). La tasa de incidencia ha aumentado de 2,9 a 3,9 casos/1.000hab/año del 2012 al 2016, siendo ligeramente superior en hombres (4,3) que en mujeres (3,5). Las tasas se incrementan en los menores de un año (4,2), así como también aumentan con la edad, siendo de 31,8 en mayores de 85 años. El origen de la infección más frecuente ha sido el aparato genitourinario (37,4%), respiratorio (32,7%) y el digestivo (11,5%). El 30% de las sepsis presentaban bacteriemia asociada. El 79,3% presentaban fracaso de un solo órgano, 15,6% de dos y 5,1% de tres o más. El fracaso de órgano más frecuente fue el renal (54,6%), seguido de cardiovascular (24%), alteración cerebral (18,7%), fallo respiratorio (16,5%), hematológico (10%), y hepático

1%, son datos del 2016 (siendo las cifras estables a lo largo de los años). La estancia media se redujo de 14 a 13,3 días ( $p < 0,0001$ ) y la mortalidad hospitalaria del 19,5% a 16,8% ( $p < 0,0001$ ), un tercio fallecieron en los 3 primeros días. El fracaso orgánico asociado a mayor mortalidad fue el hepático (55,3%) seguida del cardiovascular (37,4%), respiratorio (35,9%) y renal (20,6%).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La incidencia de sepsis en Cataluña fue de 3,9 casos/1.000 hab en 2016, superior en hombres y en edades extremas de la vida. Se inicia el Codi Sepsis en el 2013, a pesar del incremento mantenido de los casos de sepsis hospitalaria, hay una disminución de la mortalidad y una reducción en la estancia hospitalaria. Se necesita un período de tiempo más largo para valorar los efectos del protocolo establecido.

## 1119. GRAN BROTE HOSPITALARIO DE ENFERMEDAD DEL LEGIONARIO EN LISBOA, PORTUGAL, OCTUBRE-NOVIEMBRE DE 2017

A. Sentís, P. Vasconcelos, G.F. Augusto, A. Silva Costa, P. Nogueira, R. Rodrigues, P. Gonçalves, M.J. Chasqueira, G. Freitas

*Direção-Geral da Saúde, Lisboa; European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control, (ECDC), Stockholm; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa; Con la colaboración de Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.*

**Antecedentes/Objetivos:** Uno de los brotes nosocomiales descritos con más casos reportados de enfermedad del legionario, tuvo lugar en el Hospital São Francisco Xavier (HSFX) en Lisboa entre el 27 de octubre y el 17 de noviembre de 2017. El objetivo de este estudio fue describir la investigación del brote y proporcionar recomendaciones para la mejora de la vigilancia de la enfermedad del legionario.

**Métodos:** Los casos confirmados eran pacientes diagnosticados de neumonía con antígeno urinario positivo para *Legionella pneumophila* (Lp) serogrupo 1 y con vínculo epidemiológico con el HSFX entre el 17 de octubre y el 5 de noviembre, período estimado de transmisión de la enfermedad. Las cepas de muestras clínicas y ambientales positivas para Lp se genotiparon en el Laboratorio Nacional mediante dos métodos diferentes, la tipificación basada en secuencia estándar de siete alelos y la secuenciación del genoma completo. Se obtuvieron datos meteorológicos del Instituto Nacional de Meteorología identificándose períodos de alto riesgo para la propagación de la enfermedad debido a una pobre circulación del aire y a unos valores de humedad relativa superiores al 90% a 2 metros de altitud.

**Resultados:** Del total de 58 casos confirmados, la mediana de edad fue de 73 años y el 45% eran mujeres. Todos presentaban algún factor de riesgo o enfermedad crónica, el 59% dos o más. Cinco (8,6%) murieron durante el brote. El primer paciente en presentar síntomas lo hizo el 27 de octubre y el último el 17 de noviembre. En 34 de las 43 muestras positivas para Lp serogrupo 1 genotipadas, se obtuvo un perfil genético idéntico, serotipo 1 (ST1). De entre los 77 puntos de muestreo de agua analizados, 19 fueron positivos para Lp serogrupo 1, 10 de los cuales también para ST1, presentando un perfil genético también idéntico al de los pacientes e indicando una torre de refrigeración como la fuente más probable de la infección. Debido a las características meteorológicas descritas y a la presencia de niebla, la noche del 25 al 26 de octubre fue la que mostró un mayor riesgo para la propagación de la enfermedad.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Una de las torres de refrigeración resultó ser la fuente más probable de la infección. Un ambiente húmedo y con pobre circulación del aire pudo haber facilitado la propagación de la enfermedad y contribuido en la magnitud del brote. Recomendamos la inclusión de variables meteorológicas en la investigación de brotes de enfermedad del legionario así como reforzar su prevención primaria en hospitales y comunidad.

## 716. INVESTIGACIÓN Y CONTROL DE UN BROTE POR ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

P. Yepes García, C.M. Soriano Fernández, S.B. Pérez Romero, F.J. Campayo Rojas, A. Sánchez Martínez, A.M. Torres Cantero

Sección de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

**Antecedentes/Objetivos:** *A. baumannii* es un patógeno de importancia emergente en el entorno hospitalario, con predilección por los pacientes más graves, entre los que se le estima una mortalidad cercana al 50%. El objetivo es describir un brote nosocomial por *A. baumannii* multirresistente en un hospital general universitario (330 camas), ocurrido en las plantas de UCI y Medicina Interna, así como detallar las medidas adoptadas para su control.

**Métodos:** Se recoge información sobre los factores de riesgo (FR) intrínsecos, extrínsecos y del entorno de los pacientes, basándose en las indicaciones del protocolo del EPINE del año 2017. Se definen como casos aquellos pacientes que tengan un cultivo positivo para el germen durante el período de riesgo establecido, sin positivos previos a esas fechas, y con un antibiograma compatible y una relación epidemiológica plausible con el resto de casos.

**Resultados:** El 11/1/2017 se detectaron 2 casos: uno en UCI y otro en una planta de M. Interna (MI1) del HGU R. Sofía (Murcia). En las semanas posteriores, hasta el 7/3, fecha del último contagio, aparecieron 20 casos más (22 en total), permitiendo determinar la existencia de 4 clúster de pacientes: en UCI (7 pacientes); MI1 (5 pacientes); MI2, otra planta de M. Interna (3 pacientes); MI3 (5 pacientes); y otras plantas (2 pacientes separados). El brote finalizó el 4/4/2017 (28 días después del último contagio), con 83 días de duración total. La mediana de edad de los afectados fue 76 años (rango de 16 a 92), con predominio del sexo masculino (76%) y una comorbilidad destacable (mortalidad < 5 años = 45%, según escala de McCabe). Los FR intrínsecos más importantes entre los pacientes fueron DM (59%), insuficiencia renal (45%) y úlceras por presión (32%). Entre los extrínsecos, presencia de catéter venoso periférico (100%) y catéter urinario (73%). Entre los FR del entorno de los pacientes sobresalen requerir asistencia para el aseo (91%) y para la movilidad (82%). Sobre las medidas preventivas tomadas destacan el refuerzo en las precauciones de aislamiento, la reducción de la carga de trabajo del personal (refuerzo y uso de personal exclusivo), el refuerzo de las medidas de control de la contaminación ambiental y la formación exhaustiva de todo el personal del hospital.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Este estudio evidencia el riesgo de transmisión nosocomial de microorganismos multirresistentes, especialmente en pacientes pluripatólogicos. La detección precoz, acompañada de una acción inmediata, fue la base del control del problema. A partir de ahí, la implicación de todo el personal del hospital y las acciones formativas mantenidas a todos los niveles, junto con la reducción de las cargas de trabajo del personal relacionado, fueron las claves para el control del brote.

## 469. VIGILANCIA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES (MMR) EN LA COMUNIDAD DE MADRID (CM), 2014-2017

M.J. Torijano Castillo, M. Ordoñas Gavin, M.J. Esteban Niveiro, J. Astray Mochales, M.A. Lópaz Pérez, J.C. Sanz Moreno, D. Fontecha Castrillo, Grupo Notificadores de Casos de la CM

Subdirección de Epidemiología, DG de Salud Pública de Madrid; Laboratorio Regional de Salud Pública de Madrid; Hospitales de la Comunidad de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** Los MMR se asocian a un aumento de la mortalidad por la limitación terapéutica que tienen y a un aumento de los costes sanitarios. La importancia epidemiológica es debida a la

rápida extensión de los mecanismos de adquisición de resistencias y la aparición de reservorios en hospitales, en centros sociosanitarios (CSS) y en la comunidad que pueden generar brotes epidémicos. En 2013 se puso en marcha el Plan de Prevención y Control frente a la infección por enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) en la CM para establecer la vigilancia epidemiológica de las EPC en los hospitales y en CSS e implementar medidas de control y poder reducir su transmisión. En 2018 la CM comenzará con la vigilancia de otros MMR o microorganismos de especial relevancia clínica, inicialmente se añadirán la vigilancia de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina y la vigilancia del *Clostridium difficile*. El objetivo de este estudio es describir la incidencia y las características epidemiológicas de los casos incidentes de EPC en la CM en el periodo 2014-2017.

**Métodos:** Diseño: estudio descriptivo. Recogida de datos: Los casos se detectan en los laboratorios de microbiología de hospitales públicos y privados de la CM, las declaraciones de casos se incorporan al sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS) por los servicios de Medicina Preventiva. Población de estudio: casos incidentes confirmados de infección o colonización por EPC registrados en el sistema VIRAS desde 2014 a 2017. Análisis estadísticos: Para la descripción de variables cualitativas se calcularon porcentajes y para las cuantitativas, medias y desviaciones típicas.

**Resultados:** En número de casos incidentes por EPC registrados entre 2014-2017 fueron 8.279 casos. El 37,2% de estos casos son pacientes infectados y el 61% colonizados. La mediana de la edad fue 75 años y el 51,6% de los casos son hombres. La primera muestra positiva a EPC en el 56,2% son exudados rectales y en el 25,6% orinas. Los microorganismos más frecuentemente aislados son *Klebsiella pneumoniae* (73,9%), *Enterobacter cloacae* (8,3%) y *Escherichia coli* (5,8%). El tipo de EPC caracterizada más frecuentemente es la OXA-48 con un 51,8%, seguida de la VIM con 15,1%, y la KPC con 3,8%. La mayoría de casos aparecen en hospitales de alta complejidad (73,5%).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La presencia de MMR hace imprescindible la existencia de sistemas de vigilancia para su prevención y control mediante estrategias de control de la infección, y con iniciativas para evitar la transmisión en los centros sanitarios, en CSS y en la comunidad.

## 357. FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON UNA MUESTRA POSITIVA PARA UN MICROORGANISMO MULTIRRESISTENTE

A. Sentís, C. González, M. Montero, M. Herranz, C. Hidalgo, C. Campà, M. Román, A. Prats-Urbe, M. Sala, et al

Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar; Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital del Mar.

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo de este estudio fue determinar el riesgo y los factores de riesgo asociados al reingreso hospitalario en pacientes con una muestra positiva para microorganismos multiresistentes (MMR).

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo, 2012-2016, realizado en el Hospital del Mar de Barcelona (de tercer nivel). Los pacientes fueron agrupados, según la presencia o ausencia de muestra positiva para MMR durante su ingreso hospitalario. Se utilizaron modelos de regresión logística para estimar el riesgo de reingreso en los primeros 30 y 90 días, así como el primer año. Los modelos fueron estratificados por: i) presencia/ausencia de muestra MMR positiva, ii) y el índice de comorbilidad agrupado de Charlson, es decir, según número de comorbilidades (0, 1,  $\geq 2$ ).

**Resultados:** Se incluyeron 983 pacientes con muestra MMR positiva y 39.323 pacientes sin muestra MMR positiva durante el ingreso. En el análisis multivariado, los resultados globales mostraron que el riesgo de reingreso era superior entre los pacientes con muestra MMR positiva tanto a los 30 y 90 días como al año (por ejemplo, a los 30 días

el riesgo fue 41% superior en los pacientes ingresados con muestra MMR positiva [IC95% = 1,17 a 1,69]. El riesgo de reingreso también fue superior para los hombres, para los pacientes de mayor edad, para los pacientes con más comorbilidades y para los que presentaron ingreso urgente. Los modelos estratificados según Charlson mostraron resultados similares a los globales para las tres categorías. Entre los pacientes con MMR positiva, *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA) fue el que mostró un riesgo superior de reingreso, de entre los MMR más comunes en el hospital, 103% [IC95% = 1,10 a 3,75] superior que la *Klebsiella pneumoniae* productora de  $\beta$ -lactamasas de espectro extendido.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La presencia de una muestra positiva para MMR resultó ser un factor de riesgo de reingreso hospitalario, tanto entre pacientes con o sin comorbilidades. Algunos MMR, probablemente variables según ambiente u hospital, podrían aumentar el riesgo de reingreso. Para evitar o al menos disminuir las infecciones por MMR, consideramos importante continuar sensibilizando a los profesionales de la salud sobre la importancia del cumplimiento de la higiene de manos, establecer protocolos y directrices para el control de las infecciones hospitalarias, así como fomentar el uso racional de antibióticos a nivel hospitalario y comunitario.

### 513. ENCUESTA DE PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) Y USO DE ANTIMICROBIANOS EN LOS CENTROS SOCIO-SANITARIOS (CSS) DE LARGA ESTANCIA EUROPEOS HALT-3. COMUNIDAD DE MADRID (CM)

M.J. Torijano Castillo, M. Ordobás Gavin, M.J. Esteban Niveiro, L. García Comas, P. Gallego Berciano, P. Ramos Cordero, H. Hernández Ovejero, E. Limón Cáceres, Grupo de Trabajo en Residencias

*Subdirección de Epidemiología, DG de Salud Pública de Madrid; Agencia Madrileña de Atención Social de la Comunidad de Madrid; Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las IRAS son las infecciones que puede desarrollar el paciente como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida, incluida la recibida en CSS. La creciente demanda de CSS debido al envejecimiento de la población, la asistencia sanitaria compleja que requieren y el papel que juegan los CSS en la epidemiología de los microorganismos multiresistentes hace necesario el conocimiento de la situación de las IRAS en CSS. El ECDC comenzó en 2008 con estudios de vigilancia de las IRAS y uso de antimicrobianos en CSS, en 2010 se desarrolló el estudio HALT-1, en 2013 el estudio HALT-2 y de 2015 a 2017 el estudio HALT-3, donde participa, a través del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) como coordinador nacional, España, con Cataluña y la CM. Los objetivos de este estudio son conocer la prevalencia de IRAS en CSS, el uso de antimicrobianos, las resistencias a antimicrobianos y los recursos y prácticas de prevención y control de la infección.

**Métodos:** Diseño del estudio: estudio de prevalencia. Población: Residentes de CSS de mayores de la Agencia Madrileña de Atención Social de la CM. Recogida de datos: los datos se recogieron en octubre 2017 en todas las CSS, desde allí estos se introdujeron en una aplicación proporcionada por el ECDC que enviaron al Servicio de Epidemiología de la CM y desde allí al CNE. Paralelamente se realizó un estudio de validación en un CSS. Variables: Datos con características de la población elegible, variables sobre las medidas de prevención y control de la infección y administración de antimicrobianos, datos sobre uso de antimicrobianos, variables relacionadas con las IRAS y con las resistencias antimicrobianas.

**Resultados:** En la CM participaron 19 residencias con 3.929 residentes que cumplen criterios de inclusión. El 56,8% de ellos son mayores de 85 años y un 29,3% son hombres. La prevalencia de uso de antimicrobianos en la CM es de un 6%. La prevalencia de residentes

con al menos una IRA en la CM es del 5% y la prevalencia de residentes con al menos una infección asociada a la residencia es de un 4,6%.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Las prevalencias encontradas en la CM se sitúan en un lugar intermedio entre los países de nuestro entorno. Por las características epidemiológicas de los pacientes que viven en los CSS es preciso mantener un sistema de vigilancia que permita monitorizar la prevalencia de las IRAS y las medidas que toman para su control y así poder adoptar las medidas adecuadas para su prevención y control.

### 685. EFECTIVIDAD DE LA FIDAXOMICINA

F. Puchades, C. Pinto, M. Melero, R. Oltra, N. Fort, V. Abril, P. Ortega, A. González-Cruz

*Consorcio Hospital General Universitario de Valencia; Hospital Clínico Universitario de Valencia; Hospital Pare Jofre.*

**Antecedentes/Objetivos:** Fidaxomicina es un antibiótico indicado en infecciones por *Clostridium difficile* (ICD) graves o complicadas. Objetivos: caracterización clínica de los pacientes con ICD graves o complicadas tratados con fidaxomicina sola o combinada en 3 hospitales de la ciudad de Valencia. Evaluar la efectividad y seguridad de este tratamiento.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de casos de ICD tratados con fidaxomicina desde 1 junio 2013 hasta 1 junio 2017 en los hospitales seleccionados. Los datos de los pacientes fueron obtenidos de la historia clínica electrónica. La gravedad de la ICD fue definida por parámetros clínicos y analíticos (edad, índice de Charlson, comorbilidades y cirugía.). Para evaluar la efectividad se estimó la recurrencia, definida como ausencia de clínica a los 30 días. La seguridad se determinó por la mortalidad atribuible y por cualquier causa a los 30 días y por la mortalidad cruda. Para el análisis estadístico se utilizó el programa R versión 3.3. Se realizó un análisis multivariante para los parámetros recurrencia, mortalidad cruda y mortalidad atribuible.

**Resultados:** Se recogieron datos de 34 pacientes (17 mujeres y 17 varones) con media de edad de 73,05 años (DE 14,49). La mediana del índice de Charlson fue de 3,5. El 91,2% de los pacientes presentaba comorbilidades: diabetes 41%, inmunosupresores 35,5%, neoplasia activa 29,4%, insuficiencia cardíaca 29,4%, IRC 26,5%, diverticulitis 23,5%, cirugía previa 23,5%, EPOC 8,8% y cirrosis 5,9%. Se utilizó fidaxomicina en el primer episodio de ICD en el 41,2% de los casos, en primera recurrencia en el 41,2% y en segunda o más recurrencias en el 20,5%. En cuanto a la evolución en el 97% no se reportaron efectos secundarios de la fidaxomicina y un paciente experimentó náuseas sin que por ello se tuviera que retirar el tratamiento. La recurrencia en nuestra serie fue del 8,8%, la mortalidad cruda del 35% y la mortalidad atribuible a ICD del 8,8%. Los resultados fueron comparados con la Cohorte de Feher et al, Eiland et al y Louie et al.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Respecto a otras series publicadas, nuestra población presenta mayor edad media y mayor mortalidad tanto cruda como atribuible a pesar del alto índice de uso de fidaxomicina en primer episodio de ICD. La recurrencia se asoció estadísticamente a la edad mayor de 70 años. La mortalidad cruda y la mortalidad atribuible se asociaron al hallazgo de más de 15.000 leucocitos/mm<sup>3</sup> al ingreso.

### 92. BROTE DE GASTROENTERITIS POR NOROVIRUS DEL GENOGRUPO II EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES CON SOSPECHA DE TRANSMISIÓN DE PERSONA A PERSONA

M.A. Fernández García, J. Henares Montiel, D. Almagro López, D. Almagro Nievas

*UGC Interniveles de Prevención, Promoción y Vigilancia de Salud Pública de Granada; Hospital Universitario Virgen las Nieves.*

**Antecedentes/Objetivos:** El 20 de abril de 2017, el médico de familia de la Residencia de Mayores de Granada nos informa que tiene 12 enfermos con vómitos, diarrea y sin fiebre, y que también lo padecen, al menos, 6 trabajadoras de la institución. La distribución de los casos es el inicio el día 16 con 6 casos y el día 17 con 6 nuevos. Inicialmente eran poco casos, por lo que se consideró dentro de lo esperado y por ello se notificó como brote por sospecha de transmisión de persona a persona. La evolución de los pacientes es hacia la curación en 24-48 horas. Los objetivos de este estudio fueron describir un brote de gastroenteritis ocurrido en la residencia de ancianos de Granada y analizar qué causas y factores pudieron existir en su origen y propagación.

**Métodos:** A través de encuesta epidemiológica específica se registraron las variables personales, temporales y espaciales en la residencia, tanto de residentes como trabajadores. La fecha de inicio de síntomas del primer caso fue el 12 de abril de 2017 y del último el 20 de abril de 2017. Se procesó coprocultivo a cuatro afectados. Se realizó un estudio descriptivo y de cohortes retrospectivo y prospectivo, con inclusión de riesgo relativo e intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** El total de personas que presentaron sintomatología fue de 62 (50 residentes, 10 trabajadoras y 2 de la UED). La tasa de ataque global fue de 36,68% y específicas el 48,5% para los residentes, el 17,24% en los trabajadores y 25% en la UED. La tasa de ataque por habitación individual fue del 41,2% (RR 0,28 IC95% 0,09-0,41). No se encontró diferencia de edad de los enfermos y no enfermos. La clínica predominante fue vómitos (68%) y diarrea (56%). El primer caso comenzó el 12 de y el último el 20 de abril, lo que se explica por la transmisión de persona a persona. El periodo de incubación estimado fue entre 24-48 horas. Los resultados de los coprocultivos fueron positivos a norovirus GII. La duración de los síntomas fue entre 24-48 horas.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Teniendo en cuenta las características clínicas, los resultados microbiológicos y la curva epidémica, se produjo un brote de gastroenteritis vírica, más concretamente por norovirus genogrupo II, con mecanismo de transmisión de persona a persona. Se encontró como factor de protección el estar ubicado en una habitación simple.

### CO34. Desigualdades en salud III: inicio de la vida y conductas/Desigualdades em saúde III: começo de vida e comportamentos

Viernes, 14 de septiembre de 2018. 9:30-11:30  
Aula 4

Moderan: Manuel Franco Tejero y Sonia Dias

#### 483. CARIES Y VULNERABILIDAD EN NIÑOS DE 4 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN CLÍNICAS DENTALES ASOCIADAS A ESCUELAS

G. Espinoza-Espinoza, P. Muñoz-Millán, C. Atala-Acevedo, S. Muñoz, A. Weitz, B. Hernández, J.F. Castillo, C. Zaror

Departamento de Salud Pública; Departamento de Odontopediatría; CIEESPO; Facultad de Odontología; Universidad de la Frontera, Temuco, Chile; Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas; Ministerio de Educación de Chile.

**Antecedentes/Objetivos:** La caries dental sigue siendo un problema de salud pública, (Martins et al. 2014) a pesar de que la prevalencia a nivel mundial ha disminuido en las últimas décadas. La evidencia

sugiere asociación entre desigualdad y salud oral (Singh et al. 2016), sin embargo, poco se ha estudiado sobre esta asociación en los quintiles más bajos. El presente estudio tiene por objetivo, evaluar una eventual asociación entre caries y vulnerabilidad en escolares de nivel socioeconómico medio-bajo.

**Métodos:** Se realizó un estudio de corte trasversal de todos los niños atendidos en el año 2015 en las clínicas dentales asociadas a escuelas dependientes del Estado de Chile del Programa de Salud Oral de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, JUNAEB. Respecto de la caries se midió la prevalencia y el índice COPD (número de dientes cariados, obturados y perdidos por caries) y la condición de vulnerabilidad a través del índice del Sistema Nacional de Asignación con Equidad (SINAE de JUNAEB), que establece 4 categorías: Una primera categoría de niños no vulnerables, y otras 3 categorías de niños vulnerables con diferentes prioridades, siendo los niños de primera prioridad los que tienen mayor vulnerabilidad. Se analizó asociación entre prevalencia de caries e índice de COPD, y la condición de vulnerabilidad de niños basado en el índice SINAE. Se realizaron comparaciones entre los niños vulnerables y niños de los diferentes niveles de prioridad de vulnerabilidad. La información fue analizada usando test de chi cuadrado para la prevalencia de caries y t-test para promedios en el índice de COPD.

**Resultados:** La muestra quedó constituida por 171.060 niños de 4 a 13 años, de los cuales el 50,48% eran mujeres, El 79,8% de la muestra se encuentra en alguna prioridad de vulnerabilidad y el 56,91% se encuentra primera prioridad equivalente a extrema pobreza. Respecto de la prevalencia de caries se observa una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) de un 6% menor en los niños no vulnerables comparado con los niños vulnerables. Entre las diferentes prioridades de vulnerabilidad no se observaron diferencias significativas. En el índice de COPD no se observó diferencias significativas entre los escolares no vulnerables y los de tercera prioridad, pero si con los otros dos niveles de prioridad ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Las observaciones son coherentes con la evidencia tendientes a confirmar la gradiente social de la enfermedad de caries aun cuando las desigualdades de ingresos no sean tan altas.

Financiación: Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.

Conflicto de intereses: la investigación fue financiada por la institución de la cual provienen los datos, en todo caso, se hizo a través de una licitación pública, en la que participaron otros dos oferentes, y los investigadores pudieron realizar dicha investigación en forma autónoma y libres de toda presión, el pago realizado por JUNAEB fue usado en gastos operativos y no se configuraron contratos directos con los investigadores sino solo con la universidad a la cual los investigadores están adscritos.

#### 689. ESTADO DE SALUD, CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD Y DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL ESPAÑOLA Y CAMBIO PRODUCIDO ENTRE 2006 Y 2011

A. Cabezas-Rodríguez, Y. González-Rábago, U. Martín  
Universidad del País Vasco.

**Antecedentes/Objetivos:** Describir el estado de salud y de las conductas relacionadas con la salud en la población infantil española, así como analizar la influencia del estatus socioeconómico en la distribución de su salud. Asimismo, analizar la magnitud y el cambio en el estado de salud, en las conductas relacionadas y en las desigualdades sociales en salud en la población infantil española.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal en base a la Encuesta Nacional de Salud de España de 2006 y 2011 en población infantil (0-14 años). Como variable independiente se utilizó el estatus socioeconómico familiar, medido a través de la clase social basada en la ocupa-

ción de los progenitores. Las variables dependientes se dividieron en conductas relacionadas con la salud (actividad física, descanso, exposición al humo de tabaco en casa, consumo de fruta, verdura, pescado y comida rápida, sobrepeso y obesidad) y en estado de salud (estado de salud percibido, problemas crónicos, salud dental y salud mental). Se calcularon las prevalencias brutas de las variables de salud y conductas relacionadas en las diferentes clases sociales para 2006 y 2011. La magnitud de las diferencias entre clases y su significación se analizaron mediante razones de prevalencia calculadas mediante modelos de Poisson de varianza robusta. Para analizar el cambio producido en las desigualdades en salud se calculó el Índice Relativo de Desigualdad. Los análisis se realizaron desagregados por sexo.

**Resultados:** En general, el estado de salud de la población infantil española es bueno, sin embargo existen ciertos aspectos de su salud, así como algunas conductas relacionadas con ella cuyos resultados no son tan positivos. Además, su distribución no es homogénea en los diferentes grupos sociales, siendo peores en los/as menores de familias más desfavorecidas. En cuanto a la evolución de las desigualdades en salud, los IRD señalan que éstas siguen presentes, aunque los cambios en ellas han sido heterogéneos, aumentando en algunos casos, como en la exposición al humo de tabaco en el hogar cuyos IRD han pasado de 2,14 (IC95%: 2,13-2,16) a 2,83 (IC95%: 2,80-2,86) en los niños y de 1,93 (IC95%: 1,92-1,94) a 2,54 (IC95%: 2,51-2,57) en las niñas y, disminuyendo en otros, como en la presencia de caries, pasando de 4,13 (IC95%: 4,08-4,18) a 3,06 (IC95%: 3,03-3,10) en los niños y de 3,08 (IC95%: 3,05-3,12) a 2,37 (IC95%: 2,34-2,40) en las niñas.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Las desigualdades sociales en salud existen desde la etapa infantil, además, éstas no parecen estar reduciéndose de manera sistemática. Por tanto, conociendo el impacto que tienen no solo en la infancia, sino también en la configuración de la salud en la edad adulta, es de vital importancia promover políticas públicas destinadas a reducir las desigualdades en salud desde la niñez.

### 380. EJES DE DESIGUALDAD Y HÁBITOS DE SALUD EN ADOLESCENTES DE UNA POBLACIÓN MULTICULTURAL

A. Díaz Geada, T. Quelle Losada, F. Caamaño Isorna

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Santiago de Compostela, CIBER-ESP.

**Antecedentes/Objetivos:** Factores como el nivel socioeconómico, el sexo o el origen de la persona, se revelan como determinantes para la adquisición de hábitos de vida saludables. La mala alimentación y el sedentarismo constituyen problemáticas clave para la salud en la adolescencia que determinarán la calidad de vida, no solo en esta etapa, sino también en la edad adulta. Así, nos proponemos explorar con perspectiva de género la influencia de estos ejes de desigualdad en salud en tales hábitos de vida en estudiantes de una población multicultural del Norte de Galicia (Burela, Lugo).

**Métodos:** Se ha llevado a cabo un estudio transversal sobre una muestra de estudiantes de ESO de los institutos de Burela (Lugo) (n = 239). Los alumnos respondieron al cuestionario FRESC (Factors of Risk in Students of Secundaria) durante el mes de Diciembre de 2015. La variable dependiente considerada fue la inactividad física junto con la adherencia a la dieta mediterránea, medida mediante el uso del KIDMED y las independientes: la condición de extranjero, el nivel socioeconómico utilizando la FAS (Family Affluence Scale), la edad y el sexo. Se ha utilizado comparación de medias, proporciones y regresión logística.

**Resultados:** La participación en el estudio alcanzó el 91%. La población inmigrante representa el 21,4% (25,2% entre las mujeres y 18,1% entre los hombres). En cuanto al nivel socioeconómico, el 19,7% de los alumnos se agrupan en el nivel bajo (47,1% en inmigrantes y 12,3% en locales;  $p < 0,001$ ). Los datos obtenidos revelan que la dieta empeora

en los chicos (OR = 1,29 IC95% [0,65-2,59]) y según aumenta la edad, (OR = 4,15 IC95% [1,18-14,58]); Este riesgo también se incrementa en el alumnado inmigrante (OR = 1,44 IC95% [0,60-3,48]), mientras que encontrarse en el nivel socioeconómico medio-alto revela un efecto protector (OR = 0,58 IC95% [0,26-1,33]). Por otro lado, van a ser los chicos los que tendrán menor actividad física (OR = 1,62 IC95% [0,83-3,14]). El tiempo que los estudiantes pasan delante de una pantalla aumentará también con la edad (OR = 1,88 IC95% [0,60-5,89]); entre el alumnado con una FAS medio-alta (OR = 2,33 IC95% [1,02-5,28]); y en la población inmigrante (OR = 3,55 IC95% [1,55-8,12]).

**Conclusiones/Recomendaciones:** El bajo nivel socioeconómico se relaciona con peores hábitos dietéticos, debido a la mayor dificultad en el acceso a una alimentación saludable. A esta cuestión se une estrechamente el sedentarismo, (en nuestro caso medido mediante las horas delante de una TV o consola), mayor entre el alumnado de más alto nivel socioeconómico. Cuestión que incrementará los problemas de sobrepeso, y con ello la morbilidad en la vida adulta, desde edades tempranas del desarrollo.

### 744. DISPARIDADES EN LA OBESIDAD FEMENINA EN CHILE: UN ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO Y CUALITATIVO

J. Robinovich, X. Ossa, S. Muñoz, H. Bosma, A. Krumeich

Universidad de La Frontera; Maastricht University.

**Antecedentes/Objetivos:** La obesidad en Chile afecta desproporcionadamente a mujeres de nivel socioeconómico (NSE) bajo, situación que se presenta en países de medianos y altos ingresos. La evidencia muestra que existe relación entre imagen corporal ideal, satisfacción con la imagen corporal (SIC) y estratificación social de la obesidad femenina. Escasos estudios abordan este fenómeno desde una perspectiva tanto epidemiológica como cualitativa, lo cual permitiría comprender en forma integral estos hallazgos, ya que la imagen corporal se relaciona con los ideales de belleza imperantes en las sociedades occidentales. Dado lo anterior, este trabajo describe cómo se estudió la relación entre NSE, SIC y obesidad femenina utilizando un diseño de método mixto.

**Métodos:** En primer lugar se llevó a cabo un estudio de corte transversal. Se recopilaron datos sociodemográficos, SIC y peso y estatura, entre otros, a una muestra probabilística estratificada por conglomerados de 896 mujeres, residentes de los municipios de Macul (Región Metropolitana) y Temuco (Región de la Araucanía), Chile. Para explorar la asociación entre NSE, SIC e IMC se construyeron modelos de regresión lineal de cuadrados mínimos ordinarios. Posteriormente, y basado en los resultados obtenidos, se desarrolló una exploración cualitativa. Esta recolectó datos sobre construcción de la imagen corporal ideal y SIC mediante entrevista semiestructurada a 36 mujeres obesas y no obesas de distinto NSE y SIC (muestra intencionada de participantes del estudio cuantitativo). Las transcripciones de las entrevistas fueron abordadas a través de un análisis temático y narrativo.

**Resultados:** Pertenecer al NSE alto se relaciona en forma inversa con el IMC y en forma directa con la SIC. Este grupo presenta mayor insatisfacción corporal cuando son obesas que las mujeres de bajo NSE (coef: -3,054126;  $p > 0,0001$ ). Las mujeres de NSE medio-alto perciben una considerable presión social por ser delgadas. Las mujeres de NSE bajo consideran que la delgadez tiene un costo elevado, el cual no pueden financiar. Esto se relaciona con que no perciban presión social por cumplir con los estándares de belleza imperantes.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La sociología de Bourdieu y su concepto de corporalización (*embodiment*) de la clase social permiten comprender los resultados de este estudio. En las sociedades occidentales el cuerpo constituye una 'marca de clase social'. Lo anterior contribuye en el entendimiento de cómo las normas sociales se relacionan con la SIC e influyen en que la obesidad afecte en mayor medida a mujeres de bajo NSE.

Financiación: Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, FONIS. Proyectos SA11I2037 y SA14ID0111.

#### 1244. FATORES INDIVIDUAIS E CONTEXTUAIS ASSOCIADOS À INSEGURANÇA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO SEGUNDO RAÇA/COR: ESTUDO MULTINÍVEL NO BRASIL

F.S. Bairros, M.B. Neutzling, M. Gotsens, C. Borrell

Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Agência de Salut Pública de Barcelona.

**Antecedentes/Objetivos:** Considerada um dos principais problemas do desenvolvimento mundial, a erradicação da fome e a insegurança alimentar mundial tem sido prioritárias nas agendas governamentais e da sociedade civil. Além das características individuais, os contextuais influenciam de várias maneiras a saúde e a segurança alimentar de uma determinada população. Este trabalho tem como objetivo avaliar a influência de fatores individuais e contextuais na prevalência de insegurança alimentar da população segundo raça/cor, residentes nas 27 unidades da federação do Brasil no ano de 2009.

**Métodos:** Estudio transversal composta por pessoas consideradas referência no domicílio particular (121,070 pessoas) pela PNAD 2009. As informações foram provenientes de cinco bases de dados nacionais. A variável dependente foi a insegurança alimentar medida com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. As variáveis independentes foram divididas em dois níveis: individual (características das pessoas e contextual (características de cada unidade da federação). Modelos multiníveis de regressão logística ponderados com cálculo de odds ratio foram utilizados com o objetivo de analisar conjuntamente os determinantes individuais e contextuais que se relacionam com a insegurança alimentar.

**Resultados:** A insegurança alimentar domiciliar cuja pessoa de referência se autodeclarou branca foi de 6,42% e para negra 16,42%. Todas as variáveis os valores absolutos da insegurança alimentar foram mais elevados para população negra. A insegurança alimentar esteve positivamente correlacionada com regiões de elevado o desemprego ( $rs = 0,6089$ ), analfabetismo ( $rs = 0,8470$ ) e coberturas do Programa Bolsa Família ( $rs = 0,8356$ ). No modelo multinível, a variabilidade da prevalência da insegurança alimentar na população branca foi reduzida em 59,55% para Índice de Gini e 81,45% na Cobertura do Programa Bolsa Família. Na população negra, o mesmo modelo apresentou redução em 52% e 85,6%, respectivamente.

**Conclusões/Recomendações:** Iniquidades raciais na insegurança alimentar domiciliar são observadas entre a população brasileira. As variáveis individuais e de contexto tem importante influência nas prevalências de insegurança alimentar no país. Reformas democráticas estruturantes no país como as políticas públicas de equidade racial contribuiriam para redução da insegurança alimentar na população como um todo.

Financiamento: Projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Edital MCT/MDS-SAGI/CNPq Nº 36/2010 processo nº 563696/2010-9 e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) processo nº: BEX 18468/12-8.

#### 558. FACTORES DETERMINANTES DEL DESAYUNO EN TRABAJADORES INMIGRANTES Y AUTÓCTONOS EN ESPAÑA

I. Benazizi, E. Ronda, R. Ortiz, L. Ferrer, J. Casabona, J.M. Martínez

Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; CIBERESP; Alinua; ALINUT; CEEISCAT; Servicio de Investigación y Análisis IT/EP, MC Mutual.

**Antecedentes/Objetivos:** El desayuno es una comida importante en el suministro de energía y nutrientes, fundamental para activida-

des laborales. Las condiciones de empleo pueden influir en su práctica. En los trabajadores inmigrantes además se puede ver afectado por el propio proceso de aculturación. El objetivo del estudio es evaluar el efecto de las condiciones de empleo en la práctica y características del desayuno en trabajadores inmigrantes y autóctonos en el marco del proyecto PELFI.

**Métodos:** Estudio transversal mediante entrevista personal a trabajadores de familias inmigrantes ( $n = 194$  Colombia, Ecuador y Marruecos) y autóctonas ( $n = 83$ ), en mayo de 2017. Las variables dependientes recogieron información del desayuno (realización, lugar y alimentos consumidos), y las explicativas sobre condiciones de empleo (ocupación, horas de trabajo y tipo de jornada) y características sociodemográficas (edad, sexo, tipo de familia y educación). Se estratificaron los análisis por origen considerando dos niveles de aculturación en el caso de los inmigrantes definidos por el tiempo de residencia ( $\leq 13$  y  $> 13$  años). Se cuantificó la asociación usando *odds ratio* (OR) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) obtenidos con modelos de regresión logística que incluyeron todas las variables explicativas.

**Resultados:** Entre españoles, la familia biparental respecto a la monoparental (OR = 10,2;  $p = 0,020$ ) y trabajar  $\leq 40$  horas/semana frente a  $> 40$  (OR = 4,2;  $p = 0,073$ ) se asoció significativamente con mayor frecuencia de desayunar en casa. Entre inmigrantes con  $\leq 13$  años de residencia, los hombres (OR = 70,3,  $p = 0,042$ ), el rango de edad 31-40 años respecto 18-30 (OR = 65,8;  $p = 0,066$ ) y la jornada irregular respecto a regular (OR = 57,9;  $p = 0,052$ ) se asoció significativamente con mayor frecuencia de consumir huevos, queso y jamón. Entre inmigrantes con  $> 13$  años, la jornada regular se asoció significativamente con mayor frecuencia de realizar el desayuno (OR = 4,2;  $p = 0,028$ ). Por otro lado, ser mujer se asoció con mayor frecuencia de desayunar en casa (OR = 5,9;  $p < 0,001$ ) y ser hombre con mayor consumo de huevos, queso y jamón (OR = 3,4;  $p = 0,062$ ). Finalmente, tener estudios secundarios respecto a universitarios se asoció con mayor frecuencia de consumir fruta y/o zumo (OR = 2,9;  $p = 0,066$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Se observa una clara relación entre algunas condiciones de empleo ( $> 40$  horas/semana y jornada irregular) y la práctica y tipo de desayuno de los trabajadores autóctonos e inmigrantes, independientemente de su nivel de aculturación. También se observan diferencias por sexo en inmigrantes y por tipo de familia en autóctonos.

Financiación: Proyectos Fondo Investigación Sanitaria PI14/01146 y PI14/02005 e Instituto de Salud Carlos III-FEDER.

#### 556. ¿CÓMO ES LA ALIMENTACIÓN DE LOS ADOLESCENTES INMIGRANTES RESIDENTES EN ESPAÑA?

I. Benazizi, M. Blasco, E. Koselka, J.M. Martínez, E. Ronda

Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; Department of Anthropology, Northwestern University; Investigación y Análisis, MC Mutual; CIBERESP.

**Antecedentes/Objetivos:** España es uno de los países con mayor población inmigrante en Europa, y con una alta proporción de adolescentes. La alimentación, como uno de los determinantes fundamentales de la salud, se relaciona con factores socioeconómicos y aculturación en inmigrantes. El objetivo de este estudio es describir la evidencia existente sobre alimentación, nutrición y dieta en adolescentes inmigrantes en España, según procedencia, valorando la influencia de la calidad de la investigación.

**Métodos:** Revisión sistemática de la literatura científica, hasta marzo de 2017, a través de Pubmed, Cinahl, Scopus, utilizando los términos MeSH y palabras clave, y búsqueda manual, sin límite de fecha ni de idioma. Se incluyeron todos los artículos sobre alimentación, nutrición y/o dieta en adolescentes inmigrantes en España independientemente de su origen. En un protocolo ad hoc se recogieron los

datos descriptivos y se evaluó la calidad de los estudios mediante la declaración STROBE.

**Resultados:** Siete artículos cumplieron criterios de inclusión y de calidad. Ser inmigrante y residir en España se asociaron con peor cumplimiento de las recomendaciones y con una dieta de menor calidad. Un alto nivel socioeconómico se asoció positivamente con buena calidad de dieta. La mayor aculturación se asoció tanto positiva como negativamente con el cumplimiento de las recomendaciones. Entre las mujeres se observó una peor calidad de la dieta. Y por país de origen también se observaron diferencias. En marroquíes se encontró mayor consumo de frutas y verduras y menor consumo de carnes procesadas y una dieta de mayor calidad, todos realizaron el desayuno, aunque también mostraron mayor consumo de dulces, bebidas azucaradas y aperitivos salados. En latinoamericanos se observó ingesta de fruta pero déficit de verduras y exceso de embutidos y dulces y mayor frecuencia de cenas fuera del hogar. En rumanos se observó mayor consumo de embutidos, bollería, dulces y aperitivos salados y menor consumo de frutas y verduras. En asiáticos un tercio no realizaba el desayuno y la mitad no merendaba, su dieta era de baja calidad caracterizada por déficit en consumo de lácteos y verduras, y exceso de consumo de cereales y farináceos.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Existe variabilidad en la dieta de los adolescentes inmigrantes según procedencia, y además está relacionada con el género. El tiempo de residencia parece ser un factor determinante a la hora de adaptarse a los patrones alimentarios nativos adoptando hábitos tanto positivos y negativos.

Financiación: Proyectos Fondo Investigación Sanitaria PI14/01146 y PI14/02005 e Instituto de Salud Carlos III-FEDER.

### 1167. GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA: UMA ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS EM DOIS MOMENTOS DA TRAJETÓRIA REPRODUTIVA

R.M. Barbosa, W.V. Villela

NEPO/UNICAMP; UNIFESP

**Antecedentes/Objetivos:** Apesar do aumento no acesso a métodos contraceptivos nos últimos anos, a gravidez não planejada ainda se constitui prática comum entre as mulheres. A discrepância entre o percentual de gestações não planejadas e de uso de métodos sugere que o planejamento reprodutivo é um processo complexo e que sofre mudanças ao longo da vida. No entanto, poucos estudos têm explorado o tema sob essa perspectiva. Este estudo visa explorar fatores associados a gravidez não planejada em dois momentos da trajetória reprodutiva de mulheres na maior cidade brasileira, São Paulo. Busca-se identificar se os fatores que contribuíram para o não planejamento da primeira gravidez se mantêm como favorecedores do não planejamento da última, ou se modificam entre estes dois momentos.

**Métodos:** São analisados dados referentes ao contexto de vida de 554 mulheres, que engravidaram pelo menos duas vezes na vida em dois momentos da trajetória reprodutiva, na primeira e na última gestação. Os dados são provenientes do estudo transversal realizado entre 2013 e 2014, com amostra probabilística de mulheres usuárias de serviços municipais de atenção básica em São Paulo, Brasil. O desfecho de interesse foi definido como não ter planejado a primeira e a última gravidez e modelos de regressão logística foram utilizados para analisar cada desfecho.

**Resultados:** Do total, 68,3% das mulheres não planejaram a primeira gestação e 59,3%, a última. Apenas 43% não planejaram ambas. Contextos da vida menos favoráveis e relativos à conjugalidade constituem os principais fatores relacionados ao não planejamento da gestação e se conformam de maneira diferente ao longo da trajetória reprodutiva. A gravidez não planejada foi muito menor entre as mulheres em coabitação quando comparadas as que não coabitavam, no entanto ela foi muito menor que se encontravam em um relaciona-

mento antigo (RCa = 0,126, p = 0,000) do que entre aquelas que estavam num relacionamento recente (RCa = 0,454, p = 0,001). Na última gravidez, a chance de gravidez não planejada foi igualmente menor entre aquelas que coabitavam quando comparadas as que não coabitavam, no entanto ela foi muito menor entre as que coabitavam com parceiro diferente da gestação anterior (RCa = 0,163, p = 0,000) e, portanto mais recente, do que entre as que coabitavam com o mesmo parceiro (RCa = 0,457, p = 0,021). Por último, 70% das mulheres que não planejaram a primeira gravidez não estavam em uso de contracepção à época em comparação a apenas 41% à época da última gravidez, indicando uma mudança nos padrões de uso de método ao longo da trajetória, que, no entanto, não se traduz em maior efetividade do ponto de vista do planejamento da gravidez.

**Conclusões/Recomendações:** Levar em conta fatores contextuais e sua interação ao longo das trajetórias reprodutivas das mulheres pode contribuir para uma melhor compreensão da gravidez não planejada.

Financiamento: FAPESP, CNPq, UNFPA.

### CO35. Câncer y cribados/Câncer e triagem

Viernes, 14 de septiembre de 2018. 9:30-11:30  
Aula 5

Moderan: *María Isabel Portillo Villares*  
y *João Firmino Domingues Barbosa Machado*

#### Comunicación retirada

## 422. PROGRAMA GALLEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA

R. Almazán Ortega, R. Zubizarreta Alberdi, M.C. Domínguez Ferreiro, A. González Vázquez, E. Rodríguez Camacho, M. Moreno Pestonit, A.M. Mañá Álvarez, M. Tarrazo Antelo, M. Corujo Quinteiro

*Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade de Galicia.*

**Antecedentes/Objetivos:** La colonoscopia es la pieza clave para que los Programas de cribado de cáncer colorrectal (CCR) consigan los objetivos de reducción de incidencia y mortalidad que se plantean a largo plazo. En esta exploración no solo se detectan cánceres, sino que se localizan y extirpan lesiones potencialmente malignas (adenomas) que dejados a su evolución podrían evolucionar a CCR. El control de calidad mediante indicadores permite detectar variabilidad entre profesionales para buscar puntos de mejora. Además dado que el programa invita a personas asintomáticas se han de extremar las precauciones para que la colonoscopia sea de la mayor calidad y seguridad posible.

**Métodos:** El programa invita a participar a hombres y mujeres de 50 a 69 años mediante un test de sangre oculta en heces que, de ser positivo, indica la realización de una colonoscopia. El Programa comenzó en Galicia en 2013 y disponemos de datos tanto de ronda inicial como de sucesivas. Se evaluaron todas las colonoscopias del 2017. Se excluyeron todas las repeticiones: limpieza insuficiente, necesidad de cambio de pauta, resección incompleta etc. Los indicadores evaluados fueron: tasas de detección de adenomas (TDA), tasa de recuperación de pólipos, intubación de ciego, uso de sedación, tasa de preparación adecuada y tiempo de retirada. De referencia se utilizaron los estándares de las Guías europeas de control de calidad en programas de cribado de CCR y la Guía de calidad de la colonoscopia de cribado de la Asociación española de gastroenterología.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 5.827 primeras colonoscopias en el año 2017. Se realizaron en 6 grandes hospitales y participaron 28 colonoscopistas. Indicadores globales: TDA global del programa en ronda inicial fue de 67,16% (estándar 40%), tasa de recuperación de pólipos 97,57% (estándar > 95%), intubación de ciego 98,83 (estándar > 90%), uso de sedación 98,66% (estándar > 90%), tasa de preparación adecuada 94,4% (estándar > 90%) y tiempo de retirada > 6 minutos 94,79% (estándar 100%). En ronda sucesiva: TDA 58,26%, tasa de recuperación de pólipos 98,48%, intubación de ciego 99,67%, uso de sedación 93,23%, tasa de preparación adecuada 92,11% y tiempo de retirada > 6 minutos 93,79%. Salvo pequeñas excepciones todos los endoscopistas cumplen con los estándares aceptables pero existe variabilidad en la TDA entre ellos: de 40,54% a 79,78%.

**Conclusiones/Recomendaciones:** En términos generales en el Programa Gallego se cumplen los estándares de calidad establecidos. El *feedback* a los colonoscopistas es fundamental para que analicen sus áreas de

mejora. La medición de indicadores de calidad es la herramienta precisa para monitorizar la calidad de la colonoscopia de cribado.

## 236. CHANGES IN MAMMOGRAPHIC DENSITY OVER TIME AND THE RISK OF BREAST CANCER

M. Román, J. Louro, C. Vidal, M. Sánchez, L. Peñalva, M. Baré, M. Posso, M. Sala, X. Castells

*IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute); Research Network on Health Services in Chronic Diseases (REDISSEC); Catalan Institute of Oncology (ICO); Direction General of Public Health, Government of Cantabria; Private Foundation Asil Hospital; Parc Taulí University Hospital.*

**Background/Objectives:** Breast density is a major risk factor for breast cancer. Density declines with increasing age. The association of changes in mammographic density with the risk of breast cancer are inconclusive. We assessed if changes in BI-RADS mammographic density categories over time were associated with breast cancer risk in women targeted for mammography screening in a population-based breast cancer screening program.

**Methods:** Retrospective cohort study of women biennially screened age 50–69 years. We analyzed individual level data from 117,388 women first screened age 50–54 at four centers of the Breast Cancer Screening Program in Spain during 1996–2015. Breast density was determined using the BI-RADS system classification (A to D in order of increasing density) at earliest and latest screening examination. We estimated relative risk (RR) and 95% confidence intervals (95%CI) of the association between changes in mammographic density and breast cancer risk using Poisson regression.

**Results:** During an average 5.8 years of follow-up, 1,592 (1.36%) women had a breast cancer diagnosis. Most frequently, women remained at density category B at earliest and latest examination (40.9%). Among women without a breast cancer, 25.8% had a decrease and 11.8% had an increase in breast density category. Among those with breast cancer 34.0% had a decrease and 12.5% had an increase. An increase in density category increased breast cancer risk, and a decrease in density decreased the risk, compared with women who remained in the same BI-RADS category. Women whose density category increased from B to C or B to D had a RR of 1.47 (95%CI = 1.18–1.84) and 2.32 (95%CI = 1.49–3.63), respectively. The RR for women whose density increased from C to D was 1.57 (95%CI = 1.07–2.29). Changes in BI-RADS density were more prominently associated with risk for interval cancers than for screen detected cancers.

**Conclusions/Recommendations:** Although a modest proportion of women changed BI-RADS density category over time, an increase in BI-RADS density category was associated with an increase in breast cancer risk, and a decrease was associated with a decrease in breast cancer risk. Two longitudinal measures of BI-RADS density could help target high-risk women that can benefit from personalized screening strategies.

Funding: Instituto de Salud Carlos III FEDER (P11/01296), and (P115/00098). REDISECC (RD12/0001/0015).

## 177. ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS CON ADENOMA DE ALTO RIESGO DIAGNOSTICADAS Y EXCLUIDAS DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO DE BARCELONA

I. Otero, A. Burón

*Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública Hospital del Mar-UPF-ASPB; Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar; IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas); Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).*

**Antecedentes/Objetivos:** Los programas de detección precoz de cáncer colorrectal (PDPCCR) han demostrado reducir la mortalidad y la incidencia de este cáncer. Los adenomas de alto riesgo (AAR) son el diagnóstico endoscópico más frecuente entre las personas con test de cribado positivo, son excluidas del programa y derivadas al especialista. Sin embargo, la evidencia existente sobre la adherencia al seguimiento endoscópico realizado a partir de un programa de cribado es limitada. **Objetivos:** analizar la adherencia y el intervalo de seguimiento de personas diagnosticadas de AAR en un programa de cribado.

**Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo, de personas diagnosticadas de AAR en uno de los centros hospitalarios del Programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Barcelona durante la primera ronda (2010-2011). El periodo de observación fue de 75,5 meses. Se obtuvo el nivel socioeconómico a través del estudio MEDEA. Se realizaron análisis descriptivos y modelos de regresión logística y de supervivencia.

**Resultados:** La población de estudio fue 602 personas, 66,6% hombres. La tasa de adherencia fue 83,7% (n = 504). El 57,7% realizaron la colonoscopia de seguimiento en el intervalo de tiempo recomendado (36 ± 6 meses), con una media de 34 meses. El 23,4% realizaron seguimiento en un intervalo inferior a 30 meses y el 18,8% en un intervalo superior a 42 meses. En el modelo de regresión logística ajustado no se observaron diferencias significativas en la adherencia al seguimiento según edad, sexo y nivel socioeconómico. En la regresión de Cox sólo se observaron diferencias según índice socioeconómico, con menor adherencia en el quintil de mayor privación (HR 0,70; IC95% 0,53-0,93).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La adherencia al seguimiento se consideró aceptable al compararla con estudios previos, si bien dicha adherencia fue considerablemente menor entre las personas con mayor privación socioeconómica. Además, en un alto porcentaje de personas no se realizó en el tiempo recomendado. Es necesario explorar los motivos de la menor adherencia del grupo de mayor privación para diseñar estrategias que mejoren la equidad del Programa más allá de la participación.

### 667. SERUM LEVELS OF DKK2 AND SFRP1 ARE ASSOCIATED TO INCIDENT FRAGILITY FRACTURES IN OLDER WOMEN

A.M. Rodrigues, M. Eusébio, J. Caetano-Lopes, I. Lopes, J.M. Mendes, P.S. Coelho, J.E. Fonseca, J.C. Branco, H. Canhão

*Universidade NOVA de Lisboa; FMUL; Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Harvard Medical School; Centro Académico de Medicina de Lisboa; Hospital Egas Moniz.*

**Background/Objectives:** Secreted Frizzled-related protein-1 (sFRP-1), dickkopf-related protein 2 (DKK2), dickkopf-related protein 1 (DKK1) and sclerostin (SOST) are inhibitors of Wnt signaling and, consequently, inhibitors of osteoblast-mediated bone formation. Our aim is to evaluate the association of serum levels of SOST, DKK1, DKK2 and sFRP-1 with bone mineral density and incident osteoporosis-related fractures.

**Methods:** This longitudinal study analyzed 828 women, aged 65 years old and older, from EpiDoC a population-based cohort. A structured questionnaire was applied during baseline clinical appointment in order to capture prevalent fragility fractures, clinical risk factors for fracture and osteoporosis diagnosis. Blood was collected to measure serum levels of markers of bone fragility and serum levels of WNT regulators. Vertebral and hip bone mineral density (BMD) were determined by DXA. Two follow-up assessments were performed through a phone call interview and incident osteoporosis-related fractures were defined by any new self-reported low impact fracture. Multivariate Cox proportional hazards regression models were used to analyze fracture risk, adjusted for clinical risk factors for fracture.

**Results:** During a mean follow-up of 2.3 ± 1.0 years, a total of 62 fragility fractures were sustained in 58 women. High serum levels of sFRP-1 were associated with a 1.4-fold increase in fracture risk. As-

sociation between sFRP-1 and fracture risk was not independent of BMD. Low serum levels of DKK2 were associated with a 1.6-fold increase of fracture risk in our multivariate model. Association between low levels of DKK2 and fracture risk were independent of BMD. Women in the two lowest quartiles of DKK2 had a fracture rate incidence of 32 per 1,000 person-year, while the ones in the highest two quartiles of DKK2 had 14 fragility fractures per 1,000 person-year. Serum levels of SOST (r = 0.191; p = 0.0025) and DKK1 (r = -0.1725; p = 0.011) were correlated with hip bone mineral density, but no association was found with incident osteoporosis related fractures.

**Conclusions/Recommendations:** Low serum levels of DKK2 are an independent risk factor for osteoporosis related fractures. High serum levels of sFRP-1 are significantly associated with fractures although this association is not independent of BMD. SOST and DKK1 were associated with BMD but not with incident fractures however, the number of new fractures recorded may not allow to detect this association.

### 869. EVALUACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD TÉCNICA DE LA MAMOGRAFÍA DIGITAL EN UN PROGRAMA DE CRIBADO

M. Posso, J. Sivilla, C. Hernández, J. Martínez, A. Rodríguez, R. Alcántara, B. Ejarque, X. Castells, F. Macià

*Servicio de Epidemiología y Evaluación y Servicio de Radiología, Instituto de Investigaciones Médicas del Hospital del Mar (IMIM); Research Network on Health Services in Chronic Diseases (REDISSEC).*

**Antecedentes/Objetivos:** La evaluación de la calidad técnica de las mamografías es esencial para garantizar que no se utilicen imágenes de baja calidad en un programa de cribado de cáncer de mama. En Europa, el Sistema PGMI (Perfect, Good, Moderate, Inadequate) es el método más utilizado para evaluar la calidad de las mamografías. En el Programa de detección precoz del Parc de Salut Mar de Barcelona se viene realizando una evaluación continua utilizando una adaptación del Sistema PGMI. Se describen los resultados de las cuatro últimas evaluaciones realizadas en nuestro centro durante el periodo 2015-2017.

**Métodos:** En cada evaluación se seleccionó una muestra aleatoria de 20 mamografías digitales por cada técnico especialista en radiodiagnóstico (TER) del Programa. Se excluyeron las mamografías de mujeres con prótesis mamaria o limitación en la movilidad. La muestra se estratificó por grupo de edad (50-59 y 60-69 años). Tres radiólogos especialistas en mama valoraron las mamografías de forma independiente y ciega respecto al TER. Para cada mama y proyección, cráneo-caudal (CC) y oblicua-medio-lateral (OML), se evaluó la nitidez, artefactos, pliegues cutáneos, visualización clara y completa de toda la mama, pezón de perfil y simetría. Para facilitar esta valoración se elaboró un atlas con imágenes y definiciones de los criterios a evaluar.

**Resultados:** La calidad global de las proyecciones evaluadas mostró una mejora constante durante el periodo 2015-2017 y no se observaron diferencias importantes según TER. El porcentaje de proyecciones OML clasificadas como perfectas pasó de un 3% (4/120) en el año 2015 a un 43% (43/100) en 2017. Una tendencia similar se observó en las proyecciones CC, que pasaron de un 6% (7/120) de proyecciones perfectas en 2015 a un 30% (30/100) en 2017. Se identificaron algunos ítems con mayor frecuencia de inadecuaciones, como los referentes al ángulo inframamario, el músculo pectoral hasta el pezón, el tejido glandular externo, la sombra del músculo pectoral, los pliegues cutáneos y el pezón de perfil. Después de cada evaluación se llevó a cabo una sesión de revisión con los radiólogos y TER a fin de discutir los casos más complicados y proponer estrategias de mejora.

**Conclusiones/Recomendaciones:** En nuestro centro la evaluación continua ha permitido aumentar considerablemente el porcentaje de mamografías perfectas, manteniendo siempre el de inadecuadas por debajo del límite estándar del 3%. El sistema PGMI adaptado que proponemos puede ser un instrumento de utilidad para los programas de cribado con mamografía digital.

## 951. CÁPSULAS SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL: MÁS VALE UNA IMAGEN QUE MIL PALABRAS

G. Binefa, Y. Benavente, N. Traviere, M. Brotons, B. Serrano, M. Guardiola, M. Taberna, A. Agudo, L. Costas

*Institut Català d'Oncologia.*

**Antecedentes/Objetivos:** El Programa de cribado de cáncer colorrectal (CCR) del Institut Català d'Oncologia se dirige a hombres y mujeres entre 50 y 69 años a los que se invita por carta a realizar el test de sangre oculta en heces (TSOH) bienalmente. Para obtener el material deben acudir a una de las farmacias del listado que se adjunta con la carta de invitación. El cribado de CCR mediante TSOH es coste-efectivo, pero para ello es necesaria una participación mínima del 45% según las guías de calidad, valor que apenas se alcanza en territorios con años de funcionamiento. La participación está muy influenciada por la información que se disponga. Con la finalidad de acercar la investigación realizada a la sociedad y disponer de información veraz y fiable en las redes sociales sobre el cáncer, un grupo de investigadoras del ICO promovió el lanzamiento de una plataforma online en lengua española (Mejorsincancer.org), utilizando un formato ameno y un lenguaje sencillo. **Objetivo:** diseñar videos de corta duración dirigidos a población general para concienciar de la importancia de la prevención del CCR.

**Métodos:** El proyecto se inició en marzo de 2017. El equipo investigador decidió elaborar 4 vídeos: 1) prevención general CCR; 2) prevención primaria CCR; 3) prevención secundaria CCR; y 4) prevención en general del cáncer. Se seleccionaron los mensajes clave y se elaboraron los guiones en catalán y castellano. Los diseñadores realizaron los *story boards* (documento con las imágenes destacadas y subtítulos pactados) y posteriormente se corrigió aquello que no cumplía las expectativas o no representaba la idea acordada. Una vez finalizado el proceso de edición, se eligió la voz en off de una selección de 12 muestras. Se evaluará la difusión según el número de visitas recibidas en la plataforma y en el canal de YouTube. Se realizará un informe con la caracterización del público (por sexo, edad y región) y otro específico teniendo en cuenta los visitantes en el rango de edad del programa de cribado.

**Resultados:** Los vídeos se van a difundir a través de Mejorsincancer.org a partir de la semana del 26 de marzo, aprovechando la proximidad del día mundial contra el CCR (31 de marzo). Además se ha firmado una colaboración con la Federació Catalana de Entitats contra el Càncer y Transportes Metropolitanos de Barcelona para aumentar la difusión de los videos a través de sus canales. A partir de su difusión, analizaremos los datos especificados en el apartado de métodos (disponibles para presentar en la Reunión SEE).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Es fundamental lograr una participación informada en el cribado de CCR. Las cápsulas elaboradas con mensajes claros, precisos y frescos pueden tener un papel muy relevante para mejorar los mensajes que la población recibe sobre el CCR y las medidas de prevención.

Financiación: Fundación Olga Torres.

## 771. EVIDENCIA SOBRE LA EFICACIA DE LA PERSONALIZACIÓN DEL CRIBADO DEL CÁNCER DE MAMA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

M. Román, M. Sala, L. Domingo, M. Posso, J. Politi, J.M. Montero-Moraga, J. Louro, X. Castell

*IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute); Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).*

**Antecedentes/Objetivos:** Algunos autores proponen aplicar estrategias de personalización para mejorar la efectividad del cribado de

cáncer de mama. La personalización ofrecería distintas periodicidades y técnica de cribado según grupos de edad, en función del riesgo individual de la mujer. Se realizó una revisión sistemática de los estudios que evalúan estrategias personalizadas de cribado de cáncer de mama.

**Métodos:** Se utilizaron los métodos estándar de la Colaboración Cochrane y la declaración PRISMA, utilizando las bases de datos Medline, EMBASE y Clinical Trials. Se incluyeron estudios publicados en inglés, que describieran estrategias personalizadas de cribado de cáncer de mama. Se excluyen estudios cuyo objetivo no sea específicamente proponer y evaluar estrategias personalizadas (opinión, evaluación de técnicas, etc.). Dos revisores independientes evaluaron los criterios de calidad. Se seleccionaron 1.121 estudios potenciales. Atendiendo al título y resumen se identificaron 62 para la revisión de texto completo. Finalmente, se incluyeron 12 estudios en la síntesis narrativa.

**Resultados:** De los 12 estudios, 4 fueron ensayos aleatorizados en población real y 8 estudios de modelización matemática. No se identificó ningún estudio observacional. Entre los ensayos, 1 ha concluido (2016), 2 están en fase de reclutamiento, y otro comienza en 2018. Tres ensayos son europeos, y 1 de EEUU. Respeto al diseño, 3 son ensayos aleatorizados de no inferioridad, y uno un estudio aleatorizado pragmático adaptativo. Los cuatro incluyen la densidad mamaria y la edad para definir grupos de riesgo, y dos de ellos incluirán otras variables como historia familiar y biopsias previas, junto con información genética. Los estudios de modelización matemática fueron publicados entre 2011 y 2016. Tres en EEUU, 4 en Europa, y 1 en Asia. La edad de la población de referencia varió entre 30 años de inicio y los 90 de finalización. Los principales factores de riesgo evaluados fueron la edad, densidad mamaria, historia familiar y biopsias previas, aunque tres modelos incluyeron también información genética. Las medidas de resultados más comunes fueron la ganancia en años de vida ajustados por calidad y la reducción de coste. Todos los modelos mostraron resultados favorables para alguna estrategia de personalización.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los ensayos existentes plantean estrategias de personalización, pero aún no han presentado resultados. Los estudios de modelización matemática mostraron evidencia a favor de la personalización, aunque no tienen en cuenta la factibilidad ni aceptación por parte de la población.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III FEDER (PI17/00047); REDISECC (RD12/0001/0015).

## 457. IMPACTO DE UNA HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES SOBRE LA DECISIÓN INFORMADA DE LAS MUJERES EN EL CRIBADO DEL CÁNCER DE MAMA: UN ESTUDIO ALEATORIZADO Y CONTROLADO

M. Martínez-Alonso, M. Rué, M. Carles, M.J. Pérez, A. Pons, C. Vidal, M. García, M. Sala, L. Perestelo, et al

*Universitat de Lleida-IRBLleida; Universitat Rovira i Virgili; Institut Català d'Oncologia-IDIBELL; Hospital del Mar; Servicio Canario de Salud; REDISECC; GRAEES; CREIP.*

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo del estudio InforMa es evaluar el impacto de recibir información balanceada sobre los beneficios y efectos adversos del cribado de cáncer de mama en la decisión informada y otras variables relacionadas con la toma de decisiones.

**Métodos:** Estudio aleatorizado en dos etapas y controlado. Se incluyeron 400 mujeres de 49-50 años, que en 2-4 meses iban a ser invitadas a participar por primera vez en los programas de detección precoz del cáncer de mama del Hospital del Mar, ICO-Hospitalet, Regió Sanitària Lleida, y Servicio Canario de Salud. El grupo intervención recibió una herramienta de ayuda a la toma de decisiones sobre beneficios y efectos adversos. El grupo control recibió el folleto estándar

dar que se envía desde los programas de cribado y que no menciona los efectos adversos y recomienda aceptar la invitación al cribado. La variable principal fue la decisión informada, una variable dicotómica definida como conocimiento adecuado e intenciones consistentes con las actitudes. Las variables secundarias fueron confianza en la decisión tomada, conflicto decisional, intención de participar en el cribado y participación. Se utilizaron las pruebas chi-cuadrado, t de Student y test de Mann-Whitney para comparar las variables de resultado en los dos grupos.

**Resultados:** En el grupo intervención, 47 de 203 mujeres (23,2%) tomaron una decisión informada versus 1 de 197 mujeres (0,5%) en el grupo control ( $p < 0,001$ ). El 33,5% de las mujeres en el grupo de intervención tenían un conocimiento adecuado de beneficios y efectos adversos del cribado en comparación con el 1% en el grupo de control. Las actitudes hacia el cribado fueron similares en ambos grupos de estudio, 75,9% de las mujeres en el grupo de intervención expresaron una actitud positiva frente al 78,7% en el grupo control ( $p = 0,58$ ). La intención de participar en el cribado fue elevada y similar en ambos grupos de estudio, 82,8% versus 82,2% ( $p = 0,995$ ). El conflicto decisional fue significativamente menor en el grupo intervención y no se observaron diferencias en la confianza en la decisión, ansiedad, orientación temporal y riesgo percibido de cáncer de mama.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La información sobre los beneficios y efectos adversos del cribado aumentó la cantidad de mujeres que tomaron una decisión informada con un conflicto decisional menor y sin variar la intención de participar en el cribado ni la confianza en su decisión.

Financiación: FIS14/00113 Instituto de Salud Carlos III, cofinanciada por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) "Una manera de hacer Europa".

### 309. AN INDIVIDUALIZED BREAST CANCER RISK PREDICTION MODEL TO PERSONALIZE MAMMOGRAPHY SCREENING

J. Louro, M. Román, M.J. Quintana, F. Saladié, M. Prieto, X. Bargalló, M. Posso, M. Sala, X. Castells

*IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute); Research Network on Health Services in Chronic Diseases (REDISSEC); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Breast Cancer Screening Program of Tarragona, The Foundation League for the Research and Prevention of Cancer; Breast Cancer Screening Program, Principality of Asturias; Hospital Clínic.*

**Background/Objectives:** The balance between risk and benefits of breast cancer screening has been widely discussed. In order to improve its effectiveness, studies have proposed personalized screening strategies based on woman's individual breast cancer risk. We developed and validated a model to estimate the absolute breast cancer risk for women targeted for mammography screening.

**Methods:** We conducted a retrospective cohort study of 99 300 women aged 50–69 years with at least two screening mammograms at two areas of the Spanish Breast Cancer Screening Program between 1995 and 2015, and followed up until 2017. We used partly conditional Cox hazards regression to estimate the hazard ratios in women with family history of breast cancer, previous benign breast disease, and previous mammographic features. We modeled the non-breast cancer age-specific mortality using information from the Spanish National Statistics Institute to account for competing risks, and the breast cancer incidence using information from other seven areas of the Spanish Breast Cancer Screening program. We estimated the 4-, 6- and 8-year absolute risk of breast cancer for each woman, based on their personal characteristics. The model was developed using 60% of the study population and validated with the remaining 40%. The area under the ROC curve (AUC) was used to assess the discriminatory power of the model.

**Results:** Our results show that women with higher risk were those with a family history of breast cancer (HR = 1.49), previous calcifications (HR = 2.40) and a previous proliferative benign breast disease (HR = 2.88). The 4-, 6- and 8-year breast cancer risk of a 52-year-old woman without any risk factor was 0.61%, 0.95% and 1.30%. A woman with the same age, family history of breast cancer, previous calcifications and a previous proliferative benign breast disease had a risk of 6.24%, 9.49% and 12.79% in 4, 6 and 8 years, respectively. The AUC for these 3 models reached 0.594, 0.601 and 0.597, respectively.

**Conclusions/Recommendations:** We developed an individual breast cancer risk prediction model using information on age, family history of breast cancer, previous mammographic features and previous benign breast diseases. The model had a modest discrimination power. Individualized prediction models including risk factors such as mammographic density and genetic variations that improve their discriminatory power are needed before they can be used in a screening context.

Funding: Instituto de Salud Carlos III FEDER; (PI15/00098) and (PI17/00047).

### C036. Gestión y evaluación de servicios sanitarios y tecnologías/Gestão e avaliação de serviços e tecnologias de saúde

Viernes, 14 de septiembre de 2018. 9:30-11:30  
Aula 6

Moderan: José Lorenzo Valencia Martín  
y Pamela Pereyra-Zamora

### 671. CONOCIMIENTO Y USO DE MECANISMOS DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN EN LATINOAMÉRICA

A. Miranda-Mendizábal, I. Vargas, A. Mogollón, P. Eguiguren, I. Samico, E. Rodríguez, F. Bertolotto, D. Amarilla, M.L. Vázquez

*Consorci de Salut i Social de Catalunya; Universidad del Rosario; Universidad de Chile; Instituto de Medicina Integral; Prof. Figueira; Universidad Veracruzana; Universidad de la República; Universidad Nacional de Rosario.*

**Antecedentes/Objetivos:** La introducción de mecanismos de coordinación asistencial entre niveles de atención busca mejorar la coordinación clínica y la calidad de la atención. La evaluación de su impacto es limitada en general y casi inexistente en Latinoamérica. El objetivo es determinar el grado de conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención existentes en las redes sanitarias públicas en seis países de Latinoamérica.

**Métodos:** Estudio transversal mediante la encuesta COORDENA a una muestra de médicos de atención primaria (AP) y especializada (348 médicos por país) de redes sanitarias públicas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay (mayo a octubre de 2015). Variables de análisis: conocimiento y uso de mecanismos de coordinación de la información (hoja de interconsulta/contraderivación, informe de alta hospitalaria, teléfono y correo electrónico institucional (solo conocimiento); y de la gestión clínica (guías de práctica clínica/protocolos (GPC) y reuniones conjuntas). Factores asociados: sociodemográficos y condiciones laborales. Se realizó análisis descriptivo.

**Resultados:** Se observó un alto grado de conocimiento de los mecanismos de coordinación de la información clínica entre niveles en las redes de todos los países. En cambio, el uso es alto para

hojas de interconsulta/contraderivación, pero se identifica una gran variabilidad en el uso del informe de alta hospitalaria (entre 29,9% Uruguay y 74,7% México) y teléfono institucional (entre 2,1% Colombia y 57,1% Argentina). También hay diferencias en la proporción de médicos de AP que declaran recibir el informe de alta en tiempo adecuado para tomar decisiones (entre 57,5% México y 92,2% Argentina). El conocimiento y uso de las GPC es limitado en ambos niveles, excepto en Chile y México (conocimiento: 64,9%, 87,9%; uso: 89,3%, 86%, respectivamente). El conocimiento (entre 8,7% Brasil y 52,3% Chile) y la participación (entre 4% Uruguay y 14,8% Argentina) en reuniones conjuntas es limitado. La finalidad de uso reportada de la hoja de interconsulta/contraderivación y del informe de alta hospitalaria, es similar en todos los países y, ocasionalmente, inadecuada.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Esta es la primera encuesta realizada sobre coordinación entre niveles de atención en diferentes países de Latinoamérica. El conocimiento y uso limitado, por los médicos, de los mecanismos de coordinación existentes en las redes sanitarias parece mostrar una escasa difusión de los mismos en las instituciones y por tanto, un impacto reducido. Indica además la necesidad de desarrollar estrategias que promuevan su conocimiento y uso eficiente.

Financiación: FP7/2007–2013–305197.

## 1065. FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN 7 PAÍSES DE EUROPA

A. Sarría Santamera, Y. Ramallo Farina, M.A. García Bello, P. Serrano Aguilar, J. Martín Fernández

ENS ISCIH; IMIENS-UNED; UAH; REDISSEC; SESCO; FUNCANIS; CIBICAN; Consultoripo Villamanta (CS Navalcarnero); URJC.

**Antecedentes/Objetivos:** La utilización de servicios de salud se asocia con factores predisponentes, capacitantes y de necesidad. En Europa existe una gran diversidad de modelos de AP. El objetivo de este trabajo es evaluar la asociación entre el uso de las consultas de AP en 7 países de Europa y las características individuales de los pacientes y de los sistemas de salud de dichos países.

**Métodos:** Se analizan los datos de una encuesta de salud realizada en 7 países de Europa en personas con al menos 1 consulta en AP el año previo a través de modelos multinivel con dos niveles. La variable dependiente fue el número de visitas a AP y se utilizó una función link de Poisson. Se ajustaron 3 modelos. El modelo 1 (modelo vacío) no contenía variables de exposición y estima la varianza atribuible a las diferencias entre países. El modelo 2 incluía variables de nivel individual (nivel 1) para estimar la proporción de varianza de las diferencias entre países que es explicada por las variables a nivel de individuo. Y el modelo 3 incluyó las características de los sistemas sanitarios de los diferentes países lo que permite determinar su asociación con el número de visitas. Se agregó un término aleatorio a nivel de país para ajustar los efectos no incluidos. El resto de las variables se incluyeron como efectos fijos. Se utilizó el IRR para evaluar el efecto de las variables de exposición en cada nivel.

**Resultados:** La variación en las visitas en AP entre países es de 0,6 en el modelo 1. Después de ajustar por las características de nivel individual (modelo 2), la varianza a nivel de país fue 0,50. La variación se reduce a 0,14 en el modelo 3 al incluir las variables de sistema sanitario. La edad, ser mujer, vivir en zonas rurales, tener una clase social baja, ser enfermo crónico y tener mala salud se asociaron significativamente con más visitas en AP, presentando todas estas características individuales IRR significativos. Tener un modelo de Seguridad Social (IRR = 1,86;  $p < 0,05$ ) y copago en AP (IRR = 0,34;  $p < 0,01$ ) se asociaron también con más visitas en AP. La inclusión de estas variables hace que la variación se reduzca en mayor proporción. La estima-

ción del MMR para cada modelo confirma estos resultados pasando de 2,45 en el modelo 1 a 1,55 en el modelo 3.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El análisis multinivel permite determinar tanto la variabilidad entre países como el efecto de los diversos tipos de variables en la utilización de servicios y resulta apropiada su aplicación para llevar a cabo estudios de comparación de utilización de servicios entre países. Tanto las variables de nivel individual, como especialmente de nivel de sistema sanitario, presentan una influencia importante para explicar las diferencias entre países en el número de visitas en AP.

Financiación: REDISSEC.

## 990. IMPACTO DEL CESE DEL AISLAMIENTO DE CONTACTO PARA EL CONTROL DE *E. COLI* BLEE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

M. Fontán Vela, I. Fernández Jiménez, E. Jiménez González de Buitrago, E. Gallego Ruiz de Elvira, P. Jurado Macías, S. Veleza Sánchez, L. Zazo Morais

Hospital Universitario Infanta Leonor; ARES.

**Antecedentes/Objetivos:** *E. coli* es el microorganismo productor de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) más habitual en el medio nosocomial y en la comunidad. El CDC (Centers of Disease Control) recomienda instaurar medidas de precaución de contacto para los microorganismos productores de dichas enzimas. Sin embargo, la evidencia respecto a la efectividad de estas medidas para el control de *E. coli* BLEE (ECB) en el entorno hospitalario no es concluyente. Sumado al impacto negativo en términos de coste económico y seguridad del paciente, junto al dudoso efecto en la reducción de su transmisión, se hace necesario ampliar el estudio de la efectividad de dichas medidas. El objetivo es evaluar las repercusiones del cese de las medidas de aislamiento en la incidencia de infección/colonización nosocomial por ECB.

**Métodos:** Comparación de la incidencia de infección/colonización nosocomial por ECB mientras se mantienen precauciones de contacto (período pre: 15 nov 2015-15 nov 2016) y tras su cese (período post: 16 nov 2016-15 nov 2017).

**Resultados:** Durante el período de estudio se detectaron un total de 172 casos de infección/colonización por ECB: 76 (44,2%) en el período pre y 96 (55,8%) en el período post. En el primer período, se registraron un 44,7% de infecciones y un 55,3% de colonizaciones y, en el segundo, se registraron un 53,1% de infecciones y un 46,9% de colonizaciones ( $\chi^2$ :  $p > 0,05$ ). La mediana de ingreso en el grupo pre fue de 13 días (RIQ: 8-23,75) y en el grupo post de 9 días (RIQ: 4-15,75), siendo significativa esta diferencia (U Mann-Whitney  $p < 0,001$ ). La incidencia de infección/colonización nosocomial por ECB en el periodo pre fue de 60,5% y en el periodo post fue de 19,8% ( $\chi^2$ :  $p < 0,001$ ). Del total de infecciones por ECB (85), en el periodo pre se identificaron un 47,1% de origen nosocomial frente a un 27,5% en el periodo post ( $\chi^2$ :  $p = 0,064$ ), no siendo estadísticamente significativa. Del total de colonizaciones por ECB (87), en el periodo pre se identificaron un 71,4% de nosocomiales frente a un 11,1% en el periodo post ( $\chi^2$ :  $p < 0,001$ ), siendo estadísticamente significativa esta diferencia. En el primer periodo, se detectaron 5 ECB productores de carbapenemasa, de los cuales 4 eran OXA y 1 KPC. En el periodo post se detectó 1 caso correspondiente a KPC.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El cese de las medidas de aislamiento de contacto en pacientes con infección/colonización por ECB no se ha visto acompañado de un aumento en la incidencia de infección/colonización nosocomial sino al contrario. La incidencia ha sido mayor en el periodo durante el que se aplicaban medidas de aislamiento de contacto, coincidiendo con un periodo de estancias más prolongadas.

### 328. INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): MORTALIDAD HOSPITALARIA Y POSALTA. AJUSTE DE TASAS Y COMPARACIÓN Y EVALUACIÓN DE CENTROS

J. Limón Mora, J. Díaz-Borrego Horcajo

*Subdirección de Gestión Sanitaria, Servicio Andaluz de Salud.*

**Antecedentes/Objetivos:** La proporción de fallecimientos en el hospital y tras el alta, está condicionada por las características de los pacientes atendidos (edad, gravedad...). El estudio comparativo correcto de estos indicadores debe tener en cuenta las diferencias de la distribución de estas características en cada centro evaluado. Partiendo del indicador "Inpatient Quality Indicators" para Insuficiencia Cardíaca (IQI 16) proponemos una metodología para el ajuste de tasas y analizamos el periodo 2013-15 en la red de hospitales públicos de Andalucía.

**Métodos:** En el presente trabajo hemos contado con los ingresos registrados en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y con diagnóstico principal de IC, para evaluar la mortalidad intrahospitalaria. Además, al enlazar esta información con registros poblacionales de defunciones se estima la frecuencia de la mortalidad en los 30 días posteriores al alta. Utilizamos los Grupos Relacionados por el Diagnóstico, refinados (GRD-APR) para catalogar cada ingreso entre cuatro niveles de riesgo *risk of mortality* (ROM), teniendo en cuenta además del diagnóstico principal, los secundarios, la edad y procedimientos realizados al paciente. Así es posible obtener tasas ajustadas (por edad-sexo-ROM) en los 3 años analizados (método indirecto) y razones estandarizadas de mortalidad de cada centro o unidad evaluada respecto a valores de referencia en la red.

**Resultados:** Se analizan los 44.858 episodios de pacientes ingresados por IC (IQI 16 y APR 194) con más de 44 años de edad. Se presenta la metodología y algunos resultados globales y comparativos por tipos de hospitales. Se ha estimado una tasa de mortalidad del 13% durante el ingreso y del 5% en los 30 días posteriores al alta. Se observa una disminución de la variabilidad de las tasas entre hospitales al ajustar las mismas. Al comparar entre grupos de hospitales según tamaño o nivel (regionales, de especialidades, comarcales) se observa una relativa cercanía de las tasas tanto intrahospitalarias como posalta. Algo similar se aprecia al comparar entre grupos de centros en relación al volumen de casos atendidos.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los ajustes de indicadores de resultados en grupos homogéneos de pacientes, teniendo en cuenta la edad y gravedad son de gran interés en la evaluación de planes de mejora y comparativa entre centros. Esta misma metodología de ajuste puede ser utilizada con otras patologías, y es aplicable además de a indicadores sobre mortalidad, al análisis de la frecuencia de reingresos, consumo de recursos/pruebas... que permitan una evaluación integrada. La información proveniente del CMBD de hospitales, puede servir también a la evaluación interniveles y de centros de atención primaria, enlazando con la información de resultados posalta.

### 1197. CUIDADOS PALIATIVOS Y ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA. UNA EXPLORACIÓN CUALITATIVA DE LAS PERCEPCIONES SOCIALES EN ESPAÑA

J.M. Carrasco, C. Reigada, A. Navas, B. Gómez, I. Olza, F. Pujol, C. Centeno

*ATLANTES, ICS-Universidad de Navarra; APLICA, Investigación y Traslación; Facultad de Comunicación, Universidad de Navarra; GRADUN, ICS-Universidad de Navarra; Facultad de Económicas, Universidad de Navarra.*

**Antecedentes/Objetivos:** El desconocimiento y la falta de reconocimiento social de la atención al final de la vida y de los cuidados pa-

liativos (CP) han sido identificados como barreras a su desarrollo en diferentes contextos europeos. El objetivo de este estudio es explorar las percepciones sociales sobre ellos en España.

**Métodos:** Investigación cualitativa exploratoria mediante grupos de discusión (GD) y entrevistas en profundidad (EP), atendiendo a los siguientes criterios de estratificación: haber tenido contacto con CP (Sí: 1 GD y 5 EP; No: 4 GD), y nivel educativo (50% universitario; 50% no universitario). Se procuró una distribución etaria y de género equitativa de participantes. Tanto los GD como las EP fueron audiograbadas y transcritas, realizándose un análisis sociológico del discurso de los textos. El equipo investigador realizó ejercicios de reflexividad durante todo el proceso.

**Resultados:** Cuarenta personas fueron entrevistadas: 13 habían tenido contacto con CP (8 participaron en un GD y 5 en EP) y 27 *a priori* no (todas participantes en 4 GD). Los discursos sobre CP se articularon desde lo "latente", lo que se sabe sobre ellos sin conocerlos, y lo "patente", lo que saben quienes los conocen. Ambas posiciones discursivas abordan cuestiones relacionadas con el concepto de CP, los cuidados al final de la vida, los recursos sociosanitarios, los valores de los CP y su difusión social. Desde lo "latente", los CP se asocian a la muerte como desenlace fatal de la enfermedad, la medicalización de la asistencia y la eutanasia, alegándose la necesidad social de abordar la atención al final de la vida y de desarrollar servicios asistenciales que la cubran. Desde lo "patente" los CP se asocian al final de la vida y la muerte con un discurso focalizado en los cuidados médicos, enfermeros y psicológicos. Desde esta posición se destaca la atención holística que los CP prestan al paciente y su entorno (familia, amigos, etc.), sus valores humanos (gratitud, amor, etc.) y la prevalencia de estos sobre cuestiones tecnológicas. Además, se defiende la integración de CP en los sistemas sanitarios.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Las percepciones sociales sobre CP están condicionadas por el hecho de haber tenido contacto con ellos, observándose un reconocimiento positivo entre quienes los conocen. La atención al final de la vida es percibida como una necesidad social en la que CP tiene un papel central, reconociéndose el valor de unos cuidados holísticos y humanizados. Los resultados de este estudio podrían contribuir al diseño de estrategias para la promoción de CP y su implementación en nuestro contexto.

### 1045. MÁS VALE PREVENIR: PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN PARA SITUACIONES DE CRISIS EN LA AGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE BARCELONA

M. Piñeiro, M. Rodríguez-Sanz, M. Pasarín, C. Borrell

*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** La Agencia de Salud Pública de Barcelona dirige y gestiona los centros y servicios de salud pública y su misión es velar por la salud de la ciudadanía. Ante ese reto, los riesgos de poder sufrir una crisis de salud pública, que afecte a su imagen y a los organismos políticos que representa, deben considerarse y prevenirse. El objetivo fue elaborar un protocolo de comunicación que sirva de guía y de guion en situaciones de posible crisis en salud pública, en base a la experiencia y la preparación de escenarios.

**Métodos:** Se parte de un modelo teórico de 'gestión de conflictos potenciales' (Issues Management), y se enfatiza en la gestión comunicativa de la incertidumbre y del riesgo. Para la confección del protocolo se llevó a cabo una discusión interna con la dirección y se recibió asesoramiento externo por parte de un experto internacional en gestión de crisis en salud pública. El protocolo consta de diferentes capítulos que abarcan tanto la prevención y la previsión de crisis, como la gestión y la recuperación. Incluye el estudio de cuatro casos reales, e incorpora diversas herramientas de utilidad: un algoritmo de decisión para la actuación ante la posible crisis, un inventario de escena-

rios posibles, y un argumentario corporativo. Además, se fija qué portavoces intervienen y qué estilos de comunicación adopta la institución. Finalmente, se establecen indicadores de procedimiento e impacto, y un modelo de informe final de episodio de crisis.

**Resultados:** El protocolo cubre los diferentes estadios de una posible situación de crisis. En la etapa de prevención se pretende concienciar a las personas de la organización de la importancia de estar prevenidos ante una crisis, se incluye un algoritmo de decisión y se establece una estimación de cuáles son las crisis más graves y a qué departamentos afectarían. En la etapa de previsión se parte de la revisión de cuatro casos de crisis para definir los procedimientos específicos de actuación, y se fijan los miembros del comité de crisis y cómo deben tomar las decisiones. En la etapa de gestión, el protocolo aporta herramientas útiles y pautas sobre cómo actuar. Y en la fase de recuperación se trata de ofrecer información y conocimiento a las personas de la organización del impacto y las dinámicas de las crisis, a partir del seguimiento de indicadores y de los datos obtenidos.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El protocolo de comunicación en situaciones de crisis se elabora para ser una herramienta útil tanto para la dirección como para el comité de personas o agentes que en su momento tengan que hacer frente a la crisis de reputación. Contiene indicaciones sobre qué hacer y cómo comunicar, junto con unas herramientas útiles. Instituciones públicas y de salud han documentado su uso como relevante y efectivo a la hora de afrontar retos sobrevenidos de comunicación.

## 1112. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN CONSULTA EN LOS CENTROS MUNICIPALES DE SALUD COMUNITARIA

M. León García, M. Sastre Paz, C.M. León Domínguez, C. Ramos Martín, L. Álvarez Castel, L. Romero Abellán, M. Cob Yagüe, C. García Atienza, F.J. Segura del Pozo

*Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los Centros Madrid Salud (CMS), municipales dedicados a la salud comunitaria a nivel distrital, trabajan con el principio del universalismo proporcional. Para operativizarlo, se recogen en el sistema de información variables sociales individuales (nivel de estudios, situación laboral), y contextuales (si la sección censal de residencia pertenece o no a una zona de intervención preferente (ZIP), que eran identificadas como secciones donde hay un exceso de mortalidad general y un nivel de estudios menor que la media de la ciudad) y se zonifica en mapas. Este estudio busca describir las personas atendidas en los CMS en consultas individuales, según su zona de residencia (ZIP o no ZIP), así como su nivel de estudios y situación laboral.

**Métodos:** Se recogieron las variables sociales de las personas atendidas en cada CMS. Se realizó un análisis descriptivo de la relación entre la proporción de las personas atendidas residentes en ZIP-no ZIP. Se analizó el nivel de estudios y situación laboral de las personas atendidas, según si residen en ZIP o no. Para estudiar las diferencias entre grupos (ZIP y no ZIP) se utilizó el estadístico ANOVA.

**Resultados:** El 28% de la población atendida en el global de CMS reside en zonas ZIP. Los CMS ubicados en distritos que tienen una mayor proporción de población residente en zonas ZIP atienden a un mayor número de personas residentes en zona ZIP, siendo la proporción atendida menor que la de referencia de los distritos. El porcentaje de personas atendidas residentes en ZIP es superior en los CMS ubicados en los distritos con menor proporción de población residente en zonas ZIP. La mayoría de las personas atendidas en consulta en los CMS tiene un nivel de estudios secundarios de primer ciclo, y una situación laboral de "estar trabajando". La población atendida en zonas ZIP pre-

senta en proporción similar nivel de estudios primarios y secundarios de primer ciclo, siendo la segunda situación laboral más frecuente la del "cuidado del hogar" y "estudiante". Las diferencias observadas en cuanto a las variables sociales individuales son estadísticamente significativas entre las personas atendidas en consulta residentes en zonas ZIP y no ZIP.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los CMS priorizan la atención de población residente en zonas ZIP. La población atendida que reside en estas zonas tiene una situación laboral más precaria y un menor nivel de estudios que la residente en no-ZIP. Se recomienda fortalecer la priorización en función de las zonas ZIP, y dotar de más recursos a los CMS ubicados en distritos con más población residente en estas zonas para poder alcanzar así la proporción de referencia del distrito.

## 1042. ¡INFORMACIÓN!: TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA

M. Rodríguez-Sanz, A. Caillabet, M. Piñeiro, E. Romeu, M. Mas, C. Borrell

*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** La transferencia del conocimiento consiste en la divulgación de información para transmitir a la sociedad, de forma inteligible, el conocimiento necesario para tomar decisiones que mejoren la calidad de vida de la población. El objetivo es revisar el proceso de la comunicación en salud y las diferentes estrategias para la divulgación, en base a la experiencia de la Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Métodos:** Se revisan los elementos del proceso de comunicación en salud (contexto, emisor, receptor, mensaje, canales), y las principales ventajas y barreras. Además, se seleccionan algunas experiencias de la ASPB en la elaboración de recursos divulgativos, y se analizan las interacciones en los diversos canales disponibles (web, prensa y redes sociales).

**Resultados:** El uso de las nuevas tecnologías impulsa la producción y el consumo de información en salud. También las leyes existentes de Salud Pública y de Accesibilidad Universal regulan la disponibilidad y comprensibilidad de la información para ser usable por todas las personas. El emisor debe proporcionar información de calidad y accesible, y el receptor tiene derecho a acceder y entender la información recibida. Existen diversos canales de difusión, tradicionales (publicaciones, sesiones y apariciones en medios) y nuevos (web o eSalud, y móvil o mSalud), y nuevas metodologías de divulgación (infografías, videos, etc.), útiles para mejorar la accesibilidad y el interés. Sin embargo, aún existen barreras para disponer y comprender la información en salud, principalmente para aquellos que más la necesitan. La ASPB, gracias a la incorporación de profesionales del diseño y la comunicación, dispone de diversos canales de difusión: el 2017 hubo 39.520 visitas al web, y más de 4.000 interacciones en redes sociales; se redactaron 16 notas y se organizaron 5 ruedas de prensa con más de 500 impactos en los medios de comunicación; se organizaron 9 sesiones científicas retransmitidas por Youtube con 1.681 visualizaciones; además se participó en varios eventos de la ciudad como el PRIDE o el 'Dia sin coches'. La necesidad de comunicación ha impulsado el desarrollo de nuevos recursos para la divulgación, algunos ejemplos serían: el informe de salud divulgativo, la infografía de efectos de la contaminación en la salud, el video del programa 'Barcelona Salut als Barris', entre otros.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El derecho a la salud incluye el derecho a la información en salud, y desde los organismos públicos se necesitan estrategias para mejorar la accesibilidad, así como la alfabetización en salud de la población. Para ello, es útil disponer de profesionales de la comunicación, así como planes de comunicación, y así mejorar la transferencia del conocimiento y de la acción en salud pública para su continua mejora.

## C037. Alcohol y otras adicciones/Álcool e outros vícios

Viernes, 14 de septiembre de 2018. 9:30-11:30  
Aula 7

Moderan: *Francisco Caamaño Isorna*  
y *Francisca Sureda Lull*

### 564. EXPOSICIÓN AL ALCOHOL ASOCIADA A LOS PUNTOS DE VENTA Y CONSUMO EN LA CIUDAD DE MADRID

A. Pastor, A. Espelt, J.R. Villalbí, L. Moure, J. Pearce, M. Franco, X. Sureda

*Universidad de Alcalá; Universitat de Vic, Universitat Central de Catalunya; Agència de Salut Pública de Barcelona; Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur; University of Edinburgh.*

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo de este estudio es caracterizar la disponibilidad, accesibilidad y promoción de alcohol asociados a los locales de venta y de venta y consumo de alcohol en la ciudad de Madrid. Además de comparar las diferencias en la exposición de alcohol en función de la tipología de local y las características socioeconómicas de la zona.

**Métodos:** Estudio transversal realizado en 42 secciones censales de Madrid durante 2016. Se utilizó el OHCITIES instrument, que permite caracterizar mediante observación sistemática la exposición de alcohol en el entorno urbano. Para este trabajo se utilizaron las variables asociadas a locales de venta y venta y consumo de alcohol que incluyen: 1) Disponibilidad y accesibilidad a productos de alcohol (tipo de local, horario, signos de prohibición de venta de alcohol a menores y después de las 22 horas); 2) Elementos de promoción asociados al local (elementos estructurales o mobiliario con promoción, carteles de promoción o patrocinio asociados al local, botellas o latas expuestas en escaparates y en el interior pero visibles desde el exterior). Se calculó el porcentaje de exposición asociadas los locales de venta y venta y consumo de alcohol. Se comparó la exposición de alcohol según tipo de local y según el nivel socioeconómico del lugar.

**Resultados:** Se caracterizaron 214 locales de venta y consumo y 83 de venta de alcohol. Más del 50% de los locales recogidos estaban abiertos más de 12 horas y tenían, al menos, un signo de promoción de alcohol. La mayoría de los locales (88,6%) no tenían visible desde el exterior la señal de prohibición de venta a menores y la señal de prohibición de venta de alcohol después de las 22 horas. La exposición de alcohol fue menor en los locales de venta que en los locales de venta y consumo de alcohol. Éstos últimos tuvieron un mayor número de horas abierto ( $p < 0,001$ ) y mayor promoción asociada ( $p = 0,001$ ). Entre los locales de venta y consumo fueron los bares los que presentaron más exposición de alcohol. Se observaron diferencias en la distribución de algunas de las variables de exposición de alcohol asociadas a los locales de venta y venta y consumo según las características socioeconómicas del lugar.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La exposición de alcohol asociada a los locales de venta y venta y consumo de alcohol en Madrid es alta. Deberían fortalecerse las políticas que regulan la disponibilidad, accesibilidad y promoción de alcohol asociada a estos locales para prevenir la normalización de su consumo y las consecuencias para la salud asociadas.

Financiación: Plan Nacional sobre Drogas (2016I047).

### 374. EVALUACIÓN DE LA LEY 11/2010 DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN MENORES DE EDAD. A CORUÑA, 2011-2017

B. Alonso de la Iglesia, M.I. Santiago-Pérez

*Xefatura Territorial de Sanidade da Coruña; DX de Saúde Pública, Consellería de Sanidade.*

**Antecedentes/Objetivos:** El consumo de bebidas alcohólicas (BA) entre menores es, en la actualidad, uno de los principales problemas de salud pública. En Galicia, el 1 de marzo de 2011 entró en vigor la Ley 11/2010 de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad. El objetivo de este estudio es analizar las características de las infracciones cometidas por menores en la provincia de A Coruña en el periodo marzo 2011-2017.

**Métodos:** Del total de 1.461 denuncias recibidas se seleccionan las 472 (32,3%) cometidas directamente por menores. Se analizan las siguientes variables: denunciante (policía autonómica/policía local/guardia civil), sexo y edad del menor, municipio, lugar (vía pública/locales de hostelería/discoteca-pub) y hora de la infracción, motivo (consumo/posesión-compra/presencia en locales con prohibición acceso a menores), tipo de bebida consumida (cerveza/combinados) y actuación de los padres.

**Resultados:** Incremento de las denuncias con implicación directa de menores ((2011: 9 (15% del total) vs 2017: 163 (64%)). Se realizaron un total de 128 actos de inspección por parte de la policía autonómica (92%), policía local (4%) y guardia civil (3%) en 31 de los 93 municipios de la provincia (34%). La mayor parte de las inspecciones se realizaron entre abril y septiembre (73%) y en A Coruña-ciudad (40%). El 52% de los menores identificados fueron mujeres, con una media de edad inferior a los hombres. El 51% tenían 17 años, el 31% 16 años y el 17%  $\leq 15$  años. El 96% de las infracciones fueron por consumo de BA, 80% en lugares públicos (calles, plazas, playas), 14% en pub/discotecas y 5% en otros locales de hostelería. Las BA más consumidas fueron los combinados con vodka (18%), ron (17%) y ginebra (15%) seguido de cerveza (11%). Los hombres consumían más ron (21% vs 13%) y cerveza (13% vs 10%) que las mujeres y menos vodka (13% vs 23%) y ginebra (12% vs 17%). En relación con la hora de la infracción, el 13% fue de 22-24 h., el 64% de 00-02 h. y el 18% de 02-09 h., sin diferencias por sexo. En el 65% de las denuncias consta que se contactó con los padres, el 49% acudieron a recoger a los hijos (el 56% si eran chicos y el 42% si eran chicas) y el 48% (41% chicos vs 53% chicas) delegaron en un amigo (18 años cumplidos) o permitieron que continuasen en la calle.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los menores consumen BA fundamentalmente en espacios públicos, de 00 a 02 h. de la madrugada y en la mitad de los casos con permisividad de los padres. Es necesario extender las labores de inspección y control a todos los municipios de la provincia y aumentar su frecuencia, así como las campañas informativas-educativas dirigidas a menores y padres.

### 749. EVALUACIÓN DE PROCESO DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS DE PREVENCIÓN UNIVERSAL DE LAS DROGODEPENDENCIAS

M. Salvador-Piedrafita, B. Puértolas-Gracia, O. Juárez, C. Ariza, J.R. Villalbí

*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los servicios de salud pública impulsan programas escolares de prevención universal de las drogodependencias en la ciudad de Barcelona. Los programas "PASE.bcn" (PASE) y "Sobre canyes i petes" (SCiP) abordan la problemática del consumo de tabaco, alcohol y cannabis en la adolescencia. Ambos han mostrado su efectividad en estudios de evaluación con grupo control. El PASE se dirige a primero de ESO (12-13 años) y el SCiP a tercero de ESO (14-15 años), constan de diversas sesiones impartidas en el aula por el profesorado habitual, a partir de un manual estandarizado, con oferta de formación previa y apoyo continuado. El objetivo de este estudio es analizar la evolución de su aplicación entre 2012 y 2017 a partir de indicadores de proceso.

**Métodos:** Se realiza el seguimiento de los programas a partir del registro anual de inscripciones en la Agencia de Salud Pública y de las

evaluaciones recibidas del profesorado al final de cada curso. A partir de los datos de inscripción, se analiza la cobertura de escuelas, aulas y alumnado y su distribución territorial; con los datos de evaluación del profesorado se analiza la formación, la realización efectiva de las actividades propuestas, y su satisfacción.

**Resultados:** Se observa una evolución descendente del número de inscripciones en ambos programas y de la cobertura de centros escolares que pasa del 31,2% al 27,7% en el PASE y del 36,1% al 26,7% en SCiP. Por distritos, la distribución de la cobertura es desigual; en el curso 2016-17 osciló del 75% en Ciutat Vella al 4,3% en Sant Martí. Se observa una tendencia ascendente en la proporción de profesorado que evalúa los programas en los últimos años, de un 40% del total de escuelas inscritas en 2012 a un 75% en 2017. La satisfacción media del profesorado con los programas osciló entre 6,6 y 8 puntos (en una escala de 0 a 10) entre 2012 y 2017, respectivamente. Además, entre el 80% y el 95% de quienes evaluaron, dicen que volverían a aplicar los programas en el curso siguiente. La exhaustividad con que se realizan las actividades programadas ha sido del 61,4% para el PASE y del 64% para el SCiP, mostrando la dificultad de obtener una aplicación fiel a lo programado.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Se ha producido una disminución en la cobertura de los programas manualizados de prevención universal de las adicciones en la escuela secundaria en los últimos años, aunque los indicadores de calidad de las intervenciones y de satisfacción de los docentes se mantienen en niveles similares y que se juzgan aceptables. Es preciso profundizar en las causas de este descenso de cobertura a fin de implementar medidas de mejora.

### 1238. FORGOING HEALTHCARE AMONG HIGH-RISK DRUG USERS FROM PORTO: REASONS AND DETERMINANTS

A. Tadeu, A. Aguiar, D. Costa, P. Meireles, A.I. Ribeiro

*EPIUnit-Public Health Institute University Porto (ISPUP); Regional Health Administration of North; Department of Public Health, Forensic Sciences and Medical Education University of Porto Medical School.*

**Background/Objectives:** High-risk drug use is a major public health problem. Drug users have a worst health profile than the general population and several reports suggest they have difficulty in obtaining needed healthcare. Little is known about healthcare utilization and/or the number of people who report forgoing treatment or care among drug users in Portugal, a pioneer country on drug use decriminalization and harm reduction strategies. Forgoing healthcare is associated with unfavorable health-related outcomes and higher medical costs. This study aimed to assess the levels of forgoing healthcare, and its reasons and determinants, among high-risk drug users from Porto (Northern Portugal).

**Methods:** A convenience street-based sample of drug users from Porto municipality was assembled in April 2017. People aged 18 years or older who have used any type of drug at least once in the previous 12 months were included. A structured questionnaire covering socio-demographics, patterns of drug use, health status, healthcare utilization and related barriers was applied. Age and sex adjusted logistic regression models were fitted to assess associations (Odds ratio, OR, and 95% Confidence Intervals, CI).

**Results:** On total 321 drug users were evaluated. The majority were men and half were more than 55 years. 76% used drugs every day, mostly crack/cocaine, heroin and cannabis. The majority of the participants, 85.4%, visited a healthcare service during the past year. The prevalence of forgoing or delaying care was 25.2%. The most common reasons to forgoing or delaying healthcare utilization were 'long waiting times', 'neglect', 'not having money', 'bureaucracy' and 'discrimination'. Other reasons for forgoing healthcare were 'shame', 'long waiting lists' and 'the need to make appointments'. Forgoing health

care was positively associated with poly drug use (more than two types of drugs in the last 12 months) (OR 2.258, 95%CI 0.973-5.241), discrimination by health professionals (3.059, 1.557-6.012), having psychiatric comorbidity (3.549, 1.624-7.755) and being a sex worker (2.544, 1.125-5.754).

**Conclusions/Recommendations:** Although high-risk drug users from Porto reported high levels of healthcare utilization, many reported forgoing healthcare. Poly drug use, discrimination and mental health problems were significantly associated with forgoing healthcare. Interventions should target these specific groups and should eliminate barriers to help increase access to and utilization of health services.

### 776. RELACIÓN DEL DINERO DISPONIBLE Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO PERCIBIDO CON EL CONSUMO DE CANNABIS EN JÓVENES DEL PROYECTO "REPTES" ("RETOS")

C. Ariza, N. Vázquez, G. Serral, M.J. López, X. Continente, L. Muñoz  
*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** Se ha relacionado un mayor consumo de cannabis con las condiciones de adversidad social y vulnerabilidad personal, entre ellas la capacidad adquisitiva y el rendimiento escolar. El objetivo de este trabajo es describir la relación entre el dinero disponible y el rendimiento académico percibido con el consumo de cannabis de jóvenes participantes en una intervención de prevención selectiva de consumo de alcohol y cannabis (proyecto ("REPTES" ("RETOS"))).

**Métodos:** Estudio de diseño transversal. Los participantes fueron jóvenes de 16 a 21 años, de programas de garantía social y actividades comunitarias de tiempo libre, de institutos, entidades y centros de servicios sociales de cuatro distritos de Barcelona. En 2017, se administró un cuestionario autodeclarado sobre el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas y algunas variables asociadas. Las variables independientes fueron el sexo, el dinero disponible (0/0-10€/Entre 10 y 30€/> 30€) y el rendimiento académico percibido (autoclasificarse en el tercio peor, medio o mejor de la clase). La variable dependiente fue el consumo de cannabis: experimental (haber probado), habitual (en los últimos 30 días) y de riesgo (según escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test)). Se realizó un análisis bivariado y se calcularon las prevalencias de consumo de cannabis, estratificando por sexo, dinero disponible y rendimiento académico, aplicando el test de significación estadística correspondiente en cada caso.

**Resultados:** Se seleccionaron 359 jóvenes, de los que el 70,2% son chicos. Un 47,8% (44,4% de chicos y 55,0% de chicas) ha probado el cannabis. Entre éstos, el 13,9% (14,7% de chicos y 12,1% de chicas) ha consumido en los últimos 30 días. Un 51,2% de los que consumen en los 30 últimos días (48,8% de chicos y 57,0% de chicas) hace un consumo de bajo riesgo y un 9,9% (10,8% de chicos y 7,5% de chicas) de alto riesgo. El consumo en los últimos 30 días en las cuatro categorías de dinero disponible fue de 10,5%, 12,4%, 16,9% y 19,6%, respectivamente. Entre los consumidores de alto riesgo, según CAST, del 4,1%, 6,1%, 15,6% y 21,4% ( $p = 0,002$ ). No se observó un patrón entre el consumo de cannabis y el rendimiento académico percibido.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El consumo de cannabis es importante en jóvenes vulnerables. El consumo experimental es más frecuente entre las chicas y el habitual y de alto riesgo entre los chicos. Existe un gradiente entre el dinero disponible y el consumo de cannabis de alto riesgo. Los datos justifican una intervención preventiva selectiva como la planificada en el proyecto REPTES.

Financiación: Estudio financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (Proyecto 20151070).

## 279. USO Y ABUSO DEL MÓVIL EN POBLACIÓN GENERAL Y SU RELACIÓN CON LOS RIESGOS PARA LA SALUD MENTAL

E.J. Pedrero-Pérez, B. Álvarez Crespo, M.T. Benítez-Robredo, N. Botella-Cañamares, Y. Quintana-Moreno, J.M. Díaz-Olalla

Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** En los últimos cinco años, el porcentaje de españoles con *smartphones* ha pasado del 41 al 81%. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2017 cerca del 90% de la población de 16 a 54 años en España usaba Internet habitualmente. Los grandes beneficios que aportan estas tecnologías se acompañan de importantes riesgos, entre ellos el del abuso. Se estudian las características de las personas que hacen un uso problemático del móvil y su posible asociación con la salud mental.

**Métodos:** La muestra se ha obtenido de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017. Se trata de una encuesta telefónica con muestreo aleatorio estratificado por distritos, grupo de edad y sexo, sobre el conjunto de personas residentes en la ciudad de Madrid. La muestra final fue de 6.744 personas de 15 a 64 años a las que se pasó la escala de Uso/abuso del Móvil del MULTICAGE-TIC (4 ítems) que permite clasificar la utilización del mismo en 4 categorías (uso no problemático, uso de riesgo, abuso y dependencia) y el GHQ-12 para estimar riesgo de mala salud mental.

**Resultados:** Un 92,4% utiliza habitualmente el móvil. De ellos, el 68% hace un uso no problemático; un 18,6% presenta un uso de riesgo y un 13,6% un uso problemático (abuso o dependencia). En el rango de edad de 15-29 años aparece la máxima prevalencia de problemas (26%), descendiendo al 15,5% entre los 30-44 años, al 5,3% entre 45-64. Hay una mayor prevalencia de uso problemático entre las mujeres de 15-29 años (28,6% vs 23,4% en hombres), pero no en el resto de grupos de edad. No aparecieron diferencias por nivel de estudios, ni por clase social o nivel de desarrollo del distrito de residencia. Las personas con uso problemático presentan mayor riesgo de padecer problemas de salud mental que el resto (32% vs 19,7%).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Más del 90% de la población utiliza este tipo de dispositivos y sus aplicaciones de forma habitual y un tercio de los usuarios hace un uso de riesgo o presenta patrones de abuso. El 13,6% de la población presenta problemas de excesivo uso de móviles, aunque el mayor porcentaje corresponde a los más jóvenes y decrece con la edad. No es posible saber si este descenso se debe a que realmente con la edad disminuyen las conductas de abuso o a que el grupo de 15-29 incluye a los nativos digitales que se encontraron ya con teléfonos móviles desde cortas edades, cuya evolución temporal aún no es posible conocer. La asociación de uso problemático con riesgos para la salud mental indica una relación directa, aunque no es posible determinar la dirección causal. Son necesarios más estudios para definir los patrones de uso de las nuevas tecnologías y establecer recomendaciones para evitar conductas que puedan repercutir negativamente en la salud, especialmente entre la población más joven.

## 760. FACTORES ASOCIADOS AL USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

M.G. García, V. Dávila-Batista, C. González-Donquiles, M. Morales Suárez-Varela, C. Ayán, A. Almaraz, R. Mateos, T. Fernández-Villa, GT. PI16/01947

GIIGAS, IBIOMED, Universidad de León; Universidad de Valencia; Universidad de Vigo; Universidad de Valladolid; Universidad de Salamanca; CIBERESP.

**Antecedentes/Objetivos:** El uso de las nuevas tecnologías de forma diaria, ha provocado cambios en nuestros estilos de vida y formas de socialización, y por ende en la aparición de diferentes problemas de salud, especialmente en gente joven. En el presente estudio se pretende analizar el uso problemático de internet (UPI) en estudiantes uni-

versitarios mediante dos cuestionarios (el Test de Adicción a Internet (TA) y un cuestionario adaptado (CA) a partir de los criterios diagnósticos de juego patológico del DMS-V), con el fin de evaluar la prevalencia de UPI y su asociación con posibles problemas de salud físicos o mentales u otros factores de riesgo.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. La población diana fueron todos los estudiantes de primer año y primera matrícula de grado de cualquier titulación impartida en las universidades participantes en el proyecto PI16/01947 en el curso académico 2017-2018 (Alicante, Castilla-La Mancha, Granada, Huelva, León, Salamanca, Valencia, Valladolid y Vigo). Mediante cuestionario online autocontestado se recogió información sobre aspectos sociodemográficos, estilos de vida y uso de nuevas tecnologías. El UPI fue evaluado mediante el TAD y el CA.

**Resultados:** En los 527 estudiantes participantes, se registró una prevalencia de UPI según el TAD y el CA del 9,68% y 8,16% respectivamente, no existiendo diferencias estadísticamente significativas por sexo en ninguno de los casos. Se obtuvo una correlación de 0,77 entre los dos cuestionarios. El UPI se asoció tanto con el TAD como con el CA, a riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (ORa = 2,91, p = 0,001 vs. ORa = 3,69, p = 0,001), riesgo de problemas de salud mental (ORa = 4,49, p < 0,001 vs. ORa = 5,47 p < 0,001), discriminación (ORa = 2,03, p = 0,028 vs. ORa = 3,62, p < 0,001) así como descanso insuficiente (ORa = 3,25, p < 0,001 vs. ORa = 2,89, p = 0,002). No se encontraron diferencias significativas con problemas de salud físicos, adicciones a drogas o disfunción familiar. El tiempo de conexión diario global o por motivos de ocio fue significativamente mayor en los individuos con UPI con respecto a los sujetos que hacen un uso normal de Internet, tanto con el TAD (general: 8,2 ± 4,4h/sem y ocio: 5,4 ± 3,4h/sem) como con el CA (general: 9,1 ± 5,2h/sem y ocio: 6,3 ± 4,5h/sem), no existiendo diferencias por motivos de trabajo o estudios.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia de UPI encontrada es baja con respecto a otros estudios realizados en población universitaria, encontrándose asociación con problemas psicológicos, falta de descanso y mayor tiempo de conexión en general o por ocio.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (FIS PI16/01947).

## 285. NUEVOS CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DEL USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

T. Fernández-Villa, J.M. Martínez-Sanz, A. Norte, L. Vilorio-Marqués, C. Amezcua, C. Liébana-Presa, P. Castellvi, E. Moraleda, GT. Proyecto FIS PI16/01947, et al

Grupo GIIGAS/IBIOMED-Universidad de León; Universidad de Alicante; Universidad de Granada; Grupo SALBIS-Universidad de León; Universidad de Jaén; Universidad de Huelva.

**Antecedentes/Objetivos:** El uso de Internet se ha incrementado considerablemente en los últimos años, teniendo actualmente una importante repercusión en la vida diaria y en los estilos de vida, especialmente en gente joven. La evolución en la disponibilidad de acceso a Internet, puede hacer que algunos ítems de los cuestionarios que evalúan uso problemático de Internet (UPI), como el Test de Adicción a Internet (TAI), puedan haber quedado obsoletos. El objetivo de este estudio fue crear un cuestionario breve de evaluación de UPI a partir de los criterios diagnósticos del DSM-V de juego online patológico y realizar una comparación con la puntuación obtenida en el TAI en estudiantes universitarios.

**Métodos:** Un cuestionario breve fue creado a partir de la versión española de los criterios diagnósticos de juego online patológico del DSM-V, con 9 ítems dicotómicos (puntuación de 0-9). La versión final fue consensuada mediante un grupo de expertos y estudiantes universitarios voluntarios para detectar problemas semánticos. La fiabilidad fue evaluada mediante dos mediciones realizadas a estudiantes voluntarios de las Universidades de León y Alicante, en un tiempo

mínimo de 7 días entre ambas. Se calcularon medidas de centralización y dispersión de las puntuaciones obtenidas, realizando pruebas de comparación con la versión española del TAI (20 ítems, puntuación de 0-100) mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson y test de Bland-Altman.

**Resultados:** Participaron un total de 30 alumnos (17% hombres y 83% mujeres, con una edad media de  $21,0 \pm 1,2$  años). El tiempo medio entre las dos mediciones fue de  $22,2 \pm 15,0$  días. Las puntuaciones de los nuevos criterios para UPI y del TAI en el test/re-test fueron  $1,5 \pm 1,5/1,2 \pm 1,4$  y  $19,8 \pm 12,5/18,1 \pm 11,8$  respectivamente. El análisis de Bland-Altman indicó una diferencia de medias no significativa de 0,23 (IC95%: -0,19-0,66;  $p = 0,636$ ). Se obtuvo una buena correlación entre las dos mediciones de los nuevos criterios para UPI ( $r = 0,707$ ;  $p = 0,000$ ), y las puntuaciones del TAI tanto en el test como en el retest ( $r = 0,613$  y  $r = 0,795$ ;  $p = 0,000$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Aunque los datos deben ser analizados con cautela, indican que los nuevos criterios creados para evaluar el UPI tienen una buena correlación con otros cuestionarios que evalúan la misma problemática, como es la versión española del TAD. La reducción considerable tanto en el número de ítems como en el tiempo de realización de la encuesta, podría favorecer su utilización como herramienta de evaluación de UPI en población universitaria.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (FIS PI16/01947).

Véase comunicación 1127 en la página 335.

## PÓSTERES

### CP24. Enfermedades raras/Doenças raras

Viernes, 14 de septiembre de 2018. 9:30-11:30  
Pantalla 1

Moderadora: Laura Reguero Rodríguez de Liébana

#### 129. SÍNDROME DE ANDRADE Y TRASPLANTE HEPÁTICO. REGISTRO DE ENFERMEDADES RARAS DE LES ILLES BALEARS (RERIB)

M. Cáffaro Rovira, F.J. Marí Marí

*Registro Poblacional de Enfermedades Raras de les Illes Balears (RERIB), Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Participación, Illes Balears; Informática RERIB, Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears.*

**Antecedentes/Objetivos:** El síndrome de Andrade o polineuropatía amiloidótica familiar (PAF) de herencia autosómica dominante se produce por una mutación del gen que codifica la proteína transtirretina (TTR) en el cromosoma 18. La clínica (parestesia, dolor o lesiones tróficas de los pies) se manifiesta en general en la edad adulta, a partir de 30 años. Es irreversible y progresiva. En estadios graves se produce una pérdida motora completa. El trasplante hepático es la opción terapéutica. El RERIB se nutre principalmente del conjunto mínimo de datos de altas hospitalarias (CMBD) donde el síndrome de Andrade se incluye en el código de Otras amiloidosis 277.39 (CIE-9). El objetivo es describir los pacientes con síndrome de Andrade en el RERIB, su evolución, trasplante hepático y prevalencia.

**Métodos:** Análisis descriptivo, evolución y prevalencia de pacientes con síndrome Andrade registrados en el RERIB en el periodo 2010-2015 en residentes de las Illes Balears. Se han revisado las historias

clínicas de los casos para validarlos y detectar si se les ha realizado trasplante hepático.

**Resultados:** Los pacientes registrados con síndrome de Andrade fueron 48, 65% hombres (31). Mediana de edad de 62 años. Todos nacidos en España y residentes en Mallorca el 98%. Se realizó trasplante hepático a 32 casos, el 67%, el 56% fueron hombres. La edad mediana del trasplante fue de 48 años, 41 años los hombres versus 51 en mujeres. El 71,9% (23) de los trasplantes se realizaron en hospitales de Barcelona. Fallecieron 12 de los pacientes registrados, 7 de ellos fueron trasplantados (el 22% de los trasplantados). El síndrome de Andrade fue la causa básica de defunción más frecuente. La tasa de prevalencia del síndrome de Andrade en el RERIB fue de 0,3 por 10.000, mayor en el sexo masculino, 0,4 por 10.000.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El CMBD es una buena fuente para detectar los casos más graves de Sd. de Andrade. Se precisa para el síndrome de Andrade la fuente de información de atención primaria. El trasplante hepático implica un buen pronóstico. En el RERIB el síndrome de Andrade tiene una prevalencia de 0,3 por 10.000.

#### 265. ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. REGISTRO DE ENFERMEDADES RARAS DE LES ILLES BALEARS (RERIB)

M. Cáffaro Rovira, J. Giménez Duran

*Registro Poblacional de Enfermedades Raras de les Illes Balears, Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Participación, Illes Balears; Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Participación, Illes Balears.*

**Antecedentes/Objetivos:** La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa producida por la muerte progresiva de las neuronas motoras, centrales y periféricas, causando debilidad muscular, atrofia y parálisis. El 90% son de causa desconocida y el 5-10% familiares con herencia autosómica dominante. La edad media de aparición de la ELA esporádica es de 60 años y predominio en el sexo masculino. Con una evolución progresiva de 2 a 6 años y supervivencia media de 1 a 3 años. En España se estima una prevalencia de 3-7 casos por 100.000 habitantes. El RERIB se nutre principalmente del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) código de la ELA 335.20 (CIE-9) y del Registro de mortalidad con código G12.2 (CIE10). El objetivo es describir los pacientes con ELA en el RERIB, su evolución y prevalencia.

**Métodos:** Análisis descriptivo, evolución y prevalencia de los enfermos registrados con ELA en el RERIB en el periodo 2010-2015 residentes en las Illes Balears. Para validar los casos registrados y analizar su evolución se revisaron las historias clínicas de los pacientes con ELA. La supervivencia se ha calculado con los años transcurridos desde la fecha del diagnóstico hasta la de defunción.

**Resultados:** Los pacientes registrados con ELA fueron 83, 61% hombres (51). La media de edad al diagnóstico fue de 65 años, mayor en mujeres (69 años) que en hombres (62 años). El 92% (76) nacidos en España y el 74% (57) residentes en Mallorca. Fallecieron 73 personas, 67 con causa básica de defunción ELA (G12.2), letalidad 80,7%, el 61% (41) hombres con una mediana de edad de 61 años (37-84) y las mujeres (26) de 76 años (55-90). La tasa de mortalidad es de 0,6 por  $10^4$ , mayor en hombres (0,7) que en mujeres (0,5). La supervivencia media tras el diagnóstico de ELA fue de 1,7 años (0-9), en hombres 1,6 años (0-9) y en mujeres de 0,8 (0-8). La tasa de prevalencia de ELA fue de 0,10 por  $10^4$ , mayor en hombres 0,13 versus 0,05 en mujeres.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El CMBD es buena fuente para detectar los casos de ELA. La consulta de las historias clínicas nos ha permitido validar los registros y analizar la supervivencia. La prevalencia y la supervivencia media a partir de los datos del RERIB nos sitúan dentro de los límites detectados en España siguiendo el patrón epidemiológico. La baja prevalencia se asocia, en parte, a la alta letalidad de la ELA. Continuar analizando la prevalencia y mortalidad de la ELA nos permitirá aplicar intervenciones en salud pública que mejoren la calidad de vida de los pacientes.

### 578. EVIDENCIA DE CAMBIOS EN LOS PATRONES DE LA MORTALIDAD POR SARCOIDOSIS EN EUROPA, 2003-2014

G. Arias-Merino, G. Sánchez-Díaz, A. Villaverde-Hueso, M. Posada de la Paz, V. Alonso- Ferreira

*Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER); Instituto de Salud Carlos III (ISCIII); Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER).*

**Antecedentes/Objetivos:** La Sarcoidosis es un trastorno multisistémico de etiología desconocida caracterizada por la formación de granulomas inmunes en diferentes órganos, principalmente el pulmón y el sistema linfático. Es más frecuente en adultos jóvenes y en particular en mujeres. El objetivo de este estudio es realizar un estudio comparativo de la mortalidad en Europa, analizando las tendencias de mortalidad y la variabilidad geográfica del riesgo de muerte.

**Métodos:** Las muertes asociadas a sarcoidosis (código D86 según la CIE 10) se extrajeron de la base de datos de la WHO Europea. Se incluyeron a los países con datos consecutivos para el periodo 2003-2014. Las tasas de mortalidad ajustadas por edad (TAE) se estandarizaron con la población europea. Las tendencias se evaluaron mediante el análisis de regresión *joinpoint*. Además, se calculó la razón de mortalidad estandarizada (RME) por país, para valorar la variabilidad geográfica.

**Resultados:** Se identificaron 8.008 defunciones (44% hombres, 56% mujeres) entre 2003 y 2014, siendo la tasa de mortalidad general europea de  $0,97 \times 1.000.000$  habitantes IC95% (0,89-1,05). La TEA europea en hombres fue  $1,00 \times 1.000.000$  IC95% (0,89-1,12) y en mujeres  $0,92 \times 1.000.000$  habitantes IC95% (0,82-1,02). Se observó incremento en la mortalidad en hombres del 2,65% anual ( $p < 0,05$ ), pasando de  $0,88 \times 1.000.000$  en 2003 a  $1,01 \times 1.000.000$  en 2014, en las mujeres esta tasa no presentó cambios. También se observaron tendencias crecientes en República Checa, Alemania, Países Bajos y Reino Unido en ambos sexos. Estos países, además de España, presentaron tendencias crecientes de mortalidad en hombres. En mujeres únicamente hubo aumento de la mortalidad en República Checa y descenso en Suiza. En cuanto a la variabilidad geográfica, Dinamarca, Noruega, Suecia, Finlandia, Luxemburgo y Reino Unido, presentaron un mayor riesgo de mortalidad por Sarcoidosis del esperado para Europa (RMEs  $> 1,80$ ). Suiza, Austria, Países Bajos, Alemania y Francia presentan RMEs entre 1,03 y 1,50. Los riesgos de mortalidad son significativamente inferiores a los esperados para Europa en los países europeos situados este y sur europeo (RMEs  $< 1,00$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La mortalidad en hombres por Sarcoidosis ha aumentado en Europa entre el 2003 al 2014, mientras que la mortalidad en mujeres se ha mantenido estable. Los riesgos de mortalidad son altos en los países nórdicos, RU y el oeste europeo, el riesgo es inferior al sur y este europeo. Serán necesarios nuevos estudios para profundizar en estos cambios evidenciados por sexo y los patrones geográficos.

### 753. PREVALENCIA DE ARTROGRIPOSIS MÚLTIPLE CONGÉNITA Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

M.F. Domínguez-Berjón, A.C. Zoni, M.D. Esteban-Vasallo, L.M. Blanco-Ancos

*Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La artrogriposis múltiple congénita (AMC) es una enfermedad poco frecuente que incluye un grupo de trastornos que cursan con contracturas articulares múltiples no progresivas, que en ocasiones requiere tratamiento quirúrgico. Los objetivos fueron estimar la prevalencia de AMC en la Comunidad de Madrid (CM) y describir las características de las personas que preci-

saron cirugía ortopédica y de los procedimientos quirúrgicos a los que se sometieron.

**Métodos:** Población de estudio: casos de AMC residentes en la CM en 2016. Fuentes de información: Sistema de Información de Enfermedades Raras de la CM (SIERMA), Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de altas hospitalarias de 2003 a 2015 y padrón de habitantes a 1 de julio de 2016. Análisis: Cálculo de prevalencias en 2016 con intervalos de confianza (IC95%) y análisis descriptivo por sexo, edad y de características relacionadas con la cirugía (edad en el momento de la cirugía, número de intervenciones, días de estancia hospitalaria y localización anatómica -extremidades superiores, extremidades inferiores, columna vertebral y cadera-). Para la comparación de proporciones se utilizó la prueba de ji-cuadrado.

**Resultados:** En el SIERMA constan 140 casos de AMC prevalentes en 2016 (tasa de prevalencia 2,2 por 100.000, IC95%: 1,8-2,5), con una distribución similar por sexo (2,3 por 100.000 en hombres y 2,0 en mujeres). Un 39,3% eran menores de 18 años (tasa de prevalencia 4,6 por 100.000, IC95%: 3,5-5,9), y 60,7% de 18 o más años (1,6 por 100.000, IC95%: 1,3-2,0). De 2003 a 2015 se registraron 104 altas por cirugía ortopédica correspondientes a 48 personas con AMC. El 51,9% de las altas correspondían a hombres y el 84,6% a menores de 18 años (rango de edad de 2 meses a 48 años). La localización anatómica más frecuente de la cirugía fue en miembros inferiores (61,5%) y miembros superiores (22,1%). La cirugía de miembros superiores fue más frecuente en hombres (19 cirugías vs 4, p-valor = 0,001, correspondientes a 8 hombres y 3 mujeres). Considerando la cohorte de personas con AMC nacidas de 2003 a 2009, y analizando las cirugías en los primeros 6 años de vida, para el 37,5% de ellas hay registrada alguna cirugía para ese periodo. De ellas, el 33,3% tuvo la primera cirugía antes de cumplir 2 años y la media de intervenciones por persona fue 2. La estancia media fue de 4 días (rango de 0 a 24 días).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia de AMC es similar por sexo. La menor prevalencia observada en adultos puede deberse a una infradetección de casos. El tratamiento quirúrgico se realizó sobre todo en la infancia y aproximadamente un tercio de los pacientes requirió cirugía ortopédica en los primeros 6 años de vida. La localización más frecuente de la cirugía fue en miembros inferiores.

Financiación: Parcial: MSSSI (Distribución de fondos a CCAA)

### 783. EPIDEMIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE WILLIAMS EN LA COMUNIDAD DE MADRID A PARTIR DE UN REGISTRO POBLACIONAL DE ENFERMEDADES RARAS (SIERMA)

A.C. Zoni, M.F. Domínguez-Berjón, M.D. Esteban-Vasallo, L. Velázquez-Buendía, L.M. Blanco-Ancos

*Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** El síndrome de Williams (SW) es un trastorno genético del desarrollo que asocia malformaciones cardíacas en el 75% de los casos, junto a otras patologías. Como en otras enfermedades raras (ER), la información epidemiológica es escasa y su codificación es inespecífica en las fuentes de información habituales. El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de altas hospitalarias lo incluye en el código 759,89 (otras anomalías especificadas) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE9-MC). Los objetivos son: 1) Describir la estrategia de detección de los casos con SW del Sistema de Información de ER de la Comunidad de Madrid (CM; SIERMA) 2) Estimar la prevalencia del SW en la CM 3) describir las características clínicas y demográficas de los casos.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal de base poblacional. Las fuentes de detección que aportan casos con SW al SIERMA son el CMBD y la historia clínica electrónica de atención primaria (HCEAP). Se revisaron las historias clínicas para confirmar el diagnóstico. Se

estimó la prevalencia para el año 2015 y sus intervalos de confianza (IC95%), utilizando de denominador el padrón de habitantes a 1 de julio de 2015. Se describieron los casos por fuente, sexo y edad, y se analizó la presencia de otros diagnósticos que constan en el SIERMA (de acuerdo con el listado de códigos CIE9-MC del grupo Spain-RDR).

**Resultados:** Se identificaron un total de 94 casos confirmados y uno probable, la mayoría mediante la HCEAP exclusivamente (67,1%), un 8,0% del CMBD y un 24,9% en ambas fuentes. La prevalencia global fue de  $1,44 \times 100.000$  habitantes (IC95% = 1,17-1,76), 1,78 (IC95% = 1,37-2,35) en hombres y 1,13 (IC95% = 0,82-1,55) en mujeres. La prevalencia en menores de 18 años fue de 4,45 (IC95% = 3,40-5,82). El 60,0% eran hombres y la edad mediana fue de 14 años (rango de edad de 1 a 69 años). En el 42,4% se identificó otro diagnóstico en SIERMA. Los más frecuentes fueron malformaciones congénitas cardíacas (34,7%), con una mediana de 2 por persona (rango de 0 a 5). La mayoría afectaron a la arteria/válvula pulmonar, seguida de la aorta y de otras anomalías cardíacas. Tres casos tuvieron también trastornos de la conducción y disritmias cardíacas.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La mayoría de los casos con SW se identificaron mediante la HCEAP. La prevalencia es similar por sexo y mayor en menores de 18 años. Las malformaciones congénitas cardíacas identificadas a través del SIERMA fueron el diagnóstico asociado más frecuente, pero su frecuencia fue menor a la descrita en la literatura científica.

Financiación: Parcial: MSSSI (distribución de fondos a CCAA).

## 815. EPIDEMIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET EN NAVARRA

E. Vicente, M.J. Lasanta, P. Fanlo, G. Ezpeleta, M. Sarobe-Carricas, M.A. Nuin-Villanueva, C. Agudo-Pascual, A. Martín-Hernández, E. Ardanaz

*Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra; Dirección General de Salud del Gobierno de Navarra; Complejo Hospitalario de Navarra; Gerencia de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O); Subdirección de Farmacia del SNS-O; CIBERESP; Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdISNA).*

**Antecedentes/Objetivos:** La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis de vaso variable multisistémica, crónica y recidivante, caracterizada por lesiones mucocutáneas y manifestaciones articulares, vasculares, intestinales, oculares y del sistema nervioso central. Es considerada enfermedad rara (ER) por tener una prevalencia < 5 casos/10.000 habitantes. El Registro Poblacional de ER de Navarra (RERNA) recoge casos notificados por Servicios de Atención Especializada Hospitalaria (SAEH) y/o identificados por: diagnósticos al alta hospitalaria (CMBD), Atención Primaria (AP), partes de incapacidad temporal (RITA), Registro de Mortalidad (RM). El objetivo es estimar la prevalencia de EB en Navarra validando los sistemas de información sanitaria (SIS) disponibles.

**Métodos:** Se seleccionaron los casos prevalentes en 2000-2015 codificados como EB (136.1 de CIE9MC en CMBD y RITA, M35.2 de CIE10 en RM, término "Behçet" en AP) y los notificados por la Unidad de Enfermedades Autoinmunes (UEA). Se revisaron sus historias clínicas, se calculó el valor predictivo positivo (VPP) y la sensibilidad máxima de los SIS. Se estimó la prevalencia de EB en Navarra y se analizó el tratamiento farmacológico de las personas afectadas.

**Resultados:** RERNA identifica 98 casos sospechosos de EB: 68 se confirman (61% mujeres), 16 son probables o dudosos y 14 se descartan. El 45% de los confirmados se detectan en un único SIS: 10 CMBD, 16 AP, 1 RITA, 4 UEA. Los valores de VPP y sensibilidad máxima estimados son: 69-92% y 53% para CMBD; 75-85% y 68% para AP; 89-94% y 24% para RITA. RM no registra ningún caso y la UEA notifica 20 de los prevalentes (31%), el resto son seguidos por consultas generales de Medicina Interna y/o Reumatología. A 1/1/2016, la prevalencia estimada de EB en Navarra es de 10-11 casos/100.000 habitantes. Farmacia

Hospitalaria y de AP detallan que, de los 65 casos confirmados prevalentes, 41 siguen al menos un tratamiento sistémico (63%) y 20 de ellos más de uno (colchicina, inmunomoduladores, tratamientos biológicos y/o corticoides); 11 no tienen ninguna prescripción farmacéutica activa (17%) y 13 sólo tratamientos sintomáticos (cutáneos, oculares, de dolor, psicofármacos, etc.).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La búsqueda activa de casos en todos los SIS posibles es fundamental para que los registros de ER cuantifiquen adecuadamente este tipo de enfermedades. La colaboración de los registros de ER con los SAEH es muy enriquecedora ya que los casos seguidos sólo en consultas de ese tipo son difíciles de detectar a través de los SIS.

## 882. EL SÍNDROME DE DOWN EN MENORES DE UN AÑO EN LA COMUNITAT VALENCIANA

C. Cavero, I. Canet, S. Moreno, L. Páramo, O. Zurriaga

*Unidad Mixta de Investigación en Enfermedades Raras, FISABIO-UVEG.*

**Antecedentes/Objetivos:** El síndrome de Down (SD) es una anomalía cromosómica caracterizada por la presencia de una tercera copia del cromosoma 21. Aunque no es una anomalía congénita (AC) rara, la prevalencia en la población general ha disminuido significativamente como consecuencia de las pruebas prenatales de rutina. El objetivo fue describir la tendencia temporal y distribución del SD en la Comunitat Valenciana (CV), en menores de un año, durante el periodo 2007-2015.

**Métodos:** La identificación de los casos se realizó a través del Registro Poblacional de AC de la CV (RPAC-CV). Este registro obtiene información del Conjunto Mínimo Básico de Datos, del Registro de Mortalidad Perinatal y del Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) como fuentes primarias y del Registro de Metabolopatías como fuente complementaria. La confirmación de los casos se realizó a través de la revisión de la documentación clínica disponible. Se seleccionaron los pacientes del RPAC-CV con SD (Códigos Q90-Q90.9 de la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades) entre 2007-2015. Se calculó la prevalencia por 10.000 nacidos del SD con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) y se describió su evolución temporal y sus características sociodemográficas y clínicas.

**Resultados:** Se identificaron 1.086 pacientes (16,5% niños, 11,7% niñas y 71,8% no consta) con SD, representando el 67,4% de las AC cromosómicas. La prevalencia global del SD fue de 24,3 por 10.000 nacidos (IC95%: 22,9-25,8). Durante el periodo de estudio, se observó una tendencia en aumento en la prevalencia, produciéndose un aumento estadísticamente significativo en el año 2013 (32,2 por 10.000 nacidos (IC95%: 27,1-37,9)) que se mantuvo en los años posteriores. El 72,0% de afectados fueron IVE, el 27,3% nacidos vivos, el 0,6% nacidos muertos y el 0,1 abortos espontáneos. La prevalencia en nacidos vivos fue 6,7 (IC95%: 5,9-7,5) y en IVE fue 17,5 (16,3-18,8), identificándose en esta última una tendencia en aumento durante el periodo de estudio. El 78,8% de los casos fueron diagnosticados prenatalmente. El 4,7% de los nacidos vivos fallecieron durante el primer año de vida. El 24,2% de los casos tenían otra AC asociada al SD. El 64,1% de las madres de niños con SD tenían más de 34 años y el grupo con edades entre 35 y 39 años fue el más frecuente (41,2%).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia obtenida en la CV fue similar a la de EUROCAT (Red europea de registros poblacionales para la vigilancia epidemiológica de las AC) 23,4/10.000 nacidos (IC95%: 23,0-23,8) durante el mismo periodo. EUROCAT también identifica la diferencia entre la prevalencia en nacidos vivos (10,1 (IC95%: 9,9-10,3)) e IVE (12,8 (IC95%: 12,5-13,0)) y la tendencia en aumento de esta última observada en este estudio. Esta comparación ha sido posible al seguir el RPAC-CV la metodología que establece EUROCAT.

## 1186. VALIDACIÓN DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS AL ALTA HOSPITALARIA COMO FUENTE DE DETECCIÓN DE CASOS DE Distrofia Miotónica DE STEINERT

E. Vicente, I. Pagola-Lorz, L. Torné, M. Artigas, I. Elizalde-Beiras, J. Delfrade-Osinaga, E. Ardanaz, I. Jericó

*Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra; Complejo Hospitalario de Navarra; CIBERESP; Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA).*

**Antecedentes/Objetivos:** La distrofia miotónica de Steinert (DM1) es una enfermedad multisistémica autosómica dominante con una amplia variabilidad fenotípica que incluye debilidad muscular, miotonia y afectación extra-muscular: ocular, endocrina, cardíaca, respiratoria, digestiva y del sistema nervioso central. Su prevalencia estimada en Europa está entre 1/8.000 y 1/20.000. Aunque no existe tratamiento curativo, las personas afectadas pueden beneficiarse de una estrecha monitorización de posibles complicaciones y de un consejo genético eficaz. El Registro Poblacional de Enfermedades Raras de Navarra (RERNA) recoge casos notificados por Servicios de Atención Especializada y/o identificados en Sistemas de Información Sanitarios (SIS) como el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria. El objetivo es validar el CMBD como fuente de detección de casos de DM1 para el RERNA.

**Métodos:** Se seleccionan del CMBD los pacientes que, entre sus diagnósticos (principal o secundarios) al alta, presentan el código de CIE9MC 359.2 (trastornos miotónicos) en 2000-2009; o el 359.21 (distrofia muscular miotónica) en 2010-2015. Se contrastan con los casos notificados por la Consulta de Enfermedades Neuromusculares (CEN) y/o detectados en otros SIS y se revisan sus variables clínicas. Se estima el valor predictivo positivo (VPP) y la sensibilidad máxima del CMBD.

**Resultados:** El CMBD de 2000-2015 registra 194 casos con los códigos diagnósticos escogidos (101 con 359.21): 186 se confirman como DM1, 6 se descartan y para 2 no se encuentra información clínica suficiente. El VPP del CMBD para DM1 es del 96-97% (y del 100% con el código específico). El RERNA recoge un total de 332 DM1 (85 fallecen en 2000-2015), detectándose 46 sólo por la CEN (14%), que identifica 138 casos desde 2007 (41,5%). Así, a 1/1/2016 se estima una prevalencia de DM1 en Navarra de 38 casos por cada 100.000 habitantes (50% mujeres).

**Conclusiones/Recomendaciones:** El CMBD tiene un VPP muy alto para DM1, alcanzando el 100% desde que en 2010 se introduce un código específico en la CIE9MC. La sensibilidad del CMBD para DM1 es intermedia, por lo que resulta fundamental la utilización de otras fuentes de información que permitan maximizar la detección de casos y estimar la prevalencia adecuadamente. La aportación de la CEN al RERNA es muy importante ya que, en sólo la mitad del período, identifica más de un 40% de los casos totales y rescata un 14% de DM1 no detectadas en otros SIS. La prevalencia estimada en Navarra de DM1 es muy elevada si se compara con las descritas en Europa.

Financiación: Departamento de Salud de Gobierno de Navarra y Fondo Europeo de Desarrollo Regional (proyectos 2017).

## 612. IMPACTO DO DIAGNOSTICO PRÉ-NATAL NO RESULTADO DA GESTAÇÃO COM ANOMALIA CONGÉNITA ENTRE 1997 E 2016

P. Braz, A. Machado, C. Matias Dias

*Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa.*

**Antecedentes/Objetivos:** O diagnóstico pré-natal compreende uma variedade de procedimentos destinados a determinar o bem-

estar fetal e identificar condições que possam aumentar o risco de desfecho negativo na gravidez. Esta medida preventiva permite i) o diagnóstico atempado de patologia para programar tratamento; ii) que os pais se preparem para o nascimento de uma criança com anomalias; iii) dar a opção de continuar ou não com a gravidez. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do DPN em Portugal nas gravidezes com anomalia congénita (AC).

**Métodos:** Realizou-se um estudo transversal usando dados de casos notificados ao Registo Nacional de Anomalias Congénitas (RENAC). A análise foi restrita a AC que são potencialmente detetáveis na fase pré-natal e notificadas no período entre 1997 e 2016. O resultado de interesse foi o resultado da gravidez considerando-se as seguintes categorias: nado vivo, interrupção médica da gravidez (IMG) e óbito (incluindo morte fetal, nado-morto e óbito até 30 dias após o nascimento). O efeito do DPN sobre o desfecho (óbito versus nascimento vivo) foi estimado usando um modelo de regressão tendo como variável dependente o resultado da gestação e independentes o ano, a idade materna e a presença de múltiplas anomalias.

**Resultados:** Análise efetuada com base em 13.566 casos notificados ao RENAC com pelo menos uma AC. De entres estes, 73,3% eram nados vivos (n = 9.626), 23,5% eram IMG (n = 3.083) e 3,2% eram mortes fetais (n = 424). O DPN foi realizado em 56,1% (n = 7.605) dos casos, sendo detetada uma AC antes das 14 semanas de gestação em 19,1% de todos os casos, seguida de 48,1% com diagnóstico entre as 14 e as 23 semanas e 32,8% com 24 ou mais semanas de gestação. Ao comparar casos com DPN com casos sem DPN, a IMG foi a opção escolhida em 40,3% de todos os casos diagnosticados na fase pré-natal. Após ajustar para confundimento, o ano, a idade materna, a presença de múltiplas anomalias e ter realizado DPN foi associado a pior prognóstico e aumentou o risco de a gravidez terminar na morte fetal (OR = 2,56; IC95% 2,06-3,18).

**Conclusões/Recomendações:** Observa-se uma relação estatisticamente significativa entre a proporção de interrupções médicas da gravidez após o diagnóstico pré-natal de AC graves. Resultados semelhantes foram relatados por outros autores e podem revelar que um mau prognóstico a longo prazo tem um impacto significativo na decisão dos pais. Devido ao impacto do diagnóstico pré-natal e ao aumento da taxa de IMG, a diminuição na prevalência de nados vivos afetados com AC grave pode ser observada em estudos futuros.

## CP25. Lesiones por causas externas/ Lesões por causas externas

Viernes, 14 de septiembre de 2018. 9:30-11:30  
Pantalla 2

### 31. ÓBITOS POR ACIDENTES DE TRÂNSITO DE IDOSOS RESIDENTES NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL, NO PERÍODO DE 2011-2015

M.C. Barros e Silva dos Reis, M.L. Cunha de Oliveira, C. Barros e Silva dos Reis

*Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS; Polícia Civil do Distrito Federal.*

**Antecedentes/Objetivos:** Descrever o perfil da mortalidade por acidentes de trânsito de idosos residentes no Distrito Federal (DF), Brasil, no período de 2011-2015.

**Métodos:** Estudo analítico observacional transversal, com dados obtidos de laudos cadavéricos do Instituto de Medicina Legal (IML) do DF e de Ocorrências Policiais. A análise de dados foi feita por meio de

estatística descritiva, com investigação de associações entre variáveis por meio do teste estatístico qui-quadrado.

**Resultados:** Dentre os óbitos por acidentes de transporte terrestre no período e local do estudo, foram registrados 249 casos de vítimas fatais idosos, havendo predominância de homens (71,8%), na faixa etária de 60 a 69 anos (45%), casados (44,2%), com ingestão prévia de álcool em 13,3% dos casos. Houve maior frequência de eventos às segundas-feiras (17,3%), no período matutino (33,3%), e durante o mês de agosto (11,2%). O atropelamento foi o evento mais observado, atingindo a porcentagem de 39% por carros e 12,9% por motocicletas. Os traumas em idosos ciclistas foram exclusivamente masculinos (10,4% do total de acidentes), e os idosos ocupantes de automóveis foram vítimas de colisões com outros carros ou caminhonetes em 12% dos acidentes de trânsito. Observou-se associação do estado civil com o sexo e da faixa etária com o sexo, nos acidentes de trânsito fatais de idosos.

**Conclusões/Recomendações:** Baseando-se no perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito em idosos e frente à perspectiva de aumento populacional daquele grupo etário, evidencia-se a necessidade de melhoria das vias e da sinalização, fiscalização e educação no trânsito, com a finalidade de reduzir a mortalidade da população mais vulnerável.

### 33. SUICÍDIO DE IDOSOS RESIDENTES NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL, NO PERÍODO DE 2011-2015

M.C. Barros e Silva dos Reis, M.L. Cunha de Oliveira, C. Barros e Silva dos Reis

*Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS; Polícia Civil do Distrito Federal.*

**Antecedentes/Objetivos:** Descrever o perfil da mortalidade por suicídio de idosos residentes no Distrito Federal (DF), Brasil, no período de 2011-2015.

**Métodos:** Estudo analítico observacional transversal, com dados obtidos de laudos cadavéricos do Instituto de Medicina Legal (IML) do DF e de Ocorrências Policiais. A análise de dados foi feita por meio de estatística descritiva.

**Resultados:** Ocorreram 671 óbitos de idosos por causas externas no período. Dentre esses, 62 (9,2%) foram decorrentes de suicídios, sobretudo na faixa etária de 60 a 69 anos (54,8%), no sexo masculino (80,6%), casados (40,3%), e o enforcamento foi o principal meio (51,6%). A maioria dos casos aconteceu em residências (85,5%), no período da manhã (45,2%), aos domingos no grupo masculino (18%) e às quintas-feiras no sexo feminino (25%). O mês de setembro se destacou, principalmente entre os homens (18%). A alcoolemia foi positiva em 22% do total de homens. O exame toxicológico foi negativo em 95,5% dos exames realizados. A depressão foi relatada em 54% de 50 casos que possuíam informações disponíveis.

**Conclusões/Recomendações:** O Distrito Federal apresenta crescimento das taxas de suicídio, sobretudo de homens idosos, sendo necessário conhecer as características dos grupos vulneráveis e dos eventos, para que as estratégias do enfrentamento do suicídio sejam efetivas.

### 34. MORTALIDADE POR QUEDAS DE IDOSOS RESIDENTES NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL, NO PERÍODO DE 2011-2015

M.L. Cunha de Oliveira, M.C. Barros e Silva dos Reis, C. Barros e Silva dos Reis

*Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS; Polícia Civil do Distrito Federal.*

**Antecedentes/Objetivos:** Descrever o perfil da mortalidade por queda não intencional de idosos residentes no Distrito Federal (DF), Brasil, no período de 2011-2015.

**Métodos:** Estudo analítico observacional transversal, com dados obtidos de laudos cadavéricos do Instituto de Medicina Legal (IML) do DF e de Ocorrências Policiais. A análise de dados foi feita por meio de estatística descritiva, com investigação de associações entre variáveis por meio do teste estatístico qui-quadrado.

**Resultados:** As quedas representaram 38,7% de 529 acidentes ocorridos no período do estudo, com maior frequência no grupo etário de 80 a 89 anos (34,6%), do sexo masculino (19,5%), viúvos (37,6%) e casados (34,6%), sendo este último grupo com predominância masculina. A maior parte das quedas ocorreu na residência (72,2%) durante o mês de agosto (11,7%), e cerca de um terço dos casos foi observado no período da tarde (33,2%, n = 68). A pesquisa da ingestão de álcool e substâncias entorpecentes foi realizada em poucos casos, devido ao elevado percentual de hospitalizações (92,2%). As quedas provocadas por escorregão, tropeção ou passos em falsos representaram 73,7% dos casos. Houve associação entre estado civil e sexo no grupo estudado.

**Conclusões/Recomendações:** Apesar da complexidade envolvida na gênese das quedas em idosos, conhecer suas características contribuem para a adoção de medidas específicas para a prevenção da mortalidade nessa população.

### 91. FACTORES ASOCIADOS A LAS VARIACIONES GEOGRÁFICAS DEL HOMICIDIO JUVENIL POR ARMAS DE FUEGO EN MÉXICO

G.J. González-Pérez, M.G. Vega-López

*Universidad de Guadalajara, México.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los homicidios, sobre todo los cometidos con armas de fuego (AF), se han convertido en la principal causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años en México. Dado que su comportamiento no parece ser homogéneo a nivel nacional, este estudio busca estimar las tasas de homicidio juvenil por AF, por sexo y estado para el bienio 2014-2015 así como identificar factores socioeconómicos que puedan explicar las variaciones interestatales en este indicador en dicho bienio.

**Métodos:** Este es un estudio observacional, de carácter transversal y descriptivo, basado en fuentes oficiales de información, aunque también -en lo relativo al análisis a nivel estatal- es un estudio ecológico. Los homicidios por AF se clasificaron de acuerdo con la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (X93-Y95); se calcularon tasas para los grupos de edad 15-19, 20-24 y 25-29 años, por sexo y estado, en el bienio 2014-2015. Mediante un análisis de regresión lineal múltiple (método paso a paso) se identificaron aquellos factores socioeconómicos que mejor explicaron las variaciones interestatales de las tasas de homicidio por AF en los diferentes grupos etarios analizados.

**Resultados:** En el bienio 2014-2015 casi 10.000 jóvenes entre 15 y 29 años fallecieron víctimas de homicidio por AF, de los cuales el 92% fueron hombres. Las tasas de homicidio masculino por AF fueron muy elevadas en estados como Guerrero, Chihuahua y Sinaloa, en especial en el grupo de 25 a 29 años (con cifras superiores a 120,0 por 100.000); entre las mujeres, las tasas en los estados de Guerrero y Chihuahua fueron las más altas, incluso por encima de las tasas masculinas en varios estados. La presencia del narcotráfico, la percepción de inseguridad de la población, la mayor proporción de armas de fuego confiscadas y la alta proporción de jóvenes que ni estudian ni trabajan fueron factores asociados a las altas tasas de homicidio por AF en ambos sexos a nivel estatal.

**Conclusiones/Recomendaciones:** En tanto los homicidios -y en particular los cometidos con AF- son en la actualidad la principal causa de muerte entre los jóvenes mexicanos, deben ser reconocidos no solo como un problema social sino como un problema de salud pública que reclama especial atención; para lograr la reducción de las tasas entre 15 y 29 años, sería necesario diseñar y poner en práctica políticas preventivas -de carácter intersectorial e interdisciplinario- que

tengan en cuenta la existencia de contextos explicativos diferentes a nivel regional así como una perspectiva de género que permita encajar adecuadamente las acciones a seguir en este campo.

## 710. AFOGAMENTOS EM PRAIAS PORTUGUESAS DE 2008 A 2015

M. Arriaga, A. Silva, O. Marques, F. Mata, R. Horgan, J. Larangeira, J. Filipe

*Direção-Geral da Saúde; Instituto de Socorros a Náufragos.*

**Antecedentes/Objetivos:** O afogamento é um crucial, multisectorial e evitável problema de saúde pública. Nos últimos anos, em Portugal, este fenómeno tem sido objeto de particular atenção no sentido de promover ações que contribuam para prevenir mortes evitáveis. Este estudo visa examinar a carga e os fatores de risco para o afogamento em Portugal entre 2008 e 2015.

**Métodos:** A informação foi recolhida com base em 2 bases de dados da Direção-Geral da Saúde, Saúde Pública (códigos ICD, afogamento accidental de não-transporte e submersão W65-W74) e da Autoridade Marítima Nacional. A base de dados de Saúde Pública permitiu uma visão nacional geral para os afogamentos e submersões acidentais de não-transporte, sendo os dados da Autoridade Marítima Nacional utilizados para os afogamentos nas praias.

**Resultados:** Entre 2008 e 2015 houve uma média de 69 óbitos/ano (ICD W65-W74). No que se refere ao número de mortes por afogamento em praias dentro deste período, 74% (n = 73) ocorreram em praias não protegidas com uma média de 9,1 mortes por ano. Em praias protegidas, a média foi de 3,3 mortes por afogamento por ano (dados do Instituto de Socorros a Náufragos). No mesmo período, houve um aumento de 5% no número de salva-vidas, com uma média de 698 resgates por ano. Concomitantemente foram desenvolvidas 697 ações de comunicação com o objetivo de prevenir o afogamento.

**Conclusões/Recomendações:** As mortes por afogamento nas praias portuguesas ocorrem, em larga maioria, em praias não vigiadas. Assim, torna-se importante que as ações de comunicação desenvolvidas incidam sobre a sensibilização da população, tornando-se relevantes campanhas de comunicação específicas para esta população-alvo.

## CP26. Estilos de vida y salud comunitaria/ Estilos de vida e saúde da comunidade

Viernes, 14 de septiembre de 2018. 9:30-11:30  
Pantalla 3

*Moderadora: Ana Lúcia Nunes Henriques*

### 1193. IDENTIFICANDO ACTIVOS EN SALUD COMO OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN

A. Tobarra, D. Aviño, R. Cofiño, A. Laguna, A. Morgan, M. Martín, J.R. Martínez-Riera, J. Olcina, J.J. Paredes-Carbonell

*Grupo de Investigación en Salud Pública en la Universidad de Alicante; Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia; FISABIO (Fundació per al Foment de la Investigació Biomèdica i Sanitària); Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de Asturias; Glasgow Caledonian University; Departamento de Análisis Geográfico Regional y Geografía Física, Universidad de Alicante.*

**Antecedentes/Objetivos:** En 1987 se inició por la OMS el Proyecto Ciudades Saludables, un año después la Declaración de Adelaida desarrolló el enfoque de salud en todas las políticas. Morgan y Ziglio en 2007 propusieron el modelo de activos para la salud. El objetivo es identificar el activo para la salud con mayor concordancia según la ciudadanía, profesionales y responsables de política local, en cuatro distritos de Alicante con diferente nivel socioeconómico (NSE).

**Métodos:** Estudio transversal cualitativo-cuantitativo mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales entre 2014 y 2016 en ciudadanía, profesionales y responsables de política local, en cuatro barrios de Alicante con diferente NSE. Se aplicó metodología de bola de nieve para identificar informantes clave. Se han adaptado las clasificaciones de activos de Mcknight y la Asociación Internacional para el Desarrollo Comunitario a los resultados obtenidos. Se clasifican los activos en salud en 5 categorías y 43 subcategorías. Se analizaron concordancias entre los colectivos entrevistados y barrios, utilizando SPSS v17 para el análisis estadístico.

**Resultados:** Se entrevistó a 252 personas, 54% mujeres, 143 personas de la ciudadanía, 95 profesionales y 14 responsables de política local. Se identificaron 2.446 activos coincidentes en todos los colectivos y barrios. Principalmente los activos para la salud más identificados en todos los colectivos y barrios son los espacios públicos de relación (EPR) en el barrio (269 coincidencias, 56,3%). El barrio con NSE medio (58,7%) y Centro Histórico (58,2%) valoran mejor los EPR que el barrio con NSE bajo (53,1%). La ciudadanía (58%) valora más los EPR que los profesionales (54%) y responsables de política local (56%).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los espacios públicos de relación del barrio, son los activos para la salud mejor valorados por la ciudadanía, profesionales y responsables de política local, en todos los barrios independientemente el nivel socioeconómico; pueden ser útiles para la dinamización de activos.

**Financiación:** Esta investigación se ha llevado a cabo con el apoyo financiero por el Fondo de Investigación Sanitaria FEDER, FIS P113/02410 (2013-2016).

### 172. A INFLUÊNCIA DO CAPITAL SOCIAL CONTEXTUAL NA ATIVIDADE FÍSICA DE LAZER NO BRASIL

D.E. Rodrigues, C.C. César, I. Kawachi, C.C. Xavier, W.T. Caiaffa, F.A. Proietti

*Instituto de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz; Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento, Universidade de Harvard; Faculdade da Saúde e Ecologia Humana; Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.*

**Antecedentes/Objetivos:** As abordagens para promoção da atividade física com foco no ambiente estão emergindo em resposta a falhas nas intervenções focadas apenas nos indivíduos. Este estudo tem como objetivo explorar a relação entre capital social contextual e atividade física de lazer em uma amostra populacional adulta no Brasil. Investigaremos simultaneamente os efeitos da idade, gênero, educação, posição socioeconômica, violência e percepção de locais adequados para realizar atividades físicas na vizinhança.

**Métodos:** Utilizamos a análise de equação de estimativa generalizada para avaliar um estudo transversal de 3677 adultos residentes em 149 setores censitários de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais. A atividade física auto-referida foi avaliada por meio da seção tempo de lazer da versão longa do questionário internacional de atividade física. O capital social foi avaliado através de escalas geradas por análise fatorial que mensuraram a eficácia coletiva e a coesão social na vizinhança (definida pelos setores censitários). A consistência interna das escalas foi avaliada pelo alfa de Cronbach e modelos multiníveis foram utilizados para estimar as propriedades ecométricas. Duas variáveis contextuais (violência e presença de locais para prática de esporte e lazer na vizinhança) foram testadas como possíveis mediadores da relação entre capital social e atividade física de lazer.

**Resultados:** 16,0% dos entrevistados relataram realizar atividade física de lazer, sendo aqueles com maior escolaridade e maior posição no escore econômico relatando maiores níveis de atividade. Os indivíduos que vivem em áreas com maior nível de coesão social foram mais propensos a praticarem atividade física, mesmo após o controle de potenciais fatores de confusão (PR = 1,56; IC95% = 1,13, 2,16). Essa associação não foi mediada pelas variáveis contextuais utilizadas. A eficácia coletiva não foi significativamente associada à atividade física de lazer. Também observamos que aqueles que viviam em áreas mais violentas foram menos propensos a prática de atividade física (PR = 0,76; IC95% = 0,61, 0,95).

**Conclusões/Recomendações:** As intervenções para fortalecer a coesão social na comunidade podem ser uma via para promoção da atividade física.

**Financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (409688/2006-1). Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (APQ-00677-08). Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (25000, 102984/2006-97).

#### 245. SEDENTARY BEHAVIORS, PHYSICAL ACTIVITY, AND CHANGES IN DEPRESSION AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS SYMPTOMS IN OLDER ADULTS

E. Andrade-Gómez, D. Martínez-Gómez, F. Rodríguez-Artalejo, E. García-Esquinas

*Department of Preventive Medicine and Public Health, Universidad Autónoma de Madrid and Idipaz, and CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP); Department of Physical Education, Sport and Human Movement, Autonomous University of Madrid; IMDEA-Food Institute, CEI UAM+CSIC.*

**Background/Objectives:** TV viewing and computer use have been associated with higher risk of depression, but studies specifically assessing the impact of these and other types of sedentary behaviors (SBs) on the mental health of older adults are scarce and their results inconclusive. Similarly, the association between specific types of recreational physical activity (rPA) and mental health in older adults is poorly understood.

**Methods:** In 2012 information on SBs, rPA and other health behaviors was collected with validated questionnaires from community-dwelling older adults participating in the Seniors-ENRICA cohort. In 2012 and 2015, symptoms of depression and mental distress were assessed using the GDS-10 and the GHQ-12, respectively.

**Results:** Time spent watching TV was prospectively associated with higher (worse) GDS-10 scores in women [ $\beta$  (95%CI) comparing the second and third tertiles of TV viewing to the first: 0.21 (-0.04 to 0.46) and 0.37 (0.13 to 0.62), respectively; p-trend: < 0.01], but not in men [-0.11 (-0.35 to 0.13) and -0.18 (-0.44 to 0.08); p-trend: 0.16]. Women, but not men, who spent more time in other SBs, including reading, using the computer and commuting, showed a lower number of depressive symptoms [-0.19 (-0.44 to 0.06) and -0.34 (-0.60 to -0.08); p-trend: 0.01] and lower (better) GHQ-12 scores [-0.33 (-0.67 to -0.00) and -0.35 (-0.69 to -0.00); p-trend: 0.05] at follow-up. In both sexes, higher levels of rPA, such as walking, practicing sports and do-it-yourself activities, were associated with lower GDS-10 scores [-0.07 (-0.25 to 0.11) and -0.19 (-0.36 to -0.01); p-trend: 0.04], and with lower GHQ-12 scores [-0.02 (-0.26 to 0.22) and -0.23 (-0.47 to -0.00); p-trend: 0.06].

**Conclusions/Recommendations:** Older women who spent more time watching TV and less time in other SBs showed a higher number of depressive symptoms. Data suggest that increasing rPA, may improve mental health in older adults, particularly among women.

**Funding:** FIS grants nos. 12/1166 and 16/609; MINECO R+D+I grant DEP2013-47786-R; the FRAILOMIC Initiative (European Union FP7 grant agreement 305483-2); ATHLOS project (European Union H2020 grant agreement 635316); and CIBERSP.

#### 965. DESARROLLO DE MENSAJES MOTIVACIONALES PARA PROMOVER SUBIR ESCALERAS Y CONSUMIR ALIMENTOS SALUDABLES EN EL TRABAJO

A. Senye-Mir, A. Puig-Ribera, N. de Lara, F.F. Eves

*Universitat de Vic-UCC; Agència de Salut Pública; University of Birmingham.*

**Antecedentes/Objetivos:** La promoción de la actividad física y la alimentación saludable en contexto laboral son uno de los objetivos prioritarios para el abordaje del sobrepeso y la obesidad. La evidencia señala la eficacia de las intervenciones basadas en el uso de mensajes motivacionales para promover cambios en el comportamiento. No obstante, la efectividad de los mensajes depende de su adaptación a las características culturales y a los factores sociales de cada país. El objetivo de este estudio cualitativo fue desarrollar mensajes motivacionales dirigidos a la población trabajadora española para fomentar el uso de las escaleras en el trabajo y la elección de alimentos saludables.

**Métodos:** Se aplicó una metodología cualitativa. El estudio se compuso de dos fases. La primera fase exploró temáticas motivadoras mediante la realización de 14 grupos de discusión con población trabajadora: 8 (n = 38) para fomentar el uso de las escaleras en el trabajo y 6 (n = 30) para la elección de alimentos saludables. Todos los grupos de discusión fueron transcritos y se procedió a un análisis del contenido. En la segunda fase se crearon los mensajes (contenido y diseño) y se realizó su valoración. El contenido de los mensajes se creó y centró en las temáticas identificadas en la primera fase y así como se fundamentó con la evidencia científica. Simultáneamente un diseñador gráfico inició el proceso de diseño. Una vez fueron creados, se entrevistaron 5 personas (participantes de los grupos de discusión) con el fin de triangular la información y corroborar que los mensajes se ceñían a lo que se había expresado e identificado a partir de los grupos de discusión.

**Resultados:** La mayoría de los participantes destacaron como temáticas motivadoras para fomentar el uso de las escaleras el hecho de destacar que es una actividad que permite 1) mejorar la salud en general (a nivel cardiovascular), 2) ayuda a quemar calorías y 3) a ponerse en forma. Respecto a la elección de alimentos saludables, los participantes consideraron como temática motivadora la pérdida de peso, concretamente dando información de las calorías que contienen los alimentos y dando opciones de alimentos alternativos y más saludables. A partir de las temáticas identificadas, se crearon cuatro campañas de mensajes motivacionales para subir las escaleras y cuatro para escoger alimentos saludables.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El desarrollo de mensajes motivacionales para fomentar el cambio de comportamiento requiere de un proceso de exploración, triangulación y validación para adecuar el contenido y diseño a las características de la población a la cual va dirigida. El proceso es complejo, aunque permite desarrollar una tipología de intervención de bajo coste y fácil implementación en contexto laboral.

**Financiación:** BUPA Foundation-The Medical Research Charity.

#### 70. TIEMPO DE TELEVISIÓN EN ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO HABITUAL Y LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS

I. Andrés García, M.E. Vázquez Fernández, A. Fierro Urruti, M. Alfaro González, M.F. Muñoz Moreno, V. Rubio González, B. Herrero Bregón, M.C. Salas Butrón, H. Bergaz Díez

*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico Universitario de Valladolid; Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste; Servicio de Pediatría, Hospital de Medina del Campo, Valladolid; Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.*

**Antecedentes/Objetivos:** El número de niños y adolescentes entre cinco y 19 años que presentan obesidad se ha multiplicado por 10 en el mundo en los cuatro últimos decenios. El tiempo que los adolescentes ven televisión podría afectar al ejercicio físico y sus hábitos alimentarios, factores claves para el freno de la creciente obesidad infantil. Es importante cuantificar estos aspectos y su relación para optimizar las intervenciones en promoción de la salud en edades tempranas. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el tiempo que los adolescentes emplean viendo la televisión y la práctica de ejercicio físico y sus hábitos alimentarios.

**Métodos:** Se utilizó un cuestionario administrado en 2012 a una muestra de 2.412 escolares de 13 a 18 años de edad de España con 101 preguntas relacionadas con hábitos, comportamientos y conductas relacionadas con la salud. Se presentan los datos relacionados con el tiempo de televisión, la práctica de ejercicio físico y los hábitos alimentarios.

**Resultados:** Afirman ver televisión más de 3 horas al día el 15,4%. Un 48,9% hace deporte regularmente. Toman diariamente: verdura 21,1%, fruta 45%, alimentos no saludables 14,5% y bebidas no saludables 10,1%. Se obtienen resultados superiores en el consumo diario de alimentos y bebidas no saludables (26,5% vs 12,5%) y (19,3% vs 8,9%), respectivamente; e inferiores en el consumo diario de verduras (16,8% vs 22%) y fruta (37,1% vs 46,7%) entre los que ven televisión más de 3 horas al día ( $p$  valor < 0,05). No hay diferencias en el ejercicio físico entre el los que ven más de 3 horas de televisión y los que no.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Ver televisión más de 3 horas al día se relaciona con mayor consumo de alimentos y bebidas no saludables y menor consumo de verdura y fruta en los adolescentes. La práctica de ejercicio físico no se ve influenciada por el tiempo de televisión.

## 976. NIVEL SOCIOECONÓMICO Y PROXIMIDAD A INSTALACIONES DEPORTIVAS EN LOS BARRIOS DE MADRID

L. Cereijo, P. Gullón, A. Cebrecos, J.A. Santacruz, U. Bilal, D. Valadés, M. Franco

*Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá; Grupo de Investigación en Gestión y Entrenamiento Deportivo, Universidad de Alcalá; Drexel Dornsife School of Public Health; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.*

**Antecedentes/Objetivos:** La práctica de actividad física ha sido vinculada a la presencia de parques y espacios verdes, pero no existe tanta evidencia sobre el rol de las instalaciones deportivas (ID). El objetivo de este trabajo es estudiar la relación el nivel socioeconómico y la proximidad de diferentes tipos de ID en el municipio de Madrid.

**Métodos:** El área de estudio es el municipio de Madrid, compuesto por 2.415 secciones censales. La localización y categorización de las ID en 2016 fue obtenida de la base de datos de la consultora MAS (especializada en el sector de las instalaciones deportivas). Madrid cuenta con 645 Instalaciones Deportivas (ID), clasificadas en (1) ID públicas, (2) ID privadas no *low-cost*, (3) ID privadas *low-cost* y, (4) ID privadas de abonos por sesiones. El índice socioeconómico se calculó para cada sección censal a partir de 7 indicadores en 4 dominios de educación, bienestar, empleo y condiciones de vida. Desde cada portal residencial del municipio de Madrid, se calculó la distancia a través de la red de calles a la ID más cercana (en general, y por tipo de ID). Después se calculó la media de las distancias para cada sección censal. Se realizó un análisis multinivel con un efecto aleatorio para el barrio de cada sección censal, utilizando el nivel socioeconómico de las secciones censales en deciles como variable independiente y la distancia a la ID más cercana como variable dependiente.

**Resultados:** Las secciones censales de Madrid tienen una distancia mediana a la ID más cercana de 308,51 m. (IQR = 201,01; 482,66). Las

ID públicas presentan la menor proximidad mediana (1.030,326 m., IQR = 708,83; 1.349,84). Las secciones de mayor nivel socioeconómico (deciles 2 al 9) presentan menor distancia media a las ID en comparación con el decil 1 (p.ej:  $\beta D2 = -159,31$ , IC95% -214,16; -104,44 y  $\beta D8 = -153$ , IC95% -230,14; -75,86). Por tipo de ID, los deciles de mayor nivel socioeconómico (5 al 10) presentan una mayor distancia media a las ID públicas respecto al decil 1 (p.e:  $\beta D5 = 177,87$ , IC95% 41,69; 314,04 y  $\beta D10 = 910,83$ , IC95% 714,24; 1.107,43). En el caso de ID Low Cost es el decil 3 el que cuenta con una distancia menor ( $\beta = -17,08$ , IC95% -310,59; -45,57).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La proximidad de las ID presenta una relación desigual con el nivel socioeconómico de la población, aunque se observa un gradiente en el que la proximidad a ID disminuye al descender el nivel socioeconómico. Estos resultados deben ser tenidos en cuenta la hora de planificar la creación de nuevas ID con el fin de reducir la desigualdad en el acceso a la práctica de actividad física.

Financiación: ERC Agreement n. 336893.

## 618. PERCEIVED DETERMINANTS OF FOOD INTAKE: THE DISCOURSES OF RESIDENTS IN 2 URBAN COMMUNITIES IN SPAIN

L. Gravina, A. Estébanez, A. Jauregi, N. Guenaga, I. Fernández, S. Ballesteros, J. Díez, M. Franco

*Department of Nursing, University of the Basque Country; Social and Cardiovascular Epidemiology Research Group, Universidad de Alcalá; Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.*

**Background/Objectives:** Place-based factors of food environments relate to residents' diets, particularly in low-income areas. Cross-city comparisons may be important to understand cultural and social factors influencing dietary behaviors. We aimed to identify environmental determinants of residents' diets in two urban municipalities in Spain - Madrid and Bilbao - according to residents' perceptions.

**Methods:** Using the participatory action research method of Photovoice, we compared local food environments across two average and two low-income neighborhoods in Madrid and Bilbao. We used a purposive sampling strategy to engage participants and based recruitment on residence location in both cities. Participants took photographs related to their food environment and were divided into small discussion groups (of 6-9 participants). Each group critically reviewed, discussed, and analyzed the content and meaning of their photographs. Through a participatory data analysis, participants codified the data and sorted their photographs into categories.

**Results:** The sample consisted of 24 participants in Madrid, and of 17 participants in Bilbao. In Madrid, participants identified 30 categories, which were then grouped into five themes. In Bilbao, participants identified 18 categories, grouped then into six themes. Madrid and Bilbao residents' identified similar influences on their diets, such as: 1) bad habits (enjoying eating unhealthy foods, like sugar); 2) new cultural diverse offer of foods (e.g. incorporating foreign-products in their diets, as kebabs); 3) food stores (stressing the value of traditional small retailers as sources of affordable fresh food); 4) social relationships (community gathering through grocery shopping at street markets, or at community events); and 5) poverty/precariousness (e.g. feeling abandoned from decision-makers). As for theme differences, Bilbao residents' identified healthy habits, reflecting on the existing variety and quality of fresh food products, even at low prices in their neighborhoods.

**Conclusions/Recommendations:** We used the method of Photovoice to illustrate residents' perspectives about environmental factors influencing their diets within two demographically and culturally distinct cities as Madrid and Bilbao. Our similar results may

help designing common public health interventions and policies to create healthier food environments in Spain. These actions may influence residents' diets, especially in low-income neighborhoods.

Funding: University of the Basque Country (US 16/35) and European Research Council (FP7/2007-2013/ERC Starting Grant Heart Healthy Hoods Agreement n.336893).

## 758. ESTILOS DE VIDA DOS ESTUDANTES E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAÚDE DOS ESTUDANTES DE MEDICINA

I. Farinha, S. Ravara

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior; CHCB Hospital Universitário, Covilhã; CISP, ENSP, Universidade NOVA de Lisboa.

**Antecedentes/Objetivos:** Com o objetivo de caracterizar os estilos de vida e comportamentos de risco para a saúde dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior, foi realizado um estudo transversal (2016).

**Métodos:** Para avaliar os estilos de vida aplicou-se, em contexto de tutoria, um questionário anónimo e de autopercepção, construído para o efeito. Realizou-se uma análise descritiva, inferencial e regressão logística.

**Resultados:** A taxa de colaboração foi 81%. Participantes: 460 estudantes (183 dos últimos anos); 72% sexo feminino; idade média 21,7 ± 3,3 anos. A prevalência de tabagismo foi de 21,6% nos primeiros anos e 22,5% nos últimos,  $p = 0,79$ ; 36,8% no sexo masculino e 16,3% no sexo feminino,  $p < 0,001$ . O sexo masculino refere também maiores taxas de consumo de risco de álcool (39,4% vs 14,7%,  $p < 0,001$ ) e de consumo de cannabis (50% vs 26,5%,  $p < 0,001$ ). A prevalência de consumo de risco de álcool é de 22,3% nos alunos dos primeiros anos e 20,6% nos alunos dos últimos anos,  $p = 0,88$ . O consumo regular de substâncias psicoativas e tranquilizantes é baixo; significativamente maior entre os fumadores, sexo masculino, nos últimos anos e consumidores de risco de álcool. A maioria dos estudantes refere estilo de vida relativamente sedentário e uma dieta não saudável independentemente do ano de curso. O sexo feminino relata menor capacidade de gerir o stress do dia a dia e qualidade de sono. Os fumadores referem mais frequentemente hábitos alimentares não saudáveis, consumo de risco de álcool e consumo de cannabis. O consumo de tabaco foi associado com o consumo de cannabis (OR: 7,659; IC95%: 4,52-12,99;  $p < 0,001$ ) e o consumo de risco de álcool (OR: 2,32; IC95%: 1,30-4,15;  $p = 0,005$ ).

**Conclusões/Recomendações:** Os estudantes têm estilos de vida pouco saudáveis com adoção frequente de comportamentos de risco para a saúde. A frequência do Mestrado de Medicina não promove o desenvolvimento de hábitos saudáveis nem a prevenção da progressão para comportamentos de risco. A implementação abrangente de políticas públicas e organizacionais de promoção da saúde no meio universitário dos estudantes de medicina enquanto futuros profissionais de saúde é prioritária, devendo ser dirigida para múltiplos fatores de risco.

## 222. ASSOCIATION BETWEEN CARDIORESPIRATORY FITNESS AND ACADEMIC ACHIEVEMENT: A META-ANALYSIS

C. Álvarez-Bueno, I. Cavero-Redondo, M. Nieto-López, A. Redondo-Tebar, E. Jiménez-López, M.E. Visier-Alfonso, A. Ruiz de la Hermosa Fernández Infante, J. Bidner, J.A. Martínez-Hortelano

Universidad de Castilla-La Mancha, Centro de Estudios Sociosanitarios, Cuenca.

**Background/Objectives:** Academic achievement and cognition have been closely related to cardiorespiratory fitness through several

mechanisms including angiogenesis, oxygen saturation, glucose delivery, cerebral blood flow and neurotransmitter levels, structural changes in brain volumes, and improving brain functioning. Previous systematic reviews have explored these relationships, but it remains not quantified the association between aerobic fitness and academic achievement domains, including language, mathematics and composite scores. Therefore, the aim of this meta-analysis was to summarize the evidence on the relationship between cardiorespiratory fitness and academic achievement.

**Methods:** A search strategy was conducted in Medline, EMBASE, Cochrane and WOS databases. Studies assessing the association between cardiorespiratory fitness and children's and adolescents' academic achievement were included in the systematic review and meta-analysis. Inclusion criteria were: i) participants, children aged from 4 to 18 years. ii) outcomes, academic achievement assessed by curricular based marks or specific tests and aerobic endurance measured by standardized tests, and (iv) study design, cross-sectional (including baseline correlations provided in longitudinal studies). The effect size (ES) was calculated for each observed correlation by using Cohen's d index and a pooled ES was estimated for each of the main areas (language and reading related skills, mathematics-related skills and composite scores) by using a random-effects model based on the Der Simonian and Laird method. Heterogeneity across studies was assessed using the I<sup>2</sup> statistic.

**Results:** Twenty eight studies including 1,248,737 children and adolescents aged between 4 and 18 years old, were included in the meta-analysis. Pooled ES for language and reading related skills was 0.28 (95%CI: 0.21; 0.34); I<sup>2</sup> = 87.1%;  $p < 0.001$ . Pooled ES for mathematics-related skills was 0.34 (95%CI: 0.27; 0.41); I<sup>2</sup> = 91.0%;  $p < 0.001$ . And, pooled ES for composite scores was 0.28 (95%CI: 0.12; 0.44); I<sup>2</sup> = 97.2%;  $p < 0.001$ .

**Conclusions/Recommendations:** Cardiorespiratory fitness level could have a positive effect on academic achievement among children and adolescents, especially on mathematics, language/reading and composite scores. These findings could be helpful to identify target populations for primary prevention, designing physical activity interventions and clarifying the amount of change expected through this relationship.

## 451. INCONTINENCIA URINARIA Y DISPAREUNIA RELACIONADAS CON EL EMBARAZO EN GALICIA

M.I. Santiago-Pérez, R. Novo, M. Pérez-Ríos, A. Malvar, X. Hervada

Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.

**Antecedentes/Objetivos:** La incontinencia urinaria (IU) y la dispareunia destacan entre las complicaciones asociadas al embarazo y parto, por su alta prevalencia y su impacto en la calidad de vida. Los objetivos de este estudio fueron estimar la prevalencia de dispareunia y de incontinencia urinaria antes y durante el embarazo, y tras el parto, así como valorar la contribución de diferentes factores de riesgo obstétricos, de conducta o demográficos en la dispareunia/IU tras el parto.

**Métodos:** Estudio transversal cuya población objetivo fueron las mujeres con 18 años o más, residentes en Galicia, que dieron a luz a un hijo vivo entre el 01/09/2015 y el 31/08/2016. Se seleccionó una muestra aleatoria estratificada por grupos de edad, a partir del registro del Programa de detección precoz de enfermedades endocrinas y metabólicas del periodo neonatal. La entrevista fue telefónica (CATI), y se realizó entre 3 y 16 meses después del parto. Las variables dependientes fueron la dispareunia, definida como tener dolor durante las relaciones sexuales, y la IU, definida como la pérdida involuntaria de orina al realizar algún esfuerzo, estornudar o reír, tras el parto. Como posibles factores asociados a ellas se valoraron la presencia del problema antes o durante el embarazo, características sociodemográficas, de estilos de vida (antes y durante el embarazo) y obstétricas. Se estimaron preva-

lencias de dispareunia y de IU y razones de prevalencia ajustadas mediante regresión de Poisson, acompañadas de intervalos de confianza del 95% (IC95%). El análisis se realizó con la muestra ponderada.

**Resultados:** Se incluyeron 6.239 mujeres de 18 a 50 años. Las prevalencias de IU fueron: 5,0% (IC95%: 4,4-5,5) antes del embarazo, 22,2% (21,1-23,3) durante el embarazo y 20,4% (19,3-21,4) tras el parto. Las prevalencias de dispareunia fueron 6,7% (6,0-7,3), 20,6% (19,2-22,0) y 23,4% (22,3-24,5), respectivamente. Tener dispareunia durante la gestación duplicó el riesgo de dispareunia tras el parto (RP: 2,1 (1,9-2,4)). Ser primípara (1,4 (1,3-1,6)), dar o haber dado lactancia materna (1,2 (1,1-1,4)), haber tenido un parto instrumental (1,3 (1,1-1,4)) y la episiotomía (1,3 (1,1-1,4)) también aumentaron el riesgo. La IU tras el parto aumentó al aumentar la edad de la madre (30-34 años: 1,3 (1,1-1,5);  $\geq$  40: 1,8 (1,6-2,1)), por tener IU pregestacional (2,4 (2,2-2,7)) o durante la gestación (2,4 (2,2-2,7)) y con el parto vaginal (2,0 (1,8-2,4)).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La IU y la dispareunia afectan a 2 de cada 10 mujeres tras el parto. Conocer los factores asociados a su aparición es útil para que los profesionales sanitarios puedan identificar a las mujeres susceptibles.

### 1013. MODO DE TRANSPORTE EN LOS DESPLAZAMIENTOS HABITUALES Y MASA CORPORAL, ¿QUÉ MUESTRAN LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SALUD DE CATALUÑA?

N. de Lara, J.M. Suelves, C. Castell, C. Cabezas

*Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut.*

**Antecedentes/Objetivos:** El modo de transporte en los desplazamientos cotidianos puede tener un impacto notable sobre la salud. El transporte activo (a pie, en bicicleta o en transporte público) aumenta los niveles de actividad física y reduce la emisión de contaminantes y el riesgo de colisiones, lo que supone beneficios en términos de reducción de obesidad y sobrepeso, enfermedades causadas por la contaminación atmosférica y lesiones de tráfico. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el uso habitual de modos de transporte activo se asocia a un menor índice de masa corporal (IMC). Las recomendaciones de salud pública incluyen la promoción del transporte activo. El objetivo de este trabajo es describir el uso de modos de transporte activo en la población adulta de Cataluña y su relación con el IMC.

**Métodos:** A partir de las respuestas de 3.179 personas de 18 a 74 años que respondieron a las preguntas de un entrevistador en 2016 en el marco de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA-c), se analizaron las variables sexo, edad (18-44, 45-64 o 65-74 años), clase social basada en la ocupación (alta, media o baja), IMC (infrapeso, normopeso, sobrepeso u obesidad) y modo de transporte habitual (transporte activo u otros modos). Para el análisis de los datos se utilizó el paquete SPSS v.18, realizando pruebas de comparación de proporciones basadas en chi cuadrado.

**Resultados:** Un 53,1% de los encuestados utilizaba principalmente un modo de transporte activo en sus desplazamientos habituales. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) en los porcentajes de personas usuarias de modos de transporte activo según el sexo (62,1% en mujeres y 44,2% en hombres), la edad (47,6% en el grupo 18-44, 53,9% en 45-64 y 72,1% en 65-74) y la clase social (49,0% en clase alta, 50,1% en media y 55,4% en baja), pero no entre las diferentes categorías de IMC (62,1 en el infrapeso, 54,6% en normopeso, 52,4% en sobrepeso y 51,6% en obesidad). Al analizar la relación entre modo de transporte y categoría del IMC según la edad, se puso de manifiesto un uso significativamente mayor de transporte activo entre las personas con niveles menores de IMC exclusivamente en el grupo de 45 a 64 años.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los resultados de la ESCA-c muestran que el uso de transporte activo se asocia a un menor IMC, aunque solamente en el grupo de 45 a 64 años. El transporte activo se asocia también a la edad, el sexo y la clase social. Estos hallazgos, y la

evidencia registrada en la literatura hacen aconsejable seguir favoreciendo el uso de modos de transporte activo en los desplazamientos cotidianos a través de acciones intersectoriales como las que promueve el Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salud Pública de Cataluña en relación a las políticas de movilidad.

**Véase comunicación 1156 en la página 335.**

## CP27. Aspectos metodológicos

Viernes, 14 de septiembre de 2018. 9:30-11:30  
Pantalla 4

*Modera: Miguel Ángel Rodríguez Muñños*

### 122. PROCESO DE TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL DEL CVS-Q AL ITALIANO

N. Cantó Sancho, R. Colombo, E. Ronda Pérez, M.M. Sánchez Brau, M.M. Seguí Crespo

*Universidad de Alicante; Università degli Studi di Padova.*

**Antecedentes/Objetivos:** No se conoce ningún cuestionario validado en italiano para medir SVI. El objetivo de este estudio ha sido traducir y adaptar culturalmente el Cuestionario de Síndrome Visual Informático (CVS-Q) al italiano, dada la probada aplicabilidad y las adecuadas propiedades psicométricas del original.

**Métodos:** Etapas del estudio: 1) Traducción directa al italiano por dos traductores independientes bilingües (lengua materna italiano), uno con conocimientos del tema y otro no; 2) Síntesis de traducciones, identificando discrepancias y llegando a un consenso; 3) Retro-traducción al idioma original, por dos traductoras profesionales independientes bilingües (lengua materna castellano), sin conocimientos del tema ni del cuestionario original (cegamiento). 4) Consolidación por un comité de expertos: 3 ópticos-optometristas, 1 especialista en medicina preventiva, 2 médicos del trabajo, 1 enfermera del trabajo y los 4 traductores; 5) Pretest: aplicación de la versión pre-final en una muestra de población italiana ( $n = 40$ ) de usuarios habituales de pantallas de visualización de datos (PVD). Mediante preguntas cerradas escritas y una entrevista estructurada grabada de preguntas abiertas, se les interrogó para localizar errores, comprobar la calidad y aspectos prácticos de su aplicación. Las grabaciones fueron transcritas y se aplicaron técnicas de análisis cualitativo.

**Resultados:** Tras la traducción directa y la síntesis de traducciones, se obtuvo una única traducción del cuestionario al italiano. La etapa de traducción inversa dio como resultado dos cuestionarios en castellano, retrotraducidos. El resultado de la Consolidación por un comité de expertos, fue la obtención de un único cuestionario consolidado prefinal adaptado al italiano. Tras la quinta etapa de pretest y después de analizar las preguntas cerradas y las transcripciones, se comprobó: que el 100% de la muestra consideró que el cuestionario no presentaba dificultad, que el 90% consideró que no necesitaba ninguna mejora y que no llegaron al 15% los participantes que expresaron la necesidad de cambios concretos. Como resultado, se obtuvo la versión final en italiano del CVS-Q (Questionario della Sindrome del Videoterminalista), con un tiempo de cumplimentación de  $1,57 \pm 1,17$  minutos (media  $\pm$  DE).

**Conclusiones/Recomendaciones:** El Questionario della Sindrome del Videoterminalista puede considerarse una herramienta de fácil comprensión y manejo para la medida de SVI en población expuesta a PVD en Italia, presentando adecuada validez aparente o lógica y de contenido.

## 850. EL ÍNDICE HEART HEALTHY HOODS: UN MÉTODO MULTICOMPONENTE PARA EVALUAR LOS ENTORNOS URBANOS CARDIOSALUDABLES

A. Cebrecos, F. Escobar, O. Klein, J. Díez, P. Gullón, X. Sureda, L.N. Borrel, M. Franco

Universidad de Alcalá; Luxembourg Institute of Socio-Economic Research; City University of New York; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

**Antecedentes/Objetivos:** Estudios previos han caracterizado el entorno construido centrándose en un solo constructo de exposición (disponibilidad de alimentos saludables, caminabilidad, etc.) para estudiar su asociación con la salud. Sin embargo, se ha comenzado a considerar la naturaleza sinérgica de los dominios del entorno construido. El objetivo de este estudio es desarrollar un índice multicomponente que integre múltiples características de los entornos urbanos (alimentos, actividad física, tabaco y alcohol) utilizando Sistemas de Información Geográfica (SIG). También examinamos la asociación del índice con la prevalencia de enfermedad cardiovascular (ECV), y con la privación socioeconómica.

**Métodos:** Este estudio se realizó en la ciudad de Madrid. Mediante técnicas SIG se generaron dos modelos integrando cuatro medidas del entorno urbano; alimentario, actividad física, alcohol y tabaco. Se construyeron 2 modelos: el Modelo 0 considerando todos los entornos con el mismo peso; y el Modelo 1, que utilizó pesos extraídos de la carga de enfermedad de los factores de riesgo asociados. Finalmente, se realizó un análisis de asociación espacial local para estudiar la relación entre los modelos, la prevalencia de ECV y la privación socioeconómica.

**Resultados:** Se observó un entorno cardiovascular más saludable en ambos modelos en las zonas más residenciales. Sin embargo, los modelos mostraron diferencias entre ellos. El Modelo 1 presentó áreas saludables más grandes y conectadas que el Modelo 0. También se evidenció la relación espacial no estacionaria entre la prevalencia de ECV y el entorno cardiovascular. Encontramos áreas donde los modelos del entorno cardiovascular presentaron asociación espacial negativa con la ECV, es decir, áreas donde un entorno cardiovascular saludable se asoció espacialmente con una baja prevalencia de ECV. También encontramos áreas donde esta asociación fue positiva. Sin embargo, en estas áreas la privación socioeconómica, la ECV y los modelos presentaron una correlación positiva significativa que no se daba en las áreas de asociación espacial negativa.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Hemos desarrollado el Índice Heart Healthy Hoods (HHH), un método multicomponente para caracterizar de forma exhaustiva el entorno urbano cardiovascular, utilizando el ejemplo de Madrid. El índice HHH y la metodología propuesta podrían ser una herramienta relevante para futuras intervenciones preventivas de salud cardiovascular en otras ciudades.

Financiación: European Research Council under the European Union's Seventh Framework Programme (FP/2007-2013)/ERC Starting Grant HeartHealthyHoods Agreement n. 336893.

## 227. VARIABILIDAD TEMPORAL Y POR PAÍSES DE LA MORTALIDAD DE 26.024 PACIENTES CRÍTICOS CON NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA. UN ESTUDIO DE 4 COHORTES INTERNACIONALES

A. Muriel, O. Peñuelas, V. Abaira, F. Frutos, P. Fernández-Bustos, B. Fernández-Felix, D. Arroyo-Manzano, J. Zamora

Unidad de Bioestadística Clínica, Hospital Ramón y Cajal; IRYCIS; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Hospital de Getafe; CIBER de Enfermedades Respiratorias; Departamento de Enfermería, Universidad de Alcalá.

**Antecedentes/Objetivos:** El manejo de paciente con necesidad de ventilación mecánica ha mejorado en los últimos años. Se desconoce

la evolución temporal y la variabilidad geográfica de la mortalidad de estos pacientes. Objetivos: cuantificar la variabilidad temporal y geográfica de la mortalidad a nivel internacional. Evaluar la evolución temporal de la variabilidad geográfica.

**Métodos:** Cuatro estudios de cohortes prospectivos, observacionales, multicéntricos e internacionales desarrollados en 4 años distintos (1998, 2004, 2010, 2016). Se incluyeron pacientes ingresados en un mes determinado con ventilación mecánica durante más de 12 horas y seguidos durante 28 días con recogida diaria de información con la misma metodología. Variables principales: mortalidad 28 días, mortalidad en UCI, mortalidad hospitalaria. Para estimar la evolución temporal de la mortalidad en los cuatro períodos y la variabilidad geográfica se empleó un modelo mixto de regresión logística multinivel estimando el *odds ratio* mediano (MOR) de los países participantes. La parte aleatoria del modelo incluyó dos efectos y su posible correlación: un efecto aleatorio en la constante evaluando la heterogeneidad en la mortalidad entre países en el primer estudio y un efecto aleatorio en la pendiente evaluando la heterogeneidad en los cambios a lo largo del tiempo en la mortalidad entre países.

**Resultados:** Se incluyeron 26.024 pacientes en los 4 estudios. La mortalidad ajustada decrece significativamente a lo largo de los períodos estudiados. Comparado con 1998, se estimó una OR = 0,82 en 2004; OR = 0,63 en 2010 y OR = 0,49 en 2016. La variabilidad de la mortalidad a nivel país va disminuyendo oscilando desde un MOR de 2,02 en 1998 hasta 1,39 en 2016. Esta estimación de la variabilidad no cambió cuando se restringió el análisis en aquellos países que habían participado en los 4 períodos evaluados.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El país es un factor importante en el desenlace de los pacientes ventilados mecánicamente ingresados en unidades de cuidados intensivos. La magnitud del efecto del país sobre la mortalidad a los 28 días ha disminuido con el tiempo.

## 831. VISUALIZACIÓN WEB DEL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

C. Sánchez-Cantalejo Garrido, P. Sánchez Villegas, E.E. Moreno Campoy

Escuela Andaluza de Salud Pública; Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

**Antecedentes/Objetivos:** En el marco de la renovación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la Consejería de Salud, como parte del análisis de situación, se planteó conocer la percepción de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) en cuanto a la cultura de seguridad del paciente. Para ello, se utilizaron cuestionarios adaptados y validados al entorno sanitario español: Safety Attitudes Questionary para atención hospitalaria y el Surveys on Patient Safety Culture para atención primaria. Fueron administrados en el segundo semestre de 2017, identificándose sexo, categoría profesional, provincia, centro con asignación de códigos por Unidades, para poder devolver los resultados a las mismas. Se obtuvieron 22.069 respuestas. El objetivo es elaborar una herramienta para la visualización web de los resultados de las encuestas sobre cultura de seguridad del paciente, facilitando el *feedback* a los profesionales.

**Métodos:** Se programó una herramienta interactiva para la visualización de los resultados de las encuestas con el paquete Shiny del software libre R. La aplicación se nutre de la base de datos de las respuestas reportadas por los profesionales, segmentando por las variables de estratificación incluidas en los cuestionarios utilizados.

**Resultados:** La aplicación creada solicita la identificación mediante el código de cada unidad de gestión. A partir de aquí, se muestran los resultados de dicha unidad en forma de tablas de frecuencias y gráficos comparando los mismos con los resultados de los distintos

niveles de agregación de los datos (centro, provincia y total regional). La flexibilidad de la herramienta permite que el usuario de la aplicación pueda elegir la información a visualizar, seleccionando la dimensión de cultura de seguridad del paciente y cada uno de los ítems que la componen. También se puede seleccionar el ámbito de asistencia (Hospitalaria o Primaria) en caso de ser procedente.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La herramienta permite hacer un *feedback* útil, pudiendo ofrecer información individualizada por unidad y comparada con el centro, provincia o Comunidad a los diferentes perfiles de usuarios, facilitando su visualización mediante gráficas y tablas. Mostrar esta información de manera tan exhaustiva no sería posible sin una herramienta como la que presentamos, dado el elevado número de unidades y variables de segmentación.

#### 948. GEOCODIFICAR DATOS DE SAÚDE PÚBLICA: A INFORMAÇÃO GEOGRÁFICA NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE PATOLOGIAS

L. Morais, P. Nogueira

*Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Direção Geral de Saúde.*

Cada vez mais se caminha para uma visão da epidemiologia num contexto verdadeiramente global, pois se a mesma se sustenta no estudo da etiologia das doenças (fatores genéticos e/ou ambientais) e os respectivos fatores de riscos, a tendência recente e crescente na vigilância da saúde pública e da epidemiologia espacial certificam isso mesmo. Os avanços nas técnicas de análise espacial, como a geocodificação (conversão de moradas em coordenadas geográficas, visando a cartografia dos eventos) permite associar aos indicadores de saúde o local de residência. Esta abordagem tem permitido obter uma visão holística das doenças, compreender melhor a distribuição espacial e obter novos *outcomes*, muitos inesperados como determinantes espaciais da associação ambiente/saúde, com relevantes ganhos para a saúde pública. O objetivo deste trabalho é demonstrar a importância da geocodificação (em todas as áreas, mas em particular na área da Saúde e no contexto epidemiológico), divulgando a metodologia inerente. É imperativa esta contribuição metodológica, uma vez que as potencialidades na saúde são enormes, ampliando-se as perspectivas. Neste trabalho, toda a população portuguesa foi geocodificada (cerca de 80% da taxa de sucesso), com o intuito de, posteriormente, associar a morbilidade e mortalidade hospitalar nacional. De facto, conhecendo, com precisão, as áreas de residência mais vulneráveis poder-se-á melhorar os sistemas de informação de saúde, a produtividade hospitalar e os serviços de saúde, e atuar de forma mais concertada quando ocorrem períodos críticos. Perspetiva-se que a metodologia e respetivo trabalho, contribuirá para conhecer, prever e prevenir as patologias associadas a períodos de calor excessivo, como as ondas de calor, no Concelho de Lisboa, a partir dos dados de saúde disponíveis e dos diferentes níveis geográficos que a geocodificação fornece. Num real contexto global, a saúde pública é a oportunidade de colocar a epidemiologia em acção, assente nos três pilares: onde (local), quem (pessoas) e quando (tempo), destacando-se cada vez mais o factor espacial que coloca em evidência a importância da multiplicidade existente na Epidemiologia e Saúde Pública, como é pretendido demonstrar.

Financiamento: Bolsa de FCT (Pde/bde/120452/2016); QART e Câmara Municipal de Lisboa.

#### 392. RELACIONES DE DEPENDENCIA ENTRE MEDIDAS DE SALUD A TRAVÉS DE REDES BAYESIANAS

A. Ayala, M.J. Forjaz

*Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD-CSIC) y REDISSEC; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III y REDISSEC.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las medidas basadas en preferencias son herramientas útiles en estudios de coste-efectividad y para evaluar intervenciones terapéuticas. El procedimiento *mapping* puede usarse cuando no es posible recopilar este tipo de medidas en una base de datos. Este estudio tiene como objetivo examinar la relación entre EQ-5D-5L y una escala de capacidad funcional a través de redes bayesianas, comparando con otros métodos de *mapping*.

**Métodos:** La muestra estuvo formada por 5,708 mayores de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2011-2012). Se utilizó la red bayesiana, la logística multinomial, la regresión lineal y la regresión tobit. La predicción del índice EQ-5D-5L a través de la capacidad funcional se obtuvo mediante validación cruzada. Se calculó el coeficiente de determinación (R<sup>2</sup>), error absoluto medio (MAE), error cuadrático medio (MSE) y desviación del error cuadrático medio (RMSE) para comparar modelos.

**Resultados:** La muestra presentó una edad media de 75,8 años (desviación típica = 7,4, rango = 65-103) y un porcentaje de mujeres de 62,8%. La red bayesiana mostró la mayor varianza explicada (R<sup>2</sup> = 0,617) y el MAE más bajo (0,127). El modelo de ML presentó el menor MSE y RMSE (0,041 y 0,204). La regresión lineal fue el modelo con R<sup>2</sup> más bajo (0,549) y peores resultados de precisión (MAE = 0,169, MSE = 0,048, RMSE = 0,218).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Nuestro estudio sugiere que la red bayesiana es un método de *mapping* apropiado para estimar las puntuaciones del EQ-5D-5L a través de la capacidad funcional. Las relaciones de dependencia entre ambas medidas de salud obtenidas a través de la red bayesiana pueden ser utilizadas en programas de intervención y apoyo a población mayor con discapacidad.

#### 47. TARGETED MAXIMUM LIKELIHOOD ESTIMATION WITH AN ILLUSTRATION BASED ON CANCER EPIDEMIOLOGY: A TUTORIAL

M.A. Luque Fernández, M. Schomaker, B. Rachet, M. Schnitzer

*Andalusian School of Public Health/London School of Hygiene and Tropical Medicine; University of Cape Town; University of Montreal.*

When estimating the average effect of a binary treatment (or exposure), methods that incorporate propensity scores, the G-formula, or targeted maximum likelihood estimation (TMLE) are preferred over naïve regression approaches which are biased under misspecification of a parametric outcome model. Contrastingly, propensity score methods require the correct specification of an exposure model. Double-robust methods only require correct specification of one of these models. TMLE is a semi-parametric double-robust method that improves the chances of correct model specification by allowing for flexible estimation using non-parametric machine-learning methods. It therefore requires weaker assumptions than its competitors. We provide a step-by-step guided implementation of TMLE and illustrate it in a realistic scenario based on cancer epidemiology where assumptions about correct model specification and positivity (i.e., when a study participant had zero probability of receiving the treatment) are nearly violated. This article provides a concise and reproducible educational introduction to TMLE for a binary outcome and exposure. The reader should gain sufficient understanding of TMLE from this introductory tutorial to be able to apply the method in practice. Extensive R-code is provided in easy-to-read boxes throughout the article for replicability. Stata users will find a testing implementation of TMLE and additional material in the appendix and at the following GitHub repository: <https://github.com/migariiane/SIM-TMLE-tutorial>

## 69. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE ACTITUD ANTE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y OTROS HÁBITOS MEDIANTE EL MÉTODO DELPHI

I. Andrés García, G. Ruiz López del Prado, M.F. Muñoz Moreno, M. Andrés Puertas, J.A. González Cabrero, R. Blasco Redondo, A. Almaraz Gómez

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid; Gerencia Regional de Salud Castilla y León; Centro Regional de Medicina Deportiva CyL; Universidad de Valladolid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La inactividad física y el sedentarismo son un problema de salud pública emergente individual, familiar y social. Uno de cada cuatro adultos y más del 80% de la población adolescente mundial no tiene un nivel suficiente de actividad física. A pesar de que existen numerosos instrumentos para cuantificar la actividad física, cuando ninguno se adapta a los objetivos particulares surge la opción de elaborar una herramienta propia. El objetivo fue diseñar y validar un nuevo instrumento para conocer la actitud ante la actividad física y otros hábitos saludables en una población de adolescentes escolares.

**Métodos:** La elaboración y validación de contenido del cuestionario se realizó por el método Delphi. Se invitó a participar a 22 expertos médicos, psicólogos y docentes relacionados con el tema de estudio. El grupo coordinador elaboró un borrador tras revisar la literatura y las aportaciones del panel de expertos. De forma virtual se realizó la votación de los expertos puntuando cada ítem según una escala tipo Likert de 1 a 5 (1 = poco importante, 5 = muy importante). Se realizó una 2ª ronda de votación sobre nuevas modificaciones propuestas por el panel. Se llevó a cabo un análisis estadístico de las puntuaciones obtenidas. El criterio utilizado para la elección de los ítems fue que la media fuese superior a 3,5 puntos. Se envió el cuestionario definitivo al panel de expertos para su aprobación.

**Resultados:** La participación fue del 100% en la 1ª ronda y del 90,9% en la 2ª. El tiempo total entre la 1ª ronda y el cuestionario definitivo fue de 2 meses. Se desestimaron 3 ítems por no cumplir los criterios de selección. El cuestionario final contó con 92 preguntas organizadas en 11 dimensiones: datos sobre el alumno, datos sobre el padre, datos sobre la madre, actividad física en el centro educativo, actividad física en el transporte, actividad física en el tiempo libre, aspectos psicosociales de la práctica de actividad física, actitud ante la actividad física, alimentación, otros hábitos y percepción de salud.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El diseño y validación del cuestionario mediante el método Delphi se desarrolló de forma satisfactoria. La realización virtual y desde el anonimato frente al resto del panel de expertos, permitió emitir valoraciones evitando la influencia de los miembros más representativos del grupo. Además, la retroalimentación de las propuestas dio la oportunidad a los sujetos de proponer modificaciones. Finalmente obtuvimos un cuestionario adaptado a nuestras necesidades, cuyo siguiente paso será la realización de una prueba piloto en una muestra de la población de estudio.

## 939. CONSTRUCCIÓN DE UN ÍNDICE DE PRIVACIÓN PARA MEDIR DESIGUALDADES EN SALUD EN ECUADOR

V. Espinel Flores, A. Peralta Chiriboga, M. Gotsens Miquel, G. Pérez Albarracín, J. Benach, M. Marí-Dell'Olmo

*Universitat Pompeu Fabra; Agència de Salut Pública de Barcelona; GREDS-EMCONET.*

**Antecedentes/Objetivos:** La herencia colonial en Ecuador basada en un modelo cimentado en el patriarcado y el racismo, ha creado una estratificación social que sigue beneficiando a élites sociales que tienen el control sobre la propiedad de la tierra y de la riqueza. Como consecuencia, mujeres, comunidades campesinas, pueblos y

nacionalidades indígenas, grupos afroecuatorianos y montubios viven la pobreza como una experiencia colectiva de origen estructural e histórico. La relación entre las desigualdades sociales y la privación múltiple determina la salud de las poblaciones haciéndolas vulnerables a vivir circunstancias desventajosas durante su vida. Los índices de privación han sido herramientas muy utilizadas en diferentes contextos para medir el impacto de factores contextuales sobre la salud. Además, han probado ser una herramienta valiosa en la vigilancia y la distribución de recursos en salud. Este trabajo se planteó describir la metodología utilizada para el desarrollo de un índice de privación para el estudio de las desigualdades en salud en 221 áreas de Ecuador.

**Métodos:** Estudio ecológico en el que se utilizó como unidades geográficas los 221 cantones del Ecuador (segundo nivel administrativo) según el Censo Nacional de Población. Un set de 41 variables sociodemográficas, capital social y bienestar subjetivo fueron obtenidas del Censo Nacional de Población, 2010 y de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014-2015. Mediante el Análisis de Componentes Principales (ACP), se agregaron en un índice los indicadores seleccionados usando como valores de peso las saturaciones correspondientes al primer eje. Para explorar la aplicación del índice para la salud pública, se estimó la correlación del índice con la RME a través de un modelo de regresión de Poisson. Las RME fueron estimadas utilizando el método indirecto, corrigiendo el número observado de muertes por el subregistro de la mortalidad.

**Resultados:** Como resultado del ACP final, 17 variables fueron retenidas en la composición del índice. El primer componente explicó el 51,8% de la varianza total de los datos. Finalmente, se encontró un patrón geográfico y una asociación positiva entre el índice y la RMEs cantonales tanto en hombres como en mujeres.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Se ha construido un índice de privación capaz de identificar las áreas más desfavorecidas en Ecuador. El índice puede ser una herramienta valiosa para detectar poblaciones vulnerabilizadas y desarrollar intervenciones y políticas adaptadas a las necesidades locales.

Financiación: Programa Becas Secretaria Nacional de Ciencia y Tecnología-Ecuador.

## 523. LA SALUD MENTAL COMO PREDICTOR DE UTILIDADES PARA LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

A. Ayala García, Y. Ramallo Fariña, M.A. García Bello, P. Serrano-Aguilar

*Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD-CSIC) y REDISSEC; Servicio de Evaluación, Dirección del Servicio Canario de la Salud y REDISSEC; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III y REDISSEC.*

**Antecedentes/Objetivos:** La alta correlación entre instrumentos que miden diferentes constructos nos permite predecir los resultados de uno en base al otro. El principal objetivo de este estudio fue predecir las utilidades de un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a través de una medida de cribado de problemas de salud mental.

**Métodos:** Se utilizó el EQ-5D-5L para estimar utilidades y el GHQ-12 como instrumento de salud mental. Ambas medidas se encuentran en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2011-2012). Se relacionaron cada uno de los ítems del EQ-5D-5L con los ítems del GHQ-12 a través de redes bayesianas. El modelo se comparó con la regresión logística multinomial a través del error absoluto medio (MAE) y el error cuadrático medio (MSE). Se siguió el procedimiento de validación cruzada para obtener las predicciones de la medida de utilidad.

**Resultados:** Muestra de 20.686 personas con una edad media de 37,4 (desviación típica = 19,0) y un 53,9% de mujeres. La correlación entre el índice EQ-5D-5L y GHQ-12 fue -0,485. Ítems del GHQ-12 como "sentirse

agobiado o en tensión” y “sentirse poco feliz” permitieron predecir la respuesta en el ítem “ansiedad/depresión” del EQ-5D-5L. La red bayesiana presentó menores errores de predicción (MAE = 0,087; MSE = 0,035) que la regresión multinomial (MAE = 0,096; MSE = 0,042).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Existe una asociación negativa entre la CVRS y los problemas de salud mental. El GHQ-12 puede utilizarse para predecir las utilidades de la población general calculadas con el EQ-5D-5L. La medida de utilidad facilita la comparación de resultados entre intervenciones de promoción de la salud y puede servir como instrumento en evaluaciones económicas.

#### 540. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO DE ESTIMACIÓN DE LAS TASAS DE INCIDENCIA DE CÁNCER A PARTIR DE DATOS DE MORTALIDAD

M. Rodríguez-Barranco, D. Redondo-Sánchez, M.A. Luque-Fernández, A. Ameijide, Y.L. Chang-Chan, S. Domínguez-López, B. López Hernández, E. Bayo, M.J. Sánchez-Pérez

*Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.Granada), Granada; Registro de Cáncer de Tarragona, Fundació Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili; Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Servicio de Epidemiología y Salud Laboral, Secretaría General de Salud Pública, Consejería de Salud, Junta de Andalucía; Dirección del Plan Integral de Oncología de Andalucía.*

**Antecedentes/Objetivos:** Para obtener las tasas de incidencia de cáncer en un área geográfica es necesario la existencia de un registro de cáncer poblacional (RCP). No obstante, se han desarrollado algunos métodos estadísticos para obtener datos de incidencia de cáncer en áreas no cubiertas por un RCP a partir de otra información disponible. El objetivo de este estudio es evaluar el rendimiento predictivo de uno de los métodos más utilizados para estimar las tasas de incidencia de cáncer a partir de datos de mortalidad y de la razón incidencia/mortalidad (RIM).

**Métodos:** Se incluyeron los casos incidentes de cáncer durante el período 2004-2013 del registro de cáncer de Granada para el total del cáncer (excepto piel no melanoma) y las localizaciones más frecuentes en hombres y mujeres. Utilizando la serie temporal de mortalidad por cáncer previa de 15 años y las diferentes formas funcionales de la tendencia de la RIM, obtuvimos el número esperado de casos incidentes de cáncer para cada año del período 2004-2013. Para ello se ajustaron modelos GLMM con métodos bayesianos basados en MCMC, incluyendo una función polinómica para el año de muerte y *splines* suavizados para la edad. Se construyó un índice basado en la bondad de ajuste (GOF) de las estimaciones que compara los casos observados con los esperados para elegir el mejor escenario de estimación.

**Resultados:** Se incluyeron 44.214 casos incidentes de cáncer. La diferencia relativa entre el número observado y el estimado de casos de cáncer fue < 10% para los hombres y < 20% para las mujeres en la mayoría de las localizaciones. La asunción constante de la tendencia de la RIM proporcionó la mejor GOF para cáncer de pulmón, vejiga y estómago en hombres y cuerpo de útero en mujeres. La relación lineal fue mejor para los cánceres de pulmón y ovario en las mujeres. El ajuste para el cáncer de mama y próstata fue peor que en otras localizaciones.

**Conclusiones/Recomendaciones:** En general, la validez del método basado en la mortalidad y la RIM para obtener tasas de incidencia de cáncer en áreas sin datos de incidencia mostró fiabilidad para la mayoría de las localizaciones de cáncer excepto para mama y próstata, donde serían necesarios otros métodos para obtener una estimación más precisa.

#### 310. EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DISCRIMINANTE DEL MODELO EMPIRE USANDO TÉCNICAS DE VALIDACIÓN INTERNA

B.M. Fernández-Félix, J. Allotey, K.S. Khan, S. Thangaratinam, A. Muriel, J. Zamora

*Unidad de Bioestadística Clínica, Hospital Ramón y Cajal (IRYCIS); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); QMUL's Barts Research Centre for Women's Health (BARC), Queen Mary University of London.*

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo del estudio es evaluar diferentes técnicas de validación interna de la capacidad discriminativa de un modelo predictivo a partir de los datos del estudio EMPIRE para predicción de crisis epiléptica en mujeres embarazadas.

**Métodos:** El estudio multicéntrico EMPIRE incorporó 399 mujeres embarazadas con epilepsia en tratamiento antiepiléptico de 50 unidades de maternidad del Reino Unido entre 2011 y 2014. El modelo de regresión logística EMPIRE para predecir crisis epilépticas en el embarazo y hasta 6 semanas después del parto incluyó tipo de crisis, edad en la primera crisis, antecedentes de enfermedad mental o dificultad de aprendizaje, presencia de crisis tónico-clónicas y no tónico-clónicas en los 3 meses previos al embarazo y dosis de lamotrigina. Evaluamos la capacidad discriminativa del modelo mediante la estimación del área bajo la curva ROC (AUC) aparente y empleando técnicas de validación cruzada. Mediante procedimientos *bootstrap* se obtuvo la estimación del optimismo del modelo, repitiendo en cada muestra la estrategia de selección de predictores empleada en los datos originales y forzando a incluir en cada muestra las mismas variables del modelo original. Se ajustó el rendimiento aparente usando las estimaciones del optimismo.

**Resultados:** El modelo EMPIRE mostró un buen rendimiento aparente en términos de discriminación AUC = 0,803 (IC95% 0,76-0,85). La estimación del área bajo la curva ROC mediante técnicas de validación cruzada fue 0,791 (rango 0,64-0,91). Utilizando los procedimientos *bootstrap*, el optimismo del modelo repitiendo la estrategia de selección de predictores fue 0,018, y forzando a incluir en cada muestra las mismas variables del modelo original fue de 0,009. Resultando el área bajo la curva ROC ajustado por las estimaciones del optimismo 0,785 y 0,794, respectivamente.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El modelo EMPIRE puede ser usado para predecir el riesgo de crisis en mujeres embarazadas con epilepsia en tratamiento. Las diferentes técnicas de validación interna han mostrado un buen rendimiento en términos de discriminación. El uso de técnicas *bootstrap* permite ajustar el optimismo inherente a la validación interna.

#### 1200. PROPOSIÇÃO DE UM NOVO INDICADOR EPIDEMIOLÓGICO PARA O ESTUDO DA MORTALIDADE INFANTIL

B. Geraldo Alves Souto, F. Marcos de Angeli

*Universidade Federal de São Carlos.*

**Antecedentes/Objetivos:** A mortalidade em menores de um ano costuma derivar de problemas socioeconômicos quando sua incidência é maior na faixa etária pós-neonatal; quando essa incidência é maior na faixa perinatal, costuma derivar de problemas assistenciais. Com o desenvolvimento social e econômico reduzindo a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) na faixa pós-neonatal, a qualidade da assistência torna-se importante para continuar reduzindo a TMI a partir da faixa perinatal. Para medir a mortalidade infantil especificamente ligada à assistência, criou-se um indicador que relaciona a TMI com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), de modo a subtrair da TMI a influência do desen-

volvimiento socioeconómico e destacar a influência dos cuidados de saúde. A intenção foi ter um indicador para o monitoramento da melhoria da qualidade assistencial a interesse de uma redução ainda maior da TMI.

**Métodos:** Com base nas relações de proporcionalidade entre mortalidade infantil, desenvolvimento social e vulnerabilidade, propôs-se a seguinte conotação matemática: Índice de Mortalidade Infantil Relacionado à Assistência (IMIRA) =  $[(TMI \times IDH)/IVS]$ . Calculou-se o IMIRA para os municípios brasileiros e comparou-se o padrão de distribuição estatístico entre o IMIRA, a TMI, o IDH, a Taxa de Mortalidade Perinatal (TMPN) e a Taxa de Mortalidade Pós-neonatal (TMPÓN) desses municípios. Em seguida, foram feitas análises de correlação entre o IMIRA, a TMPN e a TMPÓN.

**Resultados:** O padrão de distribuição do IMIRA e da TMI de 4.262 municípios foram não paramétricos, ao passo que o do IDH foi Gaussiano, suscitando a hipótese de que o IMIRA poderia traduzir a parte da TMI não influenciada pelo IDH (a que determinava a diferença entre a distribuição da TMI e a do IDH, representativa dos óbitos derivados da assistência). A correlação estatística encontrada entre o IMIRA e a TMPN e a ausência desta correlação entre o IMIRA e a TMPÓN demonstrou que o IMIRA pode ser usado para medir a influência da assistência na TMI.

**Conclusões/Recomendações:** Medir especificamente a influência da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério na TMI permite monitorar, ou comparar entre lugares ou momentos distintos, a qualidade assistencial por uma redução ainda maior na TMI onde o desenvolvimento socioeconómico já deu resultado. O IMIRA se apresenta com essa possibilidade por purificar a TMI do efeito do desenvolvimento socioeconómico e mensurar especificamente o efeito da assistência nesse indicador. Recomenda-se o uso do IMIRA com o objetivo de dimensionar a necessidade de qualificação assistencial à saúde maternoinfantil.

**Financiamento:** Uma bolsa de iniciação científica financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq/Brasil.

## CP28. Calidad de vida/Qualidade de vida

Viernes, 14 de septiembre de 2018. 9:30-11:30  
Pantalla 5

*Moderadora: Elisabete Pereira Ramos*

### 904. RELACIÓN ENTRE MOVILIDAD SOCIAL Y COEXISTENCIA DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES: DATOS DEL MCC-SPAIN

M. Pinto, R. Peiró, M. Vanaclocha, A. Molina Barceló, J. Alguacil, M. Oribe, T. Fernández Villa, M. Kogevinas, M. Pollán

*FISABIO; CIBERESP; Centro Invest. Salud y Medio Ambiente, Universidad de Huelva; Subdirección de SP Gipuzkoa, Departamento de Salud del Gobierno Vasco; Universidad de León; ISGlobal; Instituto Carlos III.*

**Antecedentes/Objetivos:** El contexto social en la infancia puede influir en la salud y en sus resultados en la edad adulta. El objetivo de este trabajo fue estudiar la asociación entre la movilidad social (MS) a lo largo de la vida y los comportamientos saludables en hombres y mujeres.

**Métodos:** Se utilizó la población control del estudio multicaso-control MCC-Spain. Los datos se recogieron mediante entrevista y

cuestionario autoadministrado. Los comportamientos saludables: consumo rico en vegetales (> 200 g/día), bajo consumo de alcohol (sin/moderado consumo), hábito tabáquico (no fumadores) y actividad física (> 6 METS/semana). Su coexistencia fue categorizada en tener cero, uno, dos, tres o los cuatro. Las variables sociales fueron, el nivel educativo (NE) categorizado como: sin estudios-primaria (NEbajo) y secundaria-universitaria (NEalto), el nivel socioeconómico familiar en su infancia (NSE) autoreferido por los controles: bajo, medio y alto. La variable MS categorizada en: estable baja (EB): familia con NSEbajo y NEbajo actual; estable alta (EA): familia con NSEalto y NEalto actual; descendente (D): familia con NSEmedio o NSEalto y NEbajo actual y; ascendente (A): familia con NSEbajo o NSEmedio y NEalto actual. Se calcularon las OR para cada uno de los comportamientos en relación con la MS mediante regresión logística y la OR de tener dos, tres o cuatro comportamientos en relación con la MS mediante regresión multinomial considerando referencia tener cero o un comportamiento saludable y MSEA, ajustado por edad y CCAA.

**Resultados:** La población de estudio incluyó 1.844 hombres y 1.762 mujeres de 24 a 85 años. Las mujeres presentaron mayor coexistencia de comportamientos saludables (36,2% tres y 15,9% cuatro) que los hombres (14,5% tres y 3,7% cuatro). En mujeres, el grupo EB presentó mayor probabilidad de no fumar (OR = 2,5 IC = 1,8-3,6) y tener bajo consumo de alcohol (OR = 2,4 IC = 1,5-3,8) frente a EA; para la actividad física, las mujeres de EB presentaron menos probabilidad de realizarla (OR = 0,6 IC = 0,4-0,9). Presentaron mayor probabilidad de tener cuatro comportamientos saludables las mujeres del grupo EB (OR = 1,8 IC = 0,99-3,3) frente a EA. En hombres fue menos probable tener tres comportamientos saludables en los grupos A (OR = 0,5 IC = 0,3-0,8), EB (OR = 0,6 IC = 0,4-0,9) y D (OR = 0,6 IC = 0,3-0,9) que en EA.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los resultados apoyan un comportamiento diferencial relacionado con la movilidad social en función del género. Tienen más comportamientos saludables los hombres de nivel socioeconómico familiar alto y nivel educativo alto actual y las mujeres de nivel socioeconómico familiar bajo y nivel educativo bajo actual.

### 907. INSTRUMENTOS DE RESULTADOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES PARA 3 PATOLOGÍAS PRIORITARIAS

Y. Pardo, C. Oriol, A. Prats, V. Zamora-Ruiz, O. Garin, A. Ribera, M. Ferrer, J. Alonso, C.C. BiblioPRO

*Fundación IMIM; CIBERESP; UAB.*

**Antecedentes/Objetivos:** Según el Global Burden of Disease and Injury Series en 2013 en España la cardiopatía isquémica, la diabetes y la enfermedad cerebrovascular se encuentran entre las cinco patologías con mayor impacto sobre la salud de la población. Es necesario identificar los instrumentos que se están utilizando en nuestro entorno para estas patologías, así como evaluar sus características, para incorporar la perspectiva del paciente. El objetivo del estudio fue identificar y describir los instrumentos de resultados percibidos por los pacientes utilizados en España para la diabetes, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular.

**Métodos:** La localización de los instrumentos se realizó en las bibliotecas BiblioPRO y Proqolid así como mediante una búsqueda en Pubmed de artículos publicados hasta 2016, específicamente diseñada compuesta de 3 partes: 1) criterios de inclusión; 2) criterios de exclusión; y 3) filtro geográfico previamente validado con una especificidad del 100% y una sensibilidad del 88% (Valderas. Rev Esp Cardiol, 2006). Siguiendo los pasos de una revisión sistemática (revisión de títulos, resúmenes y texto completo) se seleccionaron los instrumentos específicos para estas tres patologías.

**Resultados:** Para diabetes se localizaron 30 instrumentos, de los cuales 4 habían sido desarrollados en castellano y 26 adaptados de

otros idiomas (14 con evaluación de propiedades métricas). La mayor parte miden calidad de vida relacionada con la salud (12), seguidos de 6 escalas de síntomas, y de algunos específicos sobre satisfacción y adherencia al tratamiento. En el ámbito vascular, para ictus se localizaron 7 instrumentos y 4 para cardiopatía isquémica (1 de cada patología había sido desarrollado en español). Todos miden calidad de vida relacionada con la salud, excepto una escala de síntoma y una de estado funcional en pacientes con ictus.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Existen instrumentos originalmente desarrollados en español para cada una de las patologías estudiadas, aunque todavía son más abundantes las adaptaciones de instrumentos desarrollados en otras lenguas. A nivel de concepto medido, la calidad de vida relacionada con la salud es el más relevante en las tres patologías. Para facilitar la selección del instrumento más adecuado en cada caso (considerando el objetivo o el ámbito), es necesario evaluar la evidencia disponible sobre sus características métricas.

Financiación: CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain DIUE (2017 SGR 452), PI16/00130-ISCIH/FEDER.

### Comunicación retirada

#### 419. INTEGRANDO A LA CIUDADANÍA EN EL CUIDADO DE SU PROPIA SALUD: ELIMINANDO FRONTERAS

M.V. Ruiz Romero, E. Parejo Amat, M.A. Izquierdo Macías, M.T. Medina Duque, M.D. Acón Royo, M. Guzmán Peña, M.L. Quintero Solís, A. Fernández Moyano, J.L. García Garmendia

*Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.*

**Antecedentes/Objetivos:** La participación ciudadana, implica situar a los ciudadanos como centro del sistema sanitario, crear espacios compartidos e integrarlos en órganos de decisión (comisiones). Se trata de un proceso que va desde la mera información hasta la participación en la evaluación de los resultados clínicos y en salud, pasando por la colaboración en planes de promoción de la salud. Las líneas de actuación se despliegan a nivel de centro y de Unidades, Servicios o Áreas.

**Métodos:** A través de la Comisión de Participación Ciudadana (PC) de nuestro hospital se impulsan y desarrollan los objetivos del plan de PC que se traducen en acciones a nivel centro: la Comisión de PC; Presencia en redes sociales; Reuniones con asociaciones de pacientes; Convenios de colaboración y Análisis de las reclamaciones y propuestas de mejora. A nivel de unidades: Participa la ciudadanía en la evaluación de los resultados asistenciales y en la organización de los servicios; Escuela de pacientes; Promoción de la salud; Espacios compartidos de participación; Análisis de reclamaciones y propuestas de mejora.

**Resultados:** En 2017: una reunión de la comisión de PC y otra del Foro de pacientes. Redes sociales: Twitter (822 seguidores), Facebook (591 seguidores), 3 blogs y un canal de vídeos específico en Youtube (4.617 suscriptores y 2.528.215 visualizaciones); Reuniones con asociaciones de pacientes: Comité Hospital Libre de Humo, Federación Provincial de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de Sevilla y Asociación de lactancia y crianza del Aljarafe reA-mare; 2 Convenios: con ALUSVI (enfermos oncológicos) y con la ONCE (ciegos); Análisis de las reclamaciones (disminuyen un 6,43%). A nivel de unidades: Evaluación de resultados en cataratas, hiperplasia de próstata, prótesis de rodilla y fragilidad; mesas de participación: Prevención del cáncer de mama, Accesibilidad Universal, Enfermedades de nariz, garganta y oído, Prevención de Úlceras por Presión, Reanimación Cardiopulmonar; Escuela de pacientes: Ostomías y Oxigenoterapia domiciliaria; Talleres de Promoción: Analgesia Integrativa, No pierdas un Latido, Higiene de manos, alimentación, Higiene bucodental, Prevención de accidentes de playa, Protección altas temperaturas, Picaduras de insectos, Apoyo psicosocial a cuidadores de lesionados medulares, Inserción social de personas con discapacidad y Deshabitación tabáquica; Espacios compartidos: Educación perioperatoria para Prótesis de rodilla y Foro de pacientes Tu sueño cuenta; Análisis de las reclamaciones en Urgencias.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La participación es mayor cada año y permite identificar oportunidades de mejora en la asistencia.

#### 770. EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL Y EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN

F. Daban, A. Reyes, Y. Robles, I. García-Subirats, Y. Simancas, M.J. López, A. Pérez, E. Sánchez-Ledesma, E. Díez, et al

*Agència de Salut Pública de Barcelona; Fundació Futur; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Universitat Pompeu Fabra.*

**Antecedentes/Objetivos:** La recesión económica repercute en la salud, el bienestar y la socialización de las personas a quienes afecta.

En el marco del programa Barcelona Salut als Barris se desarrolló una intervención comunitaria dirigida a reducir los efectos en la salud asociados a la crisis en residentes en riesgo de exclusión social de un barrio. Evaluamos los resultados en salud mental, bienestar emocional y apoyo social percibido en las personas participantes.

**Métodos:** Diseño pre-post. La intervención se llevó a cabo de octubre de 2016 a diciembre de 2017. Participaron residentes en diversos grados de riesgo de exclusión, que conocieron la intervención por agentes comunitarios y cartelería. La intervención consistió en la participación en uno o más talleres gratuitos de contenidos diversos, junto con el compromiso de realizar una devolución comunitaria en forma de voluntariado. En el periodo se ofrecieron 33 talleres de 1,5 a 12 horas. Se administraron cuestionarios en la inscripción y tras el último taller realizado. Incluían información sociodemográfica y escalas de salud mental (GHQ-12), bienestar emocional (WHO5) y apoyo social (Duke-UNC). Se compararon los resultados entre los dos tiempos con pruebas de Mc-Nemar para datos apareados y comparación de medias.

**Resultados:** Participaron 71 personas (81,7% eran mujeres) de edad media de 52 años. El 24,3% estaba en situación de desempleo sin prestación y el 24% con prestación. La participación media en talleres fue de 3 por persona. De 20 personas no se disponen datos de seguimiento. La salud mental mejoró en las mujeres (pre: 55% post: 80%) ( $p < 0,001$ ), y el bienestar emocional en mujeres (pre: 49% post: 64%) ( $p < 0,001$ ) y hombres (pre: 60% post: 67%) ( $p < 0,005$ ). No aparecieron diferencias en el apoyo social.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La intervención muestra resultados positivos en la salud mental entre las mujeres y en el bienestar emocional en ambos sexos. Recomendamos estudiar y evaluar el programa con muestras mayores.

### 1063. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

M. Margolles-Martins, I. Donate-Suárez, P. Margolles-García

Consejería de Sanidad; Observatorio de la Salud en Asturias; Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias.

**Antecedentes/Objetivos:** La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica. La calidad de vida (CVRS) que altera considerablemente la vida cotidiana a sus enfermos. Esta es susceptible de ser monitorizada y evaluar los resultados de las intervenciones sanitarias en función de los niveles de CVRS alcanzados. Por otra parte, hoy día existen dispositivos tecnológicos que permiten mejorar la CVRS y que por ello la evaluación de sus resultados se convierte en un elemento definitorio para su implantación máxime cuando las tecnologías son caras. Este trabajo pretende conocer la CVRS en Asturias comparando sus resultados con la población no diabéticas (PND) y población general (PG).

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo a partir de los datos de la IV Encuesta de Salud en Asturias ( $n = 2.050$ ), realizada en 2017. Los instrumentos utilizados para evaluar la CVRS es el EQ-5D-5L para adultos. Se analizan las dimensiones individuales, la escala autovalorativas (VAS) y el índice EQ-index con sus valores y tarifas. Se describen sus valores y se comparan entre las personas enfermas, PG y PND mediante análisis estratificado y comparación de medias mediante ANOVA con SPSS v18.

**Resultados:** Existen grandes pérdidas de CVRS en las personas enfermas respecto a PND como PG adulta. Se observa tanto en el VAS como en el índice EQ-5D. El VAS medio en adultos enfermos es en PG de 77,1, en PND 78,5 y en PD de solo 62,8 ( $p = 0,000$ ). El índice EQ-5D fue en PG de 0,914, en PND 0,923 y en PD de solo 0,811. Todas las diferencias son ampliamente estadísticamente significativas en análisis estratificado y en la comparación de medias tanto en valoraciones de

sexos como de tramos etarios. En todos los tramos etarios la diferencia de CVRS es estadísticamente significativa entre enfermos/PNE/PG. La diferencia obtenida no es debida a una mayor prevalencia en edades más altas y esta se acentúa aún más con la edad en mujeres que en hombres). En las cinco grandes dimensiones de EQ-5D (caminar, lavarse, actividades cotidianas, dolor y ansiedad/depresión) las diferencias entre enfermos/PND/PG son considerables. En el estudio se calculan todos los valores de CVRS y diferencias por edad, sexo y otras variables.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La pérdida de CVRS en las personas afectas de DM es considerable, alterando ampliamente su actividad 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 de las estrategias ante esta enfermedad y ante cualquier implantación de nuevas tecnologías que tengan efecto sobre la CVRS así como para la evaluación del impacto de las intervenciones ante la cronicidad.

### 209. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN LABORAL A TRAVÉS DE LA TEORÍA DUAL DE HERZBERG EN ENFERMERAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO ESPAÑOL

J. González-Gancedo, M.E. Fernández-Martínez, A.I. Cobo-Cuenca, M. Fernández-Castro, M. Castañeda-García, M. Ortega-Gil, A.B. Báez-Marín, M.L. Sanz-Muñoz, M.A. Rodríguez-Borrego

SACYL; UCLM; IMIBIC; UCO; Hospital Universitario Reina Sofía.

**Antecedentes/Objetivos:** La satisfacción laboral (SL) se señala como determinante en la calidad asistencial. Existen variables que influyen sobre la SL: estabilidad laboral, vínculo institucional o realización profesional. Estas encajan dentro de lo que Herzberg propuso como SL intrínseca y extrínseca. Hay evidencia de la relación entre niveles de SL, calidad asistencial, salud y estrés percibido en Enfermería. Conocerlos será útil para diseñar actividades preventivas, de mejora de la calidad asistencial/seguridad del paciente. El objetivo general del trabajo fue analizar los niveles de SL en un grupo de enfermeras de un hospital público. Específicamente satisfacción intrínseca, extrínseca y las relaciones entre niveles de satisfacción y características sociodemográficas.

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, correlacional y comparativo. Permiso del comité ético. Criterios de inclusión: enfermeras activas profesionalmente durante la recogida de datos. Se excluyó: baja laboral, excedencia o permiso sin sueldo. Recogida de datos mediante cuestionario online con preguntas sociodemográficas, de formación, de características asociadas al puesto y con la Escala General de Satisfacción (NTP 394). Se invitó a todas las enfermeras del centro (926) a rellenar el cuestionario. Los datos se analizaron con IBM SPSS V. 23.

**Resultados:** Contestaron 392 sujetos. Los niveles de SL fueron más bajos que en otros estudios usando la misma escala. Se observó correlación entre SL general, intrínseca y extrínseca. No se apreció correlación con la experiencia en años. Las características asociadas al puesto que mostraron relaciones estadísticamente significativas fueron el salario y el tipo de contrato, con SL extrínseca y general. Las enfermeras con contrato eventual corto fueron las menos satisfechas. El tipo de servicio mostró relaciones estadísticamente significativas en SL intrínseca y extrínseca. Las enfermeras que trabajaban en servicios mixtos puntuaron más bajo.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El diseño de intervenciones destinadas a aumentar la SL en enfermeras, debería tener en cuenta el salario, el tipo de contrato y el tipo de servicio. Esta última variable muestra relación con SL intrínseca y extrínseca, por lo que conviene profundizar en su análisis. Un análisis de tipo cualitativo complementaría los resultados de este estudio.

### 1127. EL CABALBAIX: PLAN SUPRAMUNICIPAL SOBRE DROGAS Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO\*

M. Luna, M. Ruiz Bobé, G. Muñoz Gil, M. Vergara Duarte, N. García Cela, en representación de Cabalbaix (Abrera, Esparraguera, Olesa de Montserrat y Sant Esteve de Sesrovires)

*Grup Associat pels Serveis de Salut (GASS), Cabalbaix; Departamentos de Salud Pública y Bienestar Social; Ayuntamientos de Abrera, Esparraguera, Olesa de Montserrat y Sant Esteve de Sesrovires; CAP Olesa.*

El Cabalbaix es un plan supramunicipal que se creó en 2004 para prevenir conductas de riesgo y adicciones en población joven y adulta en 4 municipios del Baix Llobregat Nord (65.271 personas), en la provincia de Barcelona. A través de Cabalbaix se realizan diversas actuaciones, de acuerdo con las necesidades y recursos municipales. Entre dichas actuaciones destacan actividades educativas y grupales, asesoría y atención personal y familiar; así como coordinación intersectorial municipal para desarrollar intervenciones específicas en espacios escolares, públicos y de ocio. El Cabalbaix se desarrolla y coordina a través de 4 espacios principales, bajo una dirección técnica: (1) Comisión Política; (2) Comisión técnica; (3) Grupos de trabajo (ocio y educación, comunidad, familia, entorno de salud, social y laboral) y (4) Responsable operativo (rotativo municipal: político, administrativo y económico). Se revisa y evalúa de forma anual, de acuerdo con un plan marco de trabajo consensuado entre los distintos espacios que lo estructuran.

---

**\*Abstract perteneciente a la CO37. “Alcohol y otras adicciones/Álcool e outros vícios”, pág. 318.**

### 1156. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NA RELAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: ATUAÇÃO NO MODELO DE INTERNATO\*

M.L. Barros, A.P. Morais, A.M. Pequeno, C. Carneiro, G.P. Lima, M.S. Sousa

*SMS Horizonte; UECE/CMEPES.*

**Antecedentes/Objetivos:** O currículo do Curso de Graduação em Enfermagem no Brasil tem passado por sucessivas modificações, dentre estas, a inclusão do internato de enfermagem. O presente estudo teve como objetivo compreender o processo de ensino-aprendizagem praticado por enfermeiros tutores do internato do curso de enfermagem na relação ensino-serviço.

**Métodos:** Trata-se de estudo analítico e descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada nos campos de estágio do internato de enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com coleta de dados de março a junho de 2017. Os sujeitos participantes foram os enfermeiros que atuavam na assistência de enfermagem dos serviços de saúde, considerados campos de estágio do internato de enfermagem da UECE, que desempenham no próprio serviço a função de tutor desses estudantes. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, gravada. Os achados foram analisados através da análise temática de conteúdo.

**Resultados:** Foi possível elaborar um perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros participantes do estudo, e, seguidamente, emergiram as seguintes categorias temáticas: a) A dinâmica do internato de enfermagem nos serviços de saúde; b) Metodologias e estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas pelos enfermeiros participantes; c) Limitações e potencialidades vivenciadas no exercício da tutoria.

**Conclusões/Recomendações:** Concluiu-se que a dinâmica do internato nos serviços de saúde se adequam à organização do serviço e regime de trabalho dos enfermeiros. Contudo, ainda apresenta muitos desafios para os enfermeiros tutores, no que concerne à conciliação das atividades do ensino com os da assistência, o que implica qualidade do ensino em serviço. Visando à importância da formação profissional em serviço, sugeriu-se melhor articulação entre o universo acadêmico e os serviços de saúde e a adequação do Manual do Internato de enfermagem para subsidiar pedagogicamente os enfermeiros tutores no desempenho de ações de ensino-aprendizagem dos alunos do internato.

---

**\*Abstract perteneciente a la CP26. “Estilos de vida y salud comunitaria/Estilos de vida e saúde da comunidade”, pág. 327.**