

**Métodos:** Estudio transversal multicéntrico. Pacientes hospitalizados adultos (N = 1.047) seleccionados al azar de 13 hospitales de la provincia de Barcelona en 2014-2015. Exploramos la recepción de las 5As a través de un cuestionario. Dada la progresividad de las 5As, recodificamos el grado de recepción de la intervención como: A0: sin intervención; A1: analizar/preguntar; A2: analizar/preguntar y aconsejar; A3: A2 y evaluar; A4: A3 y ayudar; y A5: A4 y ofrecer seguimiento. Exploramos las características del paciente (edad, sexo, comorbilidades) y del hospital (nivel de complejidad, unidad). Para calcular la probabilidad de haber recibido la intervención (5As), calculamos las razones de prevalencia ajustadas (aPR) a través de un modelo multinivel de regresión de Poisson.

**Resultados:** El 60,4% (n = 624) de los pacientes se les había analizado/preguntado (A1) sobre su consumo de tabaco. Entre las personas fumadoras, el 46,5% recibió consejo para dejar de fumar (n = 90) (A2), el 26,6% (n = 48) fueron evaluados (A3) y el 4,6% (n = 10) recibió todos los componentes de las 5As. Los fumadores de mediana edad (aPR = 3,63; IC95%: 1,69-7,79) con una enfermedad respiratoria (aPR = 2,19; IC95%: 1,11-4,34) presentaron mayor probabilidad de haber sido preguntados, aconsejados y evaluados (A3). La intervención para dejar de fumar fue realizada con mayor frecuencia por los médicos, excepto la ofrecer seguimiento.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Menos de la mitad de los fumadores fueron preguntados y aconsejados dejar de fumar, y muy pocos recibieron todos los componentes de las 5As. Los hospitales deberían incrementar sus esfuerzos para ayudar a los pacientes a dejar de fumar.

Financiación: Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona.

## 186. CUMPLIMIENTO DE LA PROHIBICIÓN DE FUMAR EN LUGARES DE TRABAJO Y LUGARES PÚBLICOS EN CHILE

A. Peruga, X. Molina, I. Delgado, I. Matute, A. Olea, M. Hirmas, C. González, X. Aguilera

*Centro de Epidemiología y Políticas de Salud (UDD); Grupo de control del tabaco del IDIBELL.*

**Antecedentes/Objetivos:** La ley chilena prohíbe fumar en todas las áreas cerradas y semiabiertas de lugares públicos y lugares de trabajo y en todas las áreas abiertas de los centros sanitarios y las escuelas. El Ministerio de Salud define las áreas semiabiertas como cualquier espacio que no esté completamente aislado del exterior por una estructura permanente o temporal que sirva como pared o muro y esté cubierto por un techo o tejado permanente o temporal hecho de cualquier material que tenga al menos un punto de apoyo en una pared del establecimiento. El objetivo del estudio es evaluar el grado de cumplimiento de la legislación integral chilena sobre ambientes libres de humo de tabaco en 2018 mediante la observación de personas que fuman en violación de la ley, dentro de los lugares de trabajo y lugares públicos por tipo de área: cerrada, semiabierto y abierta.

**Métodos:** Este estudio observacional transversal investiga una muestra nacional representativa de lugares de trabajo y lugares públicos en los mismos siete sectores que se estudian en el informe de la OMS sobre la epidemia mundial. Se obtuvo una muestra de 3.986 lugares mediante un diseño de muestreo por conglomerados en dos etapas. El nivel de incumplimiento se estima mediante el porcentaje de los lugares visitados donde se observó fumar en áreas prohibidas de los locales.

**Resultados:** No se observaron personas fumando en ningún área cerrada de ningún establecimiento. Sin embargo, se observaron violaciones por fumar en áreas prohibidas semiabiertas, en un porcentaje de lugares que va de 0,2% [IC95%: 0,0-1,7%] y 0,5% [0,1-1,9%] en escuelas y centros de salud, respectivamente, a 9,2% [5,8-14,2%] y 10,0% [6,8-14,4%] en lugares donde se sirven principalmente alimentos o bebidas, respectivamente, y 23,0% [16,1-31,9%] en centros de

educación superior. Nuestro estudio revela que la probabilidad de encontrar una violación de la ley en el sector de la restauración fuera del horario laboral de los inspectores de salud pública (8 am a 5 pm) es 2,5 veces más alta [1,1-5,6] que durante sus horas de oficina. Al considerar la observación de personas fumando en todas las áreas prohibidas por la ley, incluidas las áreas abiertas, la cifra de incumplimiento nacional para todos los tipos de lugares combinados es del 4,1% [2,1-7,7%].

**Conclusiones/Recomendaciones:** El marcado contraste en el cumplimiento de la prohibición de fumar entre las áreas cerradas y las áreas semiabiertas puede ser una consecuencia de la definición compleja y poco clara de las áreas semiabiertas en los reglamentos. El estudio también refleja la necesidad de mejorar la aplicación de la ley de no fumar en las universidades y lugares de hospitalidad.

Financiación: OMS.

## JUEVES, 22 DE OCTUBRE DE 2020

### ME02. Alcohol y salud pública (en colaboración con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas)

*Coordinan: Marina Bosque Prous e Iñaki Galán Labaca*

#### 294. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DEL ENTORNO DE ALCOHOL: FOTOVOZ EN DISTRITOS DE DISTINTO NIVEL SOCIOECONÓMICO

I. Molina de la Fuente, A. Pastor, P. Conde, M. Sandín Vázquez, C. Ramos, M. Bosque-Prous, M. Franco, X. Sureda

*Universidad de Alcalá; Ayuntamiento de Madrid; Universitat Oberta de Catalunya; City University of New York; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.*

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo de este estudio fue comparar los resultados obtenidos del diagnóstico comunitario del entorno de alcohol percibido por los y las residentes de dos distritos con distinto nivel socioeconómico utilizando la metodología participativa Fotovoz.

**Métodos:** El estudio se realizó en Madrid, España, en un distrito con nivel socioeconómico alto (Chamberí) y en otro distrito de bajo nivel socioeconómico (Villaverde). Participaron 26 personas divididas en cuatro grupos según sexo y distrito. Cada grupo realizó un mínimo de cinco sesiones durante semanas consecutivas. En cada sesión, las personas participantes presentaron y debatieron fotografías propias de su entorno de alcohol, que finalmente agruparon en categorías temáticas.

**Resultados:** Se presentaron 270 fotografías, que se clasificaron en 52 categorías temáticas finales, 24 en Chamberí y 28 en Villaverde. En ambos distritos, destacaron el papel socializador del alcohol; la presencia de publicidad como algo intrínseco al barrio; y la gran accesibilidad al alcohol. Otras categorías de temática similar se identificaron en ambos distritos con un discurso diferente. Describieron, por ejemplo, los efectos negativos del consumo de alcohol en el espacio público, muy relacionado con el ruido de terrazas en Chamberí mientras que en Villaverde hacían referencia a la suciedad generada por el consumo en estos espacios. En Villaverde destacaron con preocupación, a diferencia de Chamberí, los efectos sociales del alcoholismo y su relación con otras adicciones. En Chamberí, describieron distintos patrones de consumo de alcohol en su distrito en función de la edad. En

Villaverde lo hicieron en función de la nacionalidad y del género. La exposición de menores al alcohol fue un tema presente en ambos distritos. En Chamberí, destacaron el consumo de alcohol, de padres y madres delante de menores; mientras que en Villaverde resaltaron la publicidad dirigida a este grupo. Por último, aparecieron categorías propias de cada distrito, "Chamberí está de moda" en Chamberí, y "Alcohol y Nutrición" en Villaverde.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Las personas participantes en el proyecto Fotovoz realizaron un diagnóstico comunitario de su entorno de alcohol diferente según el nivel socioeconómico del distrito. Estos resultados pueden ayudar a diseñar políticas e intervenciones para prevenir el consumo de alcohol que sean adecuadas para cada distrito reduciendo las desigualdades en salud.

Financiación: Plan Nacional sobre Drogas (PNSD 2016I047); European Research Council (FP7/2007- 2013/ERC Starting Grant Heart Healthy Hoods Agreement no. 623 336893).

### 309. TIPOS DE PUBLICIDAD DE ALCOHOL ASOCIADA A LOS PUNTOS DE VENTA Y CONSUMO DE LA CIUDAD DE MADRID

A. Pastor, U. Bilal, A. Espelt, M. Franco, X. Sureda

*Universidad de Alcalá; Drexel Dornsife School of Public Health; Facultat de ciències de la salut de Manresa. Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.*

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo del estudio fue identificar diferentes tipologías de carteles publicitarios de acuerdo con su contenido asociados a los locales de venta y consumo de alcohol.

**Métodos:** Estudio transversal realizado en 42 secciones censales de Madrid durante el año 2016. Se utilizó el OHCTIES instrument, que permite caracterizar mediante observación sistemática la exposición de alcohol en el entorno urbano. Para este trabajo se utilizaron las variables asociadas al contenido de los carteles expuestos en escaparates y ventanas de los locales de venta y consumo que incluyen: 1) Presencia de imagen asociada a bebida alcohólica 2) Presencia de marca de alcohol; 3) Presencia de oferta de comida asociada a alguna bebida alcohólica; 4) Oferta asociada a precio y/o regalo. Se aplicó un Análisis de Clases Latentes. Para elegir el número óptimo de clases se utilizaron los criterios de Entropía de modelo y el Criterio de Información Bayesiano (BIC). Se comparó la distribución de las tipologías según tipo de local.

**Resultados:** Se encontraron 180 carteles asociados a 321 locales de venta y consumo de alcohol en las 42 secciones censales. Se identificaron 2 tipologías diferentes de publicidad en función de su contenido. El 57% del total de los carteles perteneció a la tipología 1 y el 43% a la tipología 2. Los carteles pertenecientes a la tipología 1 se caracterizaron por presentar descuentos/regalos, y/o ofertas de comida (el 81% contenían un descuento en el precio y/o regalo y el 58% estaban asociados a una oferta de comida). Los carteles pertenecientes a la tipología 2 presentaban imágenes de bebidas alcohólicas o de marcas de alcohol (82% y 95%, respectivamente). En el 66% de los locales de consumo de alcohol se encontró publicidad de tipo descuentos/ofertas (tipo 1) y un 34% de tipo imagen y marca (tipo 2). En un 33% de los locales de venta de alcohol se encontró publicidad tipo descuentos/ofertas y un 67% de imagen/marca. Hubo diferencias significativas entre las tipologías de los carteles según el tipo local ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** En los locales de consumo predomina la publicidad asociada a descuentos/ofertas mientras que en los locales de venta predomina la publicidad asociada a imagen y marca. Futuras políticas deben regular el contenido y la localización de los carteles asociados a los locales de venta y venta y consumo de alcohol para disminuir la aceptación del consumo de alcohol, especialmente en población joven.

Financiación: Plan Nacional sobre Drogas (2016I047).

### 318. NOMOFOBIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES DE GALICIA

A. Díaz-Geada, A. Regueira Castro, M. Corral, M.L. Platas Ferreira, F.J. Fernández Eirós, F. Caamaño Isorna, L. Moure Rodríguez

*Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidade de Santiago de Compostela. CIBER-ESP; Servicio de Medicina Preventiva. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense; Área de Psobiología. Universidade de Santiago de Compostela; Servicio de Drogodependencias. Ayuntamiento de Lugo.*

**Antecedentes/Objetivos:** La nomofobia, -el miedo irracional a no poder utilizar el teléfono móvil-, es poco conocida, aunque está aumentando sobre todo en jóvenes. Este fenómeno se ha relacionado con problemáticas de ansiedad y consumo de sustancias adictivas. El objetivo del presente estudio fue valorar la asociación entre nomofobia, consumo intensivo de alcohol y borracheras el último mes en estudiantes entre 14 y 18 años.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal entre estudiantes de secundaria, bachillerato o formación profesional de 14 a 18 años del Ayuntamiento de Lugo. La población del estudio la conformó todo el alumnado matriculado en los centros públicos, privados o concertados de la ciudad ( $n = 3.100$ ). El cuestionario recogió variables sociodemográficas, consumo de sustancias y uso problemático del móvil e Internet. Las variables dependientes fueron: 1) CIA medida como la frecuencia de consumo de 5 o más bebidas alcohólicas en una ocasión (2 horas), 2) Emborracharse en el último mes. La nomofobia -variable independiente principal- se midió con el Nomophobia Questionnaire (NMP-Q). Se realizaron análisis multinivel para medidas repetidas con el paquete estadístico SPSS 20.0.

**Resultados:** la media de horas de uso de móvil entre estudiantes lucenses fue de 4,7h diarias. Además, se encontró un 27,7% de adolescentes de Lugo con un uso de riesgo/problemático del móvil (24,1% en hombres vs 31,0% en mujeres). La prevalencia de uso de riesgo/problemático del móvil en función del consumo de alcohol en los últimos 30 días fue en mujeres consumidoras 42,0% vs 28,7% en no consumidoras mientras en hombres 31,7% vs 20,0%. Las mujeres con nomofobia presentan un mayor riesgo de práctica de CIA en el último mes (OR = 1,61), al igual que los hombres (OR = 1,89). El riesgo de emborracharse en el último mes entre las mujeres con nomofobia es un 56% mayor (OR = 1,56) y el de los hombres un 60% mayor (OR = 1,60). El riesgo de ambas conductas aumenta también con la edad, con la disponibilidad de dinero para gastos y con una menor edad de inicio de consumo de alcohol, en hombres y mujeres.

**Conclusiones/Recomendaciones:** la asociación entre consumo de alcohol y uso problemático del móvil que muestran los resultados del estudio refleja la importancia de trabajar las conductas adictivas de forma holística. Las mujeres parecen ser un grupo diana de importancia, teniendo en cuenta que presentan mayor prevalencia de uso problemático del móvil a igual número de horas de uso para todas las edades.

### 398. ALCOHOL-ATTRIBUTABLE MORTALITY ESTIMATES IN SPAIN: NEW INSIGHTS USING MULTIPLE CAUSES OF DEATH DATA

S. Trias-Llimós, A. Blanes, J. Spijker

*London School of Hygiene & Tropical Medicine; Centre d'Estudis Demogràfics.*

**Background/Objectives:** Alcohol-attributable mortality estimates provide essential information on the harmful health consequences of alcohol. Current age- and sex-specific estimates are mostly based on indirect estimation techniques, and do highly dependent on assumptions made. We explore how the use of multiple causes of death can overcome some of the limitations of indirect estimation techniques.

**Methods:** Individual population-level mortality data for Spain containing all causes of death mentioned in the death certificate was

retrieved from the National Statistics Institute (INE) for 2016-17. Alcohol-related mortality was defined as those deaths with one of the following ICD-10 causes of death in the death certificate (either as underlying or contributory): F10, G312, I426, K292, K70, K852, K860, O354, P043, Q860 and X45. Descriptive analyses were performed to compare the number of deaths and the attributable fractions derived from this approach with alcohol-attributable mortality defined merely using underlying causes of death and with the Global Burden of Disease (GBD) estimates by age and causes.

**Results:** Preliminary results using underlying and contributory causes suggest annual deaths related to alcohol to be 4,380 for men and 1,270 for women. This compares to 3,410 annual deaths for men and 1,150 for women using merely underlying causes of death, and with over 20,000 annual deaths (men and women combined) estimated by the GBD. Age groups 45-65 had the highest alcohol-attributable fractions, peaking at ages 50-54 (7.1% of all deaths among men). The alcohol-related contributory causes of death that were more commonly used (> 90%) were either alcoholic liver cirrhosis or mental and behavioural disorders due to use of alcohol. Neoplasms (37%) and cardiovascular diseases (24%) were the predominant underlying causes of death among those deaths for which alcohol was only mentioned as contributory cause of death.

**Conclusions/Recommendations:** Estimates derived from multiple causes of death better reflect the overall impact of alcohol on mortality, but are most probably underestimates. In combination with other approaches, multiple causes of death data may prove useful data towards the understanding of some age- and cause-specific patterns. Strengths and limitations of the use of multiple causes of death to estimate alcohol-attributable mortality will be discussed.

#### 478. ABOGACÍA Y POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS: PERSPECTIVA DESDE EL GRUPO DE TRABAJO DE ALCOHOL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGIA

J.R. Villalbí, M. Bosque-Prous, A. Espelt

*Agència de Salut Pública de Barcelona; IIB Sant Pau; CIBERESP; Universitat Pompeu Fabra; Universitat Oberta de Catalunya; Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.*

**Antecedentes/Objetivos:** Se ha puesto de manifiesto el impacto del alcohol sobre la salud de la población, sin que apenas se haya abordado desde las políticas sanitarias. La reducción de otros riesgos con fuerte impacto poblacional (tabaco, lesiones por tráfico, heroína o sida), dejó el alcohol como un problema mayor de salud y resaltó la necesidad de reducir el daño producido por su consumo. El fracaso de los intentos de regulación de 2002 y 2006 puso de manifiesto la necesidad de desarrollar infraestructuras para apoyar este objetivo. En este contexto se puso en marcha el Grupo de Trabajo de alcohol (GTOH) en la SEE, objeto de esta comunicación.

**Métodos:** Se describe la puesta en marcha del grupo, sus componentes, actividades y productos a lo largo de ocho años (2012-19). Se valoran los cambios que se han producido en algunos aspectos que pueden influir en las políticas públicas sobre el alcohol y se discute su relación con las actividades del grupo.

**Resultados:** El grupo se inició con 8 miembros en 2012, y cuenta en 2019 con 14 miembros de 13 organizaciones, además de mantener vínculos con otros profesionales. Se han alcanzado los objetivos de trabajo iniciales para cubrir lagunas de conocimiento sobre el alcohol y la salud. Por primera vez se ha formulado una propuesta amplia de acciones y políticas regulatorias sobre el alcohol para España, trasladada a foros, prensa, posicionamientos de la SEE, y contactos con gobiernos y legisladores. Se ha creado un espacio de reflexión sobre el alcohol en las reuniones anuales de la SEE, al que se han presentado 73 comunicaciones a lo largo de estos años. Estas aportaciones al conocimiento se han

transformado en artículos en revistas profesionales y científicas, con 63 trabajos sobre alcohol de los miembros del grupo localizados en PubMed en el período 2013-20. Se ha desarrollado una infraestructura de comunicación que reunía a 31 profesionales en 2013 y en 2019 llega a 57 y a 28 periodistas. Hay una relación estable con el Plan Nacional sobre Drogas, que ha subvencionado actividades, y con el Ministerio, y se han realizado acciones y abogacía con legisladores.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El trabajo del GTOH ha mejorado el conocimiento de los problemas que el alcohol plantea a la salud pública en España, ha permitido desarrollar un esquema de políticas de prevención prioritarias, y ha facilitado la existencia de un núcleo de personas comprometidas para la abogacía, que podría mejorar las políticas públicas sobre alcohol en el futuro.

Financiación: Plan Nacional sobre Drogas Exp. 2016/029.

#### 515. INFLUENCIA DEL ENTORNO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIVERSITARIOS UTILIZANDO EL CONCEPT MAPPING

E. Teixidó-Compañó, X. Sureda, M. Bosque-Prous, J.R. Villalbí, S. Puigcorbó, E. Colillas-Malet, M. Franco, A. Espelt

*UVIC-UCC; Universidad de Alcalá; Universitat Oberta de Catalunya; Agència de Salut Pública de Barcelona; Agència de Salut Pública de Catalunya; CIBERESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** Identificar los factores ambientales que las personas universitarias consideran que se relacionan con el consumo de alcohol y analizar la importancia y la frecuencia atribuida a cada factor.

**Métodos:** Estudio de métodos mixtos utilizando la metodología del Concept Mapping con una muestra de estudiantes universitarios de enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de Manresa de UVIC-UCC. Los y las estudiantes participaron en dos sesiones presenciales para recoger los datos del estudio. En la primera sesión se obtuvo el consenso sobre los aspectos del entorno que influyen en el consumo de alcohol. En la segunda, se valoraron los ítems obtenidos en la primera sesión en una escala tipo Likert de 1 a 5 en función de la importancia y la frecuencia de esta exposición en el consumo de alcohol (1 = mínimo; 5 = máximo.). En ambas sesiones también rellenaron una breve encuesta con datos sociodemográficos y de consumo de alcohol. Posteriormente se analizaron los datos obtenidos con el RC-MAP del paquete estadístico R 3.6.1.

**Resultados:** Aproximadamente 60 estudiantes participaron en cada sesión. La mayoría de las personas participantes fueron mujeres, de 20 a 24 años y estudiaban y trabajaban en el momento del estudio. La mitad de los estudiantes reportaron haber realizado binge drinking en el último año. De la primera sesión, se obtuvieron 55 ítems que se clasificaron en 7 factores diferentes: Publicidad del alcohol (9 ítems); Ambiente familiar (4 ítems); Presión grupal (12 ítems); Normas y responsabilidades (4 ítems); Ocio y tiempo libre (7 ítems); Situación emocional (8 ítems); Acceso al alcohol (8 ítems). Los factores "Acceso al alcohol", "Ocio y tiempo libre" y "Presión grupal", fueron considerados los más importantes (media de 3,5, 3,4 y 3,4 sobre 5, respectivamente) y frecuentes (media de 3,0, 2,8 y 2,7 sobre 5, respectivamente). La publicidad relacionada con el alcohol, en cambio, fue el factor considerado como menos importante (media de 2,6 sobre 5) y frecuente (media 2,1 sobre 5).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los factores identificados entre el grupo de estudiantes de enfermería coinciden con aquellos a los que se destina más recursos para la disminución de la prevalencia de consumo de alcohol. Sin embargo, la publicidad sobre el alcohol, que se ha visto relacionada con el consumo de alcohol en jóvenes, es percibida como menos importante y frecuente en comparación a los otros factores.

Financiación: Este trabajo ha sido posible gracias a la financiación parcial del Plan Nacional sobre Drogas (2016I029) y (2016I047).



## 650. CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CATALUNYA CENTRAL

H. González-Casals, A. Espelt, S. Barón-García, E. Teixidó-Compañó, N. Obradors-Rial, M. Bosque-Prous

UVic-UCC; CIBERESP; UOC.

**Antecedentes/Objetivos:** Estimar la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en adolescentes escolarizados de la Catalunya Central durante el curso 2019-2020 y analizar los factores asociados a este consumo.

**Métodos:** Estudio transversal del proyecto DESKcohort ([www.deskcohort.cat](http://www.deskcohort.cat)). La población de estudio fue el alumnado de 2º y 4º de ESO, 2º de Bachillerato y CFGM de la Catalunya Central. La muestra de estudio fue de conveniencia. Participaron 65 centros de 91, con un total de 7.327 estudiantes (53% chicas y 47% chicos). Se administró un cuestionario sobre hábitos de salud y sus determinantes. La variable dependiente fue el consumo de riesgo de alcohol (sí/no) calculado a partir del test AUDIT-C. Se consideró consumo de riesgo de alcohol a puntuaciones de 3 o más puntos, tal como sugerían estudios previos. Se realizó un análisis descriptivo estimando la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol según distintas características sociodemográficas y de salud del alumnado. Para determinar las asociaciones entre las distintas variables independientes y el consumo de riesgo de alcohol, se estimaron modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, obteniendo razones de prevalencia (RP) ajustadas con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%).

**Resultados:** Un 24% (IC95% = 23,1-25,0%) de las personas adolescentes declaró realizar un consumo de riesgo de alcohol. El consumo de riesgo de alcohol se asoció con el curso [RP = 4,62 (IC95% 3,88-5,49) en 4º ESO; RP = 9,50 (IC95% 8,03-11,24) en 2º Bachillerato; RP = 9,21 (IC95% 7,64-11,11) en CFGM, respecto a 2º ESO], el sexo [RP = 0,92 (IC95% 0,86-0,98) en chicas respecto a chicos], bajo rendimiento escolar [RP = 1,15 (IC95% 1,02-1,29), respecto a estudiantes con buen rendimiento], haber realizado acoso escolar [RP = 1,20 (IC95% 1,04-1,40), respecto a no haberlo hecho] y consumo de otras sustancias psicoactivas [haber probado tabaco: RP = 4,12 (IC95% 3,68-4,61), respecto a no haberlo probado; consumo de riesgo de cannabis: RP = 1,45 (IC95% 1,32-1,59), respecto a no consumo o consumo de bajo riesgo]. No se observó una asociación según nivel socioeconómico, nivel de estudios de los progenitores, autopercepción de salud ni haber sufrido acoso escolar.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Uno de cada cuatro adolescentes de la Catalunya Central realiza un consumo de riesgo de alcohol, observándose diferencias según curso, sexo, rendimiento académico, haber realizado acoso escolar y consumo de otras sustancias psicoactivas.

Financiación: Fundació Universitària del Bages; Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

## ME03. Proyecto EFFICHRONIC, empoderar a las personas con enfermedades crónicas y cuidadores. Aproximación a su análisis cuantitativo y cualitativo

Coordina: Pilar Serrano-Gallardo

## 270. ANALYSIS OF THE SELF-MANAGEMENT PROGRAMME IMPLEMENTATION IN VULNERABLE POPULATION ACROSS EUROPE

M.M. Pisano-González, A.L.D Boone, D. Peñacoba, V. Valsecchi, S.S. Tan, R. Ochoa

Consejería de Salud Asturias; Ficyt; CHU Montpellier; EMC Rotterdam.

**Background/Objectives:** The Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) seeks to increase people's self-efficacy, their ability to adopt healthy lifestyles and promote positive strategies for their application in daily life. The EFFICHRONIC project has been built on solid evidence from the CDSMP. The objective is to train 2,000 people who, in addition to suffering from a chronic disease, are caregivers and/or are affected by socio-economic vulnerability. The project was implemented in five European countries (Spain, Italy, France, Netherlands and UK).

**Methods:** The target groups are people with chronic diseases affected by the following conditions: ethnic minorities, immigrants, refugees, the elderly who live alone, few economic or educational resources, prisoners or isolated caregivers. To implement the CDSMP it was necessary to adapt the training materials and train the Leaders. Then, we recruited participants in consecutive steps by combining population and individual strategies that include 1) analysis of vulnerable maps able to detect the areas with a higher level of vulnerability 2) the creation of alliances with different stakeholders and 3) the identification of participants. An implementation process analysis was performed.

**Results:** More than 234 leaders were trained and all the training materials were adapted in the 5 languages of the consortium, 5 geographic vulnerability maps were elaborated and alliances were created with more than 100 stakeholders that covered: geopolitical recruitment, recruitment through formal territorial organizations, transversal recruitment by healthcare professionals, social workers and related professionals, specific recruitment for institutionalized vulnerable people, uptake by NGOs, and recruitment by the civil society. A total number of 237 workshops with end-users were delivered. 2,951 vulnerable people participated and 2,317 completed the programme (dropout rate of 21.4%). All the vulnerable target groups were reached and trained in the programme, although the results were not homogeneous in all countries. The existing differences are related to the different starting points in the level of development of the CDSMP which are country-specific.

**Conclusions/Recommendations:** The strategic coordination at the local-regional level among stakeholders has been a key success factor in achieving a successful recruitment. The identification of the relevant stakeholders in vulnerable populations, and the joint work and support is another of the facilitating elements of the recruitment. The simultaneous activation of the different strategies optimized project results by reaching a wide variety of end users and communities.

Funding: European Union's Health Programme (2014-2020), project '738127/EFFICHRONIC.

## 413. THE EFFICHRONIC PROJECT: DISSEMINATION & COMMUNICATION STRATEGIES, CHANNELS AND RESULTS

A.L.D. Boone, M.M. Pisano-González, R. Vázquez Álvarez, I. Rey Hidalgo, G. Baker

DG Salud Pública-CSPA; DG Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria-CSPA; Servicio de Salud del Principado de Asturias; FICYT-Asturias; QISMET-UK.

**Background/Objectives:** EFFICHRONIC aims to improve self-care and health-related quality of life by implementing an evidence-based Chronic Disease Self-Management Programme in 2,000 vulnerable people with a chronic condition and caregivers at five European sites. For successful implementation, a solid Dissemination and Communication (D&C) strategy is crucial. The objectives of the D&C campaign include: to recruit the vulnerable target population, to increase the scientific and social project impact, to raise awareness in general society of the importance of healthy lifestyles, and to visualize project results. The project has a duration of 3.5 years, finishes in November 2020

and is part of the project 738127/EFFICHRONIC which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

**Methods:** The primary and secondary target groups of the D&C campaign are the project participants and their relatives and friends. The third group consists of health professionals, researchers, health services, public administration and civil society. Five main D&C channels are used: promotional material, mass media, online activities, recruitment activities in the community and scientific publications. An internal quality control allows monitoring the progress and perform mitigation actions.

**Results:** The promotional material includes posters and flyers in five languages. Mass media actions involve press-releases and appearances on radio and TV stations. Pieces of news are posted on the EFFICHRONIC and other websites and blogs on a continuous basis. Partners are active on social media channels as Twitter, Facebook and YouTube, gaining many followers and reaching influential multipliers. The project partners attended over 150 non-academic happenings, gave more than 30 presentations at scientific events and organized 10 national workshops. Four papers were published in indexed journals and also other articles in peer-reviewed non-indexed journals. Several PhD and Master's dissertations and scientific papers are still underway. Also, collaborations with at least seven other European projects were established to visualize the project. As a result of the intensive campaign, almost 3,000 participants were engaged in the project and around 80% successfully finished the intervention.

**Conclusions/Recommendations:** The multichannel approach of the D&C strategies of EFFICHRONIC has been successful to reach the required sample size. It is furthermore an ongoing process as more material will be published once the project results become available.

Funding: European Union's Health Programme (2014-2020), project '738127/EFFICHRONIC'.

## 269. IMPLEMENTATION EFFECTIVENESS OF SELF-MANAGEMENT PROGRAMMES AT FIVE CLINICAL SITES: LESSONS LEARNT

A. Doñate-Martínez, L. Llop, J. Garcés

*Universidad de Valencia-Instituto de Investigación Polibienestar.*

**Background/Objectives:** In the framework of the EU-funded EFFICHRONIC project (ref.: 738127) a conceptual and methodological approach was designed aimed to evaluate the project performance in terms of effectiveness and quality, allowing to assess whether the project goals have been met and to ensure that those are met with the highest standard. The objective of this abstract is to present the main results of the implementation of the Chronic Disease Self-management Programme (CDSMP) in five EU countries (Spain, Italy, Netherlands, France and UK) in terms of effectiveness.

**Methods:** For that purpose, an Internal Evaluation Approach (IEA) was designed to be performed by the EFFICHRONIC consortium at three moments along the project lifetime using different evaluation indicators. Furthermore, the project evaluation methodology is focused on two connected perspectives: i) a formative evaluation as an ongoing process that allows for feedback to be implemented during the project cycle; and ii) a summative evaluation as an evaluation of the overall objectives and outcomes of the project.

**Results:** On the basis of the two performed formative evaluations, important differences were found in the implementation of the CDSMP among the 5 clinical sites based on different 'maturity' levels on its knowledge, practice and materials. In this sense, those entities with previous experience achieved higher numbers of participants (especially during the first evaluation), but the less-experienced sites had to invest more efforts in preparing the context (i.e. interviews with key staff for engagement or translation of materials). Communication and dissemination actions at local and regional level was an

important facilitator to implement the CDSMP by raising the interest and willingness to participate among relevant stakeholders. Last but not least, legal and ethics frameworks and requirements were also identified as a difficulty to introduce changes or adaptations to the established protocols that needed flexibility for a proper implementation at the five clinical sites.

**Conclusions/Recommendations:** The project coordination and partners' involvement and compromise in the project actions is fundamental to achieve the expected objectives of the project. Communication and dissemination of the project among end-users and stakeholders is vital for a proper engagement of the key actors on the execution of the planned activities. An established and willing network of human resources and skilled staff are key drivers to effectively implement the CDSMP. It is fundamental to have a deep knowledge in advance of the legal and ethics regulations that will frame the implementation of clinical studies.

Funding: European Union's Health Programme (2014-2020), project '738127/EFFICHRONIC'.

## 216. RECRUIT PARTICIPANTS IN VULNERABLE SITUATIONS: QUALITATIVE EVALUATION OF THE RECRUITMENT PROCESS IN THE EFFICHRONIC PROJECT

P. Serrano-Gallardo, V. Casseti, A.L.D. Boone, M. Pisano-González

*Nursing Department. Faculty of Medicine. UAM; PACAP. Comunitat Valenciana. University of Sheffield; Public Health General Directorate. Principality of Asturias. CSPA; General Directorate of Care, Humanization and Social Healthcare Services. Principality of Asturias. CSPA.*

**Background/Objectives:** EFFICHRONIC, a coordinated project between 5 European countries, aims to reduce the burden of chronic diseases and increase the sustainability of the health system by training expert patients in vulnerable situations. Recruiting key people who work in the territories and who can support the process of attracting vulnerable people represents a challenge. Objective: to analyse in the five countries of the EFFICHRONIC project, facilitators and barriers that the coordinators of the participant recruitment strategy have had.

**Methods:** Qualitative study with intentional sampling of people in charge of recruitment (one per EFFICHRONIC country). Semi-structured interviews were carried out and thematic analysis of the transcripts (NVivo software) through coding and synthesis, to identify facilitators and barriers in the recruitment of key people in each territory, as well as well as participants (vulnerable population).

**Results:** Four categories were identified: 1) Recruitment facilitators: work in co-production, make wide dissemination of the project, work with recognized stakeholders, and the rural environment; 2) Barriers to recruitment: different socio-health systems, idiosyncrasies of each country, requirements of ethics committees; 3) Strategies to overcome barriers: multiple and collaborative approach (ICTs, influential health professionals, committed social workers, the third sector, snowball and word of mouth mechanisms, compensation actions and mapping of vulnerable populations); 4) Lessons learned: importance of knowing the program from the beginning of the project, as well as of the stakeholders to be able to work together; simultaneously recruit trainers and participants; involve strategic professionals (Primary Care physicians) in recruiting; take into account the context and its rules; develop incentive systems; and have more time to implement these types of projects.

**Conclusions/Recommendations:** The recruitment process has been a novel experience for all countries; It has allowed the creation of new relationships with local actors, knowing in depth the social world beyond the healthcare system, combining strategies, creatively innovating and taking into account the institutional and cultural idiosyncrasies of each country, and all from a collaborative approach of co-production.

Funding: European Union's Health Programme (2014-2020), project '738127/EFFICHRONIC.

### 319. EXPERIENCES OF VULNERABLE PEOPLE TAKING PART IN A CHRONIC DISEASE SELF-MANAGEMENT PROGRAM IN FRANCE

D. Fracso, A. Oude-Engberink, G. Bourrel, C. Jorgensen, H. Fanton, A.L.D. Boone, M. Pisano, Y.M. Pers

*IRMB, University of Montpellier, Inserm U1183, CHU Montpellier; Department de General Medicine, University of Montpellier; DG Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. CSPA; Public Health General Directorate, Principality of Asturias (CSPA).*

**Background/Objectives:** The Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) has been successfully implemented in several countries. Most patients showed an increase in self-management, improved access to services, the ability to control their disease, together with better health outcomes. However, research on prevention programs has not targeted individuals with specific vulnerability profiles. The EFFICHRONIC project addresses this point by performing an international study with more than 2,000 patients in five European countries. We aimed to analyze the expectations, needs and perceptions of patients included in the EFFICHRONIC project before and after their participation in the workshops of the CDSMP.

**Methods:** We recruited participants enrolled in the EFFICHRONIC study in Montpellier area (France) regardless the number of CDSMP workshops that have been followed. We performed a qualitative analysis based on semi-structured interviews of these patients. Transcripts of these interviews were compiled with a semio-pragmatic approach and analyzed with data triangulation.

**Results:** Twenty participants were included. These patients were suffering from a prior life transformation (loss of identity, physical and financial dependencies, relationship to others modified) with difficulties in getting along to rebuild and to access appropriate healthcare. The commitment of program participants (related to learning, peer group, caregiver-patient leaders, localization, etc.) can lead to a perception of self-efficacy and empowerment. The limitations raised for maintaining these conditions after 6 months are the lack of medical follow-up, geographical and social isolation, the occurrence of a disease's complication, the need to be supported and to deepen some concepts.

**Conclusions/Recommendations:** Our results suggest that the program allows participants to become "self-managers" of their own health. They proposed to maintain the efficacy by using individualized cross-sectoral support and by developing targeted therapeutic educational workshops.

Funding: European Union's Health Programme (2014-2020), project '738127/EFFICHRONIC.

### 402. PROFILES OF SOCIOECONOMIC VULNERABILITY AND SOCIAL INEQUITIES IN SELF-PERCEIVED HEALTH IN THE SPANISH POPULATION OF THE EFFICHRONIC PROJECT

E. García-Ovejero, M. Pisano González, A.L.D. Boone, S. Zora, P. Serrano-Gallardo

*Departamento de Enfermería y Nutrición. UEM; Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. CSPA; Dirección General de Salud Pública. CSPA; Ente Ospedaliero Galliera. Genova; Departamento de Enfermería. UAM.*

**Background/Objectives:** The main goal of the European study 'EFFICHRONIC' is to evaluate the benefits of the Chronic Disease Self-Management Programme intervention in adults with chronic

conditions and low socioeconomic position (SEP) and their caregivers. One of the five participating regions is Asturias (Spain). The aim of this study is to describe the self-perceived health in Spanish participants from a Social Determinants of Health perspective to identify social health inequities at the baseline moment of the study.

**Methods:** Cross-sectional study. Estimated sample: 500 adults with low SEP, chronicity or caregivers of people with chronicity. Measurements were performed using a self-administered questionnaire including sociodemographic variables (sex, age, educational level, country of origin and social risk measured through the validated Gijón scale that includes income level, housing, family life, relationships and social support) and self-perceived health. Multivariate logistic regression models were performed, global and disaggregated by sex.

**Results:** 517 people got in (68.1% women; mean age 58.1 years). The overall prevalence of poor self-perceived health (PSPH) was 39.9% (37.4% in men; 40.8% in women). According to Gijón scale, 3.44% had social-family problems and 34.4% were at risk. In the global model, a higher risk of PSPH was found among those who had a low-income level (OR = 1.87; 95%CI: 1.14-3.05), chronic condition and caregiver (OR = 6.91; 95%CI: 2.77-17.2; Ref: caregiver) and inadequate housing (OR = 2.15; 95%CI: 1.25-3.71). Among men, the risk of PSPH increased with age (OR = 1.04; 95%CI: 1.01-1.07), being native (OR = 10.9; 95%CI: 1.33-88.6) and living alone (OR = 3.32; 95%CI: 1.53-7.22). Among women, it increased in those with chronicity condition (OR = 4.22; 95%CI: 2.03-8.77; Ref: caregiver), primary studies (OR = 3.36; 95%CI: 1.31-8.57; Ref: university), low-income (OR = 1.89; 95%CI: 1.02-3.52) or inadequate housing (OR = 2.45; 95%CI: 1.27 -4.7).

**Conclusiones/Recomendaciones:** The prevalence of PSPH is very high in this population. The social determinants associated to PSPH in men were being older, native and living alone. However, in women, PSPH is associated to chronicity, lower education level, low-income and inadequate housing. The results reflect the existence of social inequalities in self-perceived health with a clear gender component.

Funding: European Union's Health Programme (2014-2020), project '738127/EFFICHRONIC.

## ME04. Mesa de Prevención y Control del Tabaco "Manel Nebot"

*Coordinan: Cristina Martínez Martínez y Xavier Contente*

### 79. MORTALIDAD ATRIBUIDA AL CONSUMO DE TABACO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA-2017

J. Rey, M. Pérez-Ríos, M.I. Santiago-Pérez, I. Galán, A. Giraldo-Osorio, N. Mourino, A. Schiaffino, G. Naveira, A. Ruano-Ravina

*Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. USC; Servicio de Epidemiología. Xunta de Galicia; Centro Nacional de Epidemiología, ISC-III; Universidad de Caldas-Colombia; Fundación Carolina; Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes/Objetivos:** El tabaco es el factor de riesgo evitable que más muertes causa en el mundo. La estimación de la mortalidad atribuida (MA) permite conocer el impacto que tiene sobre la salud de las poblaciones. El objetivo de este trabajo es estimar la MA al consumo de tabaco en las comunidades autónomas (CCAA) de España en población de 35 y más años en 2017.

**Métodos:** Se estimó la MA empleando un método dependiente de prevalencias basado en el cálculo de las fracciones atribuidas poblacio-



nales (FAP). Para ello se necesita conocer la prevalencia de fumadores-exfumadores-nunca fumadores; el exceso de riesgo (riesgo relativo: RR) de morir de los fumadores y exfumadores en comparación con los nunca fumadores y la mortalidad observada (MO) para las enfermedades asociadas al tabaco según el Surgeon General-2014. La MO procede del Instituto Nacional de Estadística (INE-2017). Las prevalencias de consumo para cada CCAA por sexo y edad proceden de la Encuesta Nacional de Salud de España 2011 y 2016 y la Encuesta Europea de Salud para España-2014. Los RR derivan del seguimiento de 5 grandes cohortes. Se presentan las estimaciones de MA globales, por sexo, grupo de edad (35-54, 55-64, 65-74 y 75 y más) y 3 grandes causas: tumores, enfermedades cardiometabólicas y respiratorias por CCAA. Se calcularon tasas de MA específicas por sexo y edad y tasas estandarizadas por edad aplicando el método directo con la población estándar europea del 2013.

**Resultados:** En 2017, se atribuyeron 53.825 muertes al consumo de tabaco en España. Andalucía fue la CCAA con mayor MA al tabaco (9,469) y La Rioja fue la menor (325). Las causas de muerte que mayor FAP presentaron en cada CCAA fueron cáncer de pulmón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El 49% de la MA al consumo de tabaco en La Rioja fue por cáncer de pulmón y EPOC, mientras que este porcentaje fue del 58% en Castilla La Mancha. Las tasas específicas por sexo y edad fluctúan entre CCAA. En hombres la tasa ajustada de mortalidad osciló entre 466 muertes/100.000 habitantes en Extremadura y 302 en La Rioja; en las mujeres el rango mayor se observó en Canarias (76) y el menor en Castilla La Mancha (35).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La distribución de la MA es desigual entre las CCAA. Conocer lo que ocurre en España en su conjunto es importante, pero es necesario realizar un análisis detallado y desglosado por regiones ya que aporta información relevante para las políticas sanitarias dirigidas a frenar el impacto del tabaco.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III PI19/00288.

## 274. EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO EN ESPACIOS EXTERIORES DE 12 PAÍSES EUROPEOS

E. Henderson, S. Gallus, M.J. López, A. Lugo, X. Liu, X. Contente, E. Fernández, G. Investigadores TackSHS

*Agència de Salut Pública de Barcelona; Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri; Institut Català d'Oncologia; Universitat Pompeu Fabra.*

**Antecedentes/Objetivos:** La exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) causa morbilidad y mortalidad entre la población no fumadora. Una consecuencia indirecta de las regulaciones que prohíben fumar en espacios interiores es el desplazamiento del consumo de tabaco a los espacios exteriores que no están regulados. Este estudio tiene como objetivo describir la exposición al HAT en espacios exteriores de 12 países europeos.

**Métodos:** Estudio transversal basado en una encuesta europea representativa de la población igual o mayor de 15 años durante 2017-2018. Mediante entrevistas personales asistidas con ordenador se recogió información de 11.902 participantes. Un total de 8.562 encuestados eran no fumadores. Se consideró que había presencia de HAT en patios infantiles, escuelas, estadios, parques, playas, hospitales, paradas de transporte público y terrazas de bares y restaurantes, si las personas no fumadoras declaraban haber visto otra persona fumar un cigarrillo la última vez que visitaron el espacio en los últimos 6 meses. Se agruparon los países en función del grado de desarrollo de políticas de control de tabaquismo (Tobacco Control Scale 2016), el producto interior bruto (PIB) per capita (2018), la prevalencia nacional de consumo de tabaco (2017-2018) y la región geográfica. Se estimó la proporción y los intervalos de confianza (IC) del 95% de presencia de HAT en espacios exteriores para cada una de las variables contextuales.

**Resultados:** Excepto en parques infantiles, más de la mitad de las personas no fumadoras encontraron, en todos los espacios exteriores que visitaron, presencia de HAT. En total, la presencia de HAT fue me-

nor en parques infantiles (39,5% [IC95%: 37,6-41,3%]) y mayor en playas (72,8% [IC95%: 71,4-74,1%]). Hubo mayor presencia de HAT en estadios (83,1% vs 52,9%), parques (71,6% vs 65,8%), hospitales (74,0% vs 66,1%) y playas (79,9% vs 71,8%) de países con menor grado de desarrollo de políticas de control de tabaquismo; en todos los espacios exteriores de países con mayor prevalencia de tabaquismo; y en parques infantiles (45,3% vs 38,0%), paradas de transporte público (74,2% vs 68,8%) y terrazas (78,9% vs 70,2%) de países con menor PIB per cápita. Para la mayoría de espacios, la presencia de HAT fue menor en los países del norte de Europa ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Nuestros resultados sugieren una presencia elevada de HAT en espacios exteriores en Europa y reflejan la necesidad de regular el consumo en estos espacios.

Financiación: Horizon 2020 n° 681040.

## 806. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN CATALUÑA TRAS LA INCLUSIÓN DE BUPROPIÓN Y VARENICLINA EN LA CARTERA DE PRESTACIONES DEL SNS

J.M. Suelves, N. Escoda, C. Vilardell, A. Valverde, P. López, C. Ponte, G. Ortega, L. Anton, C. Pinet, et al.

*Agència de Salut Pública de Catalunya; Servei Català de la Salut; Programa d'Atenció Primària Sense Fum; Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum; Coordinadora de CAS de Catalunya.*

**Antecedentes/Objetivos:** Proporcionar ayuda a las personas fumadoras es uno de los ejes de la estrategia MPOWER para la prevención y el control del tabaquismo. Bupropión y vareniclina han demostrado su efectividad en la cesación tabáquica, y fueron incluidos en la cartera de prestaciones farmacéuticas del Sistema Nacional de Salud a partir del 1 de enero de 2020. El objetivo de esta comunicación es presentar datos sobre el proceso de implementación y el impacto de esta nueva medida sobre la atención a personas fumadoras en Cataluña en los primeros meses de 2020.

**Métodos:** Tras publicarse las condiciones de acceso a la prescripción de bupropión y vareniclina con financiación pública, el Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña y el Servicio Catalán de la Salud fijaron los nuevos requerimientos para la prescripción mediante receta electrónica y los dieron a conocer a los proveedores de servicios sanitarios. Además, se elaboró un documento de consenso sobre las características del tratamiento de cesación tabáquica en colaboración con las redes de atención primaria y de hospitales sin humo y la coordinadora de centros de atención a las drogodependencias. Las principales actividades asistenciales relacionadas con el tratamiento de cesación tabáquica fueron monitorizadas a partir de diferentes registros (que se adaptaron para recoger las variables relacionadas) y sistemas de información sanitaria implantados en Cataluña, como el Sistema Integrado de Receta Electrónica (SIRE) y el Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria (SISAP).

**Resultados:** Pese a algunos problemas iniciales de provisionamiento de las diferentes presentaciones de bupropión y vareniclina financiadas, se ha iniciado la prescripción de estos medicamentos desde los centros de atención primaria de salud, hospitales de agudos y centros de atención a las drogodependencias de Cataluña. Entre el 1 de enero y el 2 de febrero de 2020, el SIRE registró un total de 10.842 prescripciones correspondientes a 13.493 envases de medicamentos para la cesación tabáquica. Un total de 8.885 personas fumadoras habían accedido a la prescripción de alguno de los fármacos para dejar de fumar a lo largo del mes de enero.

**Conclusiones/Recomendaciones:** A pesar del poco tiempo disponible para implantar y analizar el nuevo régimen de financiación pública de fármacos para dejar de fumar, los resultados preliminares disponibles sugieren que esta medida ha generado un aumento de la demanda de programas de cesación tabáquica por parte de usuarios y profesionales.

### 631. ASOCIACIÓN ENTRE VISIBILIDAD DE FUMADORES EN EL ENTORNO, PREVALENCIA Y EXPOSICIÓN AL TABACO

R. Valiente, X. Sureda, M. Franco, F. Escobar

Universidad de Alcalá.

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo es estudiar la asociación entre la visibilidad de fumadores y la prevalencia de consumo de tabaco y exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) y explorar si existen diferencias según el nivel socioeconómico del área.

**Métodos:** El área de estudio es la ciudad de Madrid. Mediante encuesta telefónica se recogieron datos sobre consumo de tabaco y exposición al HAT en la cohorte HHH, una muestra de 1.366 residentes mayores de 45 años en 2018 y 2019 muestreados en toda la ciudad. Con Sistemas de Información Geográfica cuantificamos la visibilidad de fumadores en los espacios públicos exteriores de la ciudad. Como variable de exposición calculamos el valor medio de visibilidad de fumadores para cada sección censal. Como variable de resultado consideramos el consumo de tabaco y la exposición autoreportada al HAT espacios públicos exteriores (por ejemplo, recintos deportivos, parques, terrazas de bares). Para explorar las asociaciones se utilizó un modelo de regresión logística multinivel ajustando por nivel socioeconómico de la sección censal.

**Resultados:** La prevalencia de consumo de tabaco en la cohorte fue del 21,9%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de tabaco según la edad (mayor en los rangos de edad más joven,  $p < 0,001$ ) y según la visibilidad de fumadores (mayor en aquellas áreas con una visibilidad media,  $p < 0,05$ ). El 48,7% reportó sentirse expuesto al HAT en al menos un espacio público exterior. Los bares y restaurantes fueron los lugares donde los participantes reportaron una mayor exposición al HAT (26,6%), seguido de parques (20,5%) y supermercados (9,7%). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de exposición al HAT por edad (mayor en los rangos de edad más joven,  $p < 0,001$ ) y por nivel educativo (mayor a mayor nivel educativo,  $p < 0,05$ ). El modelo de regresión logística multinivel no encontró asociaciones estadísticamente significativas entre la visibilidad de fumadores en espacios públicos con el consumo de tabaco ni la exposición autoreportada al HAT. Tampoco se observaron diferencias al ajustar los resultados según el nivel socioeconómico del área.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Este estudio analiza las características de consumo de tabaco y exposición al HAT en la cohorte HHH de residentes de Madrid. Los resultados señalan la necesidad de incorporar información sobre visibilidad de fumadores en otros espacios de actividad de los individuos más allá de su lugar de residencia (por ejemplo, centro de trabajo, destinos de ocio) y explorar otras variables del entorno de tabaco como la disponibilidad de puntos de venta.

### 251. EFICACIA DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS GRUPALES

A. Lozano Polo, P.S. Cayuela Fuentes, J. Sánchez Monfort, M.J. Mínguez-Martínez, J.L. Merino Castillo, A.F. Navarro Oliver

SEAPREMUR; Consejería de Salud; Universidad de Murcia; Servicio Murciano de Salud.

**Antecedentes/Objetivos:** El Proyecto GRUPALTAB-SEAPREMUR pretende comparar la eficacia de intervenciones educativas de cesación tabáquica grupales “breves” en Atención Primaria (APS) realizadas por enfermería: taller (4h) frente a curso (4 sesiones de 2h), con perspectiva de equidad.

**Métodos:** Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico realizado en 13 centros de salud de la Región de Murcia, de mayo 2018 a mayo 2019. Se asignó aleatoriamente al taller o al curso. Se analizó el consumo de tabaco (motivación: Richmond y dependencia: Fagerström), patologías

previas, y variables socioeconómicas (situación personal, laboral, educativo y social). Se calculó con SPSSV21 porcentajes, medias, ji-cuadrado y se realizó regresión logística binaria a los 6 meses de seguimiento.

**Resultados:** Se captaron 349 personas, participaron 183 (52,4%) en intervenciones y seguimiento a 6 meses. El 56,6% fueron mujeres; edad media de  $53,5 \pm 9,5$  años; un 43,4% en talleres y un 56,6% en cursos. Un 13% refiere baja motivación; el 34,4% refiere dependencia baja, el 45% moderada. Un 68,3% tiene patología crónica. Un 49,1% está trabajando, un 24,3% en paro y 21,9% jubilado. El 74,4% está casado. Un 45,7% tiene estudios primarios, 36% secundarios y 18,3% universitarios. El nivel social es bajo (IV-V: 53,8%) o medio (III: 24,4%). Dejan de fumar el 27,8% y otro 27% tiene una recaída en los 6 meses de seguimiento, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo (hombre: 27,1%; mujer: 28,6%), tipo de intervención (taller: 26,2%; curso: 29,1%) ni variables socioeconómicas (Nivel I-II: 41,2%; III: 15% IV-V: 27,5%) ni educativas (estudios primarios: 20,3%; secundarios: 13,5%; universitarios: 17,9%).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Las intervenciones educativas “breves” de GRUPALTAB-SEAPREMUR son efectivas para la cesación tabáquica en APS, sin diferencias significativas entre el taller y el curso. No incrementan la desigualdad porque son efectivas en todos los grupos sociales, educativos y por sexo.

Financiación: FFIS: Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.

### 302. EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN BARES DE PIPAS DE AGUA EN BARCELONA: DETERMINACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES DE NICOTINA Y DE PM2,5

A. Feliu, M. Fu, M. Russo, C. Martínez, X. Sureda, M.J. López, N. Cortés-Francisco, E. Fernández

Institut Català d'Oncologia; Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL); Universitat de Barcelona; CIBER de Enfermedades Respiratorias; University of California San Francisco; City University of New York; Universidad de Alcalá; Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiologia y Salud Pública.

**Antecedentes/Objetivos:** El consumo de tabaco en pipa de agua se ha hecho popular a escala mundial. En España, su prevalencia de uso ha aumentado del 6,2% al 10,8% en la última década, a pesar de que la ley de medidas frente al tabaquismo, en vigor desde 2011, prohíbe fumar tabaco en el sector de la restauración. El objetivo de este estudio es evaluar la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) en una muestra de bares de pipas de agua en Barcelona.

**Métodos:** Estudio transversal realizado en una muestra de 20 locales. Se midió la concentración de nicotina y de PM<sub>2,5</sub> como marcadores del HAT durante 30 min en cada local con un monitor conectado a una bomba de aire y un monitor de partículas SidePak. También se midieron cinco puntos de control al aire libre sin HAT. Calculamos las medianas de la concentración de nicotina y de PM<sub>2,5</sub> y se compararon mediante la prueba de Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney. Además, se calculó la correlación entre las concentraciones de ambos marcadores con el coeficiente de correlación de Spearman.

**Resultados:** La concentración mediana global de nicotina y PM<sub>2,5</sub> fue de 1,15 y 230,50 g/m<sup>3</sup> en los locales estudiados y 0,03 y 10,00 g/m<sup>3</sup> en los puntos de control, respectivamente (ambas  $p < 0,05$ ). La correlación entre ambos marcadores fue de 0,61 (intervalo de confianza del 95%: 0,18-0,84). No se encontraron diferencias entre las concentraciones de nicotina ni de PM<sub>2,5</sub> según algunas características de los locales, a excepción de su tamaño. Se observó una concentración más elevada de nicotina en aquellos locales  $> 100$  m<sup>2</sup>, situados en una zona turística, con más de 15 pipas de agua en uso en el momento de la medición, una densidad de 8 pipas de agua en uso o más por 100 m<sup>2</sup>, y 2 usuarios activos o menos por pipa de agua.



**Conclusiones/Recomendaciones:** A pesar de la prohibición de fumar en bares, hemos encontrado concentraciones de nicotina y PM<sub>2,5</sub> superiores a los puntos de control en el exterior. Las concentraciones de PM<sub>2,5</sub> fueron superiores al límite recomendado por la OMS. Además de los riesgos para la salud de consumidores y trabajadores, constituye un incumplimiento de la legislación vigente.

## 258. DESIGUALDADES SOCIALES EN LA MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL CONSUMO DE TABACO EN ESPAÑA, 2016

M. Haebeler, I. León-Gómez, B. Pérez-Gómez, M. Téllez-Plaza, M. Pérez-Ríos, A. Schiaffino, F. Rodríguez-Artalejo, I. Galán

*Centro Nacional de Epidemiología; Universidad Autónoma de Madrid; Universidad de Santiago de Compostela; Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo fue estimar las desigualdades sociales en la mortalidad atribuible al consumo de tabaco (MAT) en España, analizando la interacción entre sexo, edad y nivel de estudios desde una perspectiva interseccional.

**Métodos:** Se utilizaron datos de todos los fallecidos con 35 años o más en 2016 por cáncer, enfermedades cardiometabólicas y respiratorias, obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (98,1% con datos disponibles de nivel de estudios). La MAT fue calculada usando las fracciones atribuidas poblacionales a partir de las prevalencias de consumo de tabaco estratificadas por sexo, edad y nivel de estudios, y de los riesgos relativos de mortalidad para exfumadores y fumadores (vs no fumadores) estratificados por sexo, edad y causa. Como medidas de desigualdad se calcularon el índice relativo de desigualdad (IRD) así como sus correspondientes intervalos al 95% de confianza (IC95%) y el índice de desigualdad de la pendiente (IDP) usando regresión de Poisson a partir de tasas ajustadas por edad. Estos se interpretan como el riesgo relativo y absoluto de muerte entre los de menor con respecto a los de mayor nivel de estudios.

**Resultados:** Se estimaron 53.436 muertes, con una tasa cruda de MAT de 55 mujeres/100.000 y 334 hombres/100.000. El cáncer, las enfermedades cardiometabólicas y respiratorias causaron el 51, 27% y 22% de las muertes, respectivamente. El IRD fue de 0,39 (IC95%: 0,35-0,42) en mujeres y de 1,61 (IC95%: 1,55-1,67) en hombres. El IDP fue de -41 y 111 muertes por 100.000, respectivamente. Las mujeres menores de 55 años y los hombres de todas las edades con menor nivel de estudios tuvieron un riesgo mayor de mortalidad, al contrario que las mujeres de 55 años y más con nivel de estudios más bajo, que tuvieron un riesgo menor. Las desigualdades relativas fueron mayores en los grupos extremos de edad en mujeres, y entre los más jóvenes (decreciendo con la edad) en hombres.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La MAT está determinada por la interacción entre el sexo, la edad y el nivel de estudios. Se observó una relación inversa entre nivel de estudios y mortalidad entre las mujeres más jóvenes y los hombres de todas las edades, mientras que la relación fue directa en mujeres de 55 años y más. Esto se explica por los patrones desiguales en el consumo de tabaco. Las medidas de prevención y control deberían considerar estas desigualdades y tener como objetivo disminuir las brechas sociales en el consumo de tabaco.

## 284. EXPOSICIÓN AL HUMO DE TERCERA MANO EN EL HOGAR: EVALUACIÓN MEDIANTE COTININA EN SALIVA

C. Lidón-Moyano, M. Fu, R. Pérez-Ortuño, M. Ballbè, J.C. Martín-Sánchez, J.A. Pascual, E. Fernández, J.M. Martínez-Sánchez

*Universidad Internacional de Catalunya; ICO-IDIBELL; IMIM-Hospital del Mar; Instituto Catalán de Oncología-Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (ICO-IDIBELL); ICO-IDIBELL.*

**Antecedentes/Objetivos:** La exposición al humo de tercera mano (HTM) es menos conocida que la exposición al humo de segunda mano (HSM) y necesita ser estudiada. El objetivo de este trabajo es cuantificar la exposición al HTM en el hogar a través de la concentración de cotinina en saliva en la población adulta.

**Métodos:** Estudio transversal de una muestra representativa (n = 736) de la población adulta (≥ 16 años) de la ciudad de Barcelona realizado en 2013-2014. Se administró un cuestionario sobre consumo y exposición pasiva al tabaco y se recogió una muestra de saliva para la determinación de la cotinina. Para este estudio se utilizó la información de los participantes que declararon no fumar y que proporcionaron muestra de saliva (n = 519). Se compararon las medias geométricas (MG) de la concentración de cotinina según el grado de exposición autodeclarada: (1) No expuestos al HSM ni al HTM; (2) Expuestos al HSM; y (3) Expuestos al HTM. Utilizamos modelos lineales para comparar la concentración de cotinina según los grupos expuestos respecto del grupo no expuesto ajustando por sexo, edad, nivel educativo y exposición en otros ambientes.

**Resultados:** La MG (y desviación típica geométrica) de la concentración de cotinina en saliva fue 0,34 (0,16) ng/mL entre los que declararon estar expuestos al HSM, 0,22 (0,15) ng/mL entre los que declararon estar expuestos al HTM y 0,11 (0,04) ng/mL entre los que declararon no estar expuestos al HSM ni al HTM (p-valor de tendencia < 0,001). El modelo de regresión mostró un aumento estadísticamente significativo de la concentración de cotinina entre los expuestos al HSM (188,3% superior, IC95%: 153,6%; 222,9%) y al HTM (105,7% superior, IC95%: 74,5%; 137,0%) al comparar con el grupo de no expuestos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la concentración de cotinina entre los expuestos al HSM y HTM (-25,8%, IC95%: -69,5%; 17,9%).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Observamos niveles de cotinina en saliva entre las personas que estaban expuestas al humo de tercera mano, además no se encontraron diferencias en los niveles de cotinina entre los expuestos al humo de segunda y tercera mano. La reducción de la exposición al humo de tercera mano tiene que ponerse en la agenda del control del tabaquismo en España.

**Financiación:** Este proyecto fue financiado por el Instituto de Salud Carlos III-Subdirección General de Evaluación y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) (PI12/O1114), una forma de construir Europa.

## 835. USE OF TOBACCO PRODUCTS AND PASSIVE EXPOSURE TO THEM IN EUROPE: THE TACKSHS PROJECT

E. Fernández, S. Gallus, B. Amalia, A. Lugo, O. Tigova, X. Liu, S. Semple, L. Clancy, M.J. López, et al.

*Institut Català d'Oncologia; Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri; Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge; Universitat de Barcelona; CIBER Enfermedades Respiratorias; University of Stirling; Tobacco Free Research Institute Ireland; Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiologia y Salud Pública.*

**Background/Objectives:** To determine the prevalence of use of cigarettes, heated tobacco products (HTP) and electronic cigarettes (e-cigs), as well as passive exposure to their aerosols in Europe.

**Methods:** In 2017-2018, within the TackSHS Project ([www.tackshs.eu](http://www.tackshs.eu)), we conducted a cross-sectional face-to-face survey in 12 European countries (Bulgaria, England, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Latvia, Poland, Portugal, Romania and Spain). In each country, a representative sample of around 1,000 subjects aged ≥ 15 years was interviewed. The survey gathered information on tobacco smoking, use of HTPs and e-cigs, and secondhand exposure to tobacco smoke (SHS) and aerosols of e-cigs (SHA) in different settings.

**Results:** Overall, 25.9% of participants were current smokers (21.2% women, 31.0% men) and 16.5% were former smokers (from

18.9% in Italy to 37.0% in Bulgaria). Smoking prevalence decreased with increasing age and education level. 1.8% were ever HTP users (from 0.6% in Spain to 8.3% in Greece), and 0.1% were current users. HTP use was less frequent in women than men, was inversely related to age and more frequent in ever smokers and ever e-cig users. Prevalence of e-cig use was 2.4% overall (2.3% women, 2.5% men and inversely related to age) ranging from 0.6% in Spain to 7.2% in England. 30.9% of non-smokers (29.0% women, 33.2% men) reported being exposed to SHS in indoor settings (median time 60 min/day). The prevalence of SHS exposure was 13.1% at home, 11.4% at the workplace, 4.7% in private transportation, 4.0% in public transportation, and 14.7% in "other indoor settings" (leisure including bars and restaurants). Overall, 16.0% of e-cig non-users were exposed to SHA in any indoor setting at least weekly (from 4.3% in Spain to 29.6% in England). The median duration of SHA exposure was 43 min/day. "Other indoor settings" was the place where most e-cig non-users were exposed (8.3%), followed by workplace/educational venues (6.4%), home (5.8%), public transportation (3.5%) and private transportation (2.7%).

**Conclusions/Recommendations:** Cigarette smoking and SHS exposure continue to be highly prevalent, while the use of HTP and e-cigs and exposure to their aerosols is still limited. Implementation and enforcement of stricter legislation at the national and European level to tackle the tobacco epidemic is still needed.

**Funding:** European Union Horizon 2020 research and innovation programme (No. 681040) & Ministry of Universities and Research, Government of Catalonia (2017SGR139).

## ME05. Investigación epidemiológica en enfermedades raras: la implicación de los registros

Coordinan: Esther Vicente Cemborain  
y Óscar Zurriaga Llorens

### 696. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DEL REGISTRO ESTATAL DE ENFERMEDADES RARAS

P. Soler, M. García, P. Carrillo, C. Mallol, N. Caro, M. Forja, J.M. Ramos, L.J. Echevarría

*Subdirección General de Calidad Asistencial e Innovación, Ministerio de Sanidad; Grupo de Trabajo del Registro Estatal de Enfermedades Raras.*

**Antecedentes/Objetivos:** El Registro Estatal de Enfermedades Raras (ReeR) está constituido por los registros autonómicos de enfermedades raras (RAER) y depende del Ministerio de Sanidad (MS). Para coordinar y consensuar su funcionamiento se creó un grupo de trabajo (GT-ReeR) constituido por representantes de los RAER, asociaciones de pacientes, el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y el MS. El GT-ReeR elaboró el manual de procedimientos del ReeR que define, entre otros, los indicadores epidemiológicos para conocer la situación de las enfermedades raras (ER) en España.

**Métodos:** En el seno del GT-ReeR se discutieron los indicadores que utiliza Orphanet: prevalencia puntual (proporción de personas con una enfermedad en un momento determinado), prevalencia de periodo (proporción de personas que han presentado una ER en algún momento a lo largo de un periodo de tiempo determinado), prevalencia de vida (trata de estimar la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en algún momento a lo largo de su existencia), prevalencia al nacimiento (proporción de recién nacidos con ER en un

momento determinado) e incidencia anual (número de casos diagnosticados en una población en un año).

**Resultados:** El GT-ReeR escogió los siguientes indicadores: A) Número de casos registrados vivos a 31 de diciembre y fallecidos durante el periodo de análisis; y B) Prevalencia registrada por 10.000 habitantes. Para el cálculo de la prevalencia se tuvo en cuenta el número absoluto de casos registrados vivos a 31 de diciembre de final del periodo de análisis y se utilizaron como denominadores las estimaciones de datos de población a 1 de enero del año siguiente al del análisis del Instituto Nacional de Estadística. Los resultados se presentarán desagregados por sexo, grupo de edad y comunidad autónoma.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El ReeR dispone de un manual de procedimientos resultado del consenso de los RAER, asociaciones de pacientes, ISCIII y MS. El indicador epidemiológico elegido es la prevalencia puntual por considerarse el más idóneo para las ER, ya que proporciona una medición de la morbilidad en la población y, por ello, puede orientar la prestación de servicios dirigidos a las necesidades específicas de pacientes y familiares.

GT-ReeR (en representación): A. Regalado, M. Cáffaro, P. Peces, S. Guardiola, C. Benito, F. Domínguez, J.A. Palomar, E. Vicente, P.A. Sainz, D. Castrillejo, Federación Española de Enfermedades Neuromusculares y Federación Española de Enfermedades Raras.

### 207. LA ESCLEROSIS TUBEROSA, UNA DE LAS ENFERMEDADES VIGILADAS SISTEMÁTICAMENTE POR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMEDADES RARAS DE LA COMUNITAT VALENCIANA

M. de la Natividad, C. Cavero-Carbonell, P. Botella, O. Zurriaga, S. Guardiola-Villarraig

*Unidad Mixta de Investigación en Enfermedades Raras, FISABIO-UVEG; Dirección General de Salud Pública y Adicciones, Valencia.*

**Antecedentes/Objetivos:** La esclerosis tuberosa (ET) es una rara enfermedad genética que causa hamartomas y trastornos neuropsiquiátricos. Objetivo: determinar la prevalencia, mortalidad y su evolución en la Comunitat Valenciana (CV) en el periodo de estudio 2010-2017 e identificar criterios de validación automática para los casos de ET captados por el Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunitat Valenciana (SIER-CV).

**Métodos:** A través de las fuentes de captación (Registro Poblacional de Anomalías Congénitas -RPAC-, Conjunto Mínimo Básico de Datos -CMBD- y Registro de Mortalidad -RM-) que dispone el SIER-CV se identificaron los posibles casos de ET mediante los códigos 759.5 (CIE-9MC) y Q85.1 (CIE-10ES y CIE-10BPA). Se obtuvieron las tasas estandarizadas de prevalencia y mortalidad anuales (por método directo, utilizando la población estándar europea de 2013) y se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de los casos confirmados. Además, se calculó el valor predictivo positivo (VPP) de cada fuente de captación.

**Resultados:** Se obtuvieron 158 posibles casos de ET, de estos 155 fueron revisados con la documentación clínica, confirmándose 139 casos. El 54,7% de los casos fueron mujeres y 45,3% hombres. La prevalencia en mujeres fue mayor que en hombres en todo el periodo siendo en 2017 en mujeres de 30,3/1.000.000 (IC95%: 23,5-38,4) y en hombres 22,7/1.000.000 (IC95%: 17,0-30,0). El VPP de las fuentes de captación en conjunto fue del 90%, siendo el CMBD la fuente que más casos captó (88%) con un VPP de 90%. La prevalencia más baja fue en el año 2010 con 16,0/1.000.000 (IC95%: 12,7-20,0) y la más alta en 2017 con 26,5/1.000.000 (IC95%: 22,0-31,7), identificándose una tendencia creciente a lo largo del período. La provincia con mayor prevalencia en 2017 fue Castellón 34,8/1.000.000 (IC95%: 20,9-55,0). La edad me-

diana en el momento del diagnóstico fue de 7,2 años. La tasa de mortalidad en el período de estudio fue de 0,4/1.000.000 (IC95%: 0,2-0,7), siendo mayor en hombres (0,5/1.000.000 (IC95%: 0,2-1,0)) que en mujeres 0,3/1.000.000 (IC95%: 0,1-0,7).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia obtenida está dentro del rango estimado por Orphanet (10-50/1.000.000), siendo en este estudio la primera vez que se identifica en la CV. La tendencia al aumento de la prevalencia puede deberse al diagnóstico temprano y a la baja mortalidad, así como a la adecuada atención sanitaria para esta enfermedad. El alto VPP obtenido para el CMBD puede facilitar en un futuro la validación automática para los casos de ET procedentes de esta fuente.

### 328. OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA: CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

F. Cano Candela, A. Serrano Pinto, A. Sánchez Escámez, J.M. Cayuela Fuentes, P. Ciller Montoya, P. Mira Escolano, L.A. Maceda Roldán, M.J. Martínez García, J. Palomar Rodríguez

*Consejería de Salud de la Región de Murcia; Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.*

**Antecedentes/Objetivos:** La osteogénesis imperfecta (OI) es una enfermedad rara genética del tejido conectivo, con una incidencia estimada en torno a 1/20.000 nacidos vivos. En el 90% de los casos se produce por mutaciones en los genes COL1A1 o COL1A2. Existen diferentes tipos de OI, siendo el I la forma más frecuente y benigna de la enfermedad. Dentro de los signos y síntomas clínicos más comunes, cuya frecuencia varía según el tipo de OI, se encuentran la fragilidad ósea con fracturas asociadas, alteración en la coloración de escleróticas, dentinogénesis imperfecta, así como pérdida de audición o baja estatura, entre otras. Objetivo: estimar la prevalencia de personas con OI en la Región de Murcia (RM) y conocer sus principales características clínico-epidemiológicas.

**Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo a partir de los datos del Sistema de Información sobre Enfermedades Raras de la Región de Murcia (SIERrm). La población de estudio comprende las personas registradas en el SIERrm con un diagnóstico confirmado de OI (código 756.51 CIE9-MC o código Q78.0 CIE10-ES) al 31 de diciembre del año 2018. Se excluyen del estudio aquellos que a esta fecha hubiesen fallecido o no residieran en la RM. Se revisa la historia clínica electrónica de los pacientes para la confirmación del diagnóstico y completar la información de las variables de interés.

**Resultados:** El número de personas registradas en el SIERrm con un diagnóstico confirmado de OI es de 40 (tasa de prevalencia de 2,7 casos por 100.000 habitantes), de los cuales el 55,5% son hombres. La edad media de los pacientes es de 30,5 años y en el momento de la detección de la enfermedad de 18,9 años. De los casos en los que se disponía de la información sobre el gen mutado, el 95,6% correspondió con el COL1A1 o COL1A2. Se identificó el tipo de OI en 17 casos, siendo el tipo I el más frecuente (64,7% entre los que se disponía de este dato). Las manifestaciones clínicas más comunes fueron las fracturas óseas (constan en el 90,0% de los casos), seguidas de otras menos frecuentes como las deformidades óseas o escleróticas azules. Por último, el 70,0% de los casos analizados tienen reconocida oficialmente una discapacidad y el 15% dependencia.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La tasa de prevalencia de la OI de los casos registrados en el SIERrm es inferior a las de referencia, aunque se aproxima a otros estudios realizados a nivel estatal. En la RM el tipo más leve (tipo I) más prevalente y los genes mutados detectados COL1A1 y COL1A2 son similares a los hallados en otros estudios. Las cifras de discapacidad y dependencia son muy superiores a las de población general a nivel nacional y de la RM.

### 321. RETINOSIS PIGMENTARIA NO SINDRÓMICA Y CEGUERA, REGISTRO DE ENFERMEDADES RARAS DE LAS ILLES BALEARS

M. Caffaro Rovira

*Registro poblacional de enfermedades raras de las Illes Balears. Servicio de epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Participación, Illes Balears.*

**Antecedentes/Objetivos:** La retinosis pigmentaria es una distrofia retiniana hereditaria causada por la muerte progresiva de los fotorreceptores, fundamentalmente los bastones. Es la primera causa de ceguera en adultos de origen genético, de herencia autosómica dominante o recesiva, o herencia ligada al sexo y el 59% se presenta esporádicamente. Los síntomas son ceguera nocturna, pérdida de campo visual periférico (visión en túnel) y ceguera. Con una prevalencia de 1-5 casos por 10.000 personas. El RERIB registra principalmente casos de retinosis pigmentaria procedentes del conjunto mínimo de datos de altas hospitalarias (CMBD) con CIE 9: 362.74 y CIE10: H35.52. El objetivo es describir los pacientes con retinosis pigmentaria no síndrómica en el Registro de enfermedades raras de las Illes Balears (RERIB), la presencia de ceguera y su prevalencia.

**Métodos:** Análisis descriptivo, evolución y prevalencia de pacientes con retinosis pigmentaria no síndrómica registrados en el RERIB en el periodo 2010-2017 y residente en las Illes Balears. El RERIB registra principalmente casos de RP procedentes del conjunto mínimo de datos de altas hospitalarias (CMBD) con CIE 9: 362.74 y CIE10: H35.52.

**Resultados:** Se realizó la validación de los 72 casos registrados de retinosis pigmentaria (RP) mediante la revisión de sus historias clínicas. Se confirmó RP no síndrómica en 57 de los registros (79%), en 12 (17%) no constaba RP, 2 enfermedad de Usher (3%), 1 ceguera por otra causa (1%). De los 57 pacientes registrados validados con RP no síndrómica el 54% eran mujeres (31). Mediana de edad de 64 años, hombres 64 años (30-89) y mujeres 65 años (26-105). El 91% (52) nacidos en España y residentes en Mallorca el 82% (47) y en Ibiza el 14% (8). El 30% (17) presenta ceguera, con una mediana de edad de 69 años (36-105) y el 19% (11) ceguera progresiva con mediana de edad de 51 años (36-86). Fallecieron 7 de los pacientes registrados. La tasa de prevalencia de la Retinosis Pigmentaria en el RERIB fue de 0,44 por 10.000 y mayor en mujeres 0,51 por 10.000 vs hombres 0,37. La prevalencia mayor según la isla de residencia es en Ibiza 0,51 por 10.000.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La revisión de la historia clínica ha permitido validar el 79% de los registros. El 49% de los registrados, 28 personas, cursan con ceguera; el 30% ceguera total y el 19% ceguera progresiva. La tasa de prevalencia de 0,44 por 10.000 y mayor en mujeres.

### 639. SÍNDROME DE TURNER Y FERTILIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID

J.P. Chalco Orrego, L. Hernaez Vicente, M.D. Esteban Vasallo, L.M. Blanco Ancos, R. Génova Maleras, M.F. Domínguez Berjón

*Servicio de informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** En el síndrome de Turner (ST) es frecuente una insuficiencia ovárica de inicio variable en función de la anomalía cromosómica, siendo los mosaicismos los que se asocian a menor insuficiencia ovárica y por ello candidatas a reproducción asistida (RA). Se considera que los embarazos espontáneos o con RA de las pacientes con ST son de alto riesgo. El objetivo es describir la fertilidad espontánea o asistida de las mujeres con ST incluidas en el registro poblacional de Enfermedades poco frecuentes de la Comunidad de Madrid (SIERMA) cruzando con datos registrados en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de altas de hospitalarias y de la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria (AP).



**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en mujeres con diagnóstico de ST en SIERMA (2010 al 2017) residentes en la Comunidad de Madrid. A partir del CMBD (2003 a 2017) y registros de AP (2013-2017), se identificaron las altas o registros con diagnósticos y/o procedimientos del CIE-9/CIE-10-ES y CIAP relacionados con “embarazo”, “parto” o “reproducción” para las mujeres con ST que estaban en edad fértil (15 a 44 años) en ese periodo. Se realizó un análisis descriptivo con las variables embarazo (espontáneo o RA), número de partos, nacidos vivos y edad materna al momento del parto.

**Resultados:** De las 613 mujeres con ST registradas en el SIERMA, 469 estuvieron en edad fértil en algún momento entre los años 2003 al 2017. De ellas se identificaron 17 que estuvieron hospitalizadas por motivos relacionados con la reproducción y en 16 (todas ST mosaico) se llegó a embarazo. El número total de embarazos fue 21, que resultaron en 18 partos y 19 nacidos vivos (un embarazo gemelar). De las 16 mujeres con embarazo un 44% lo hicieron de manera espontánea. Del total de mujeres con ST en edad fértil un 3,4% (17,4% de las ST mosaico) tuvieron al menos un embarazo; un 2,8% (14,1% de ST mosaico) llegaron a parto y un 1,5% (7,6% de ST mosaico) fueron fértiles espontáneamente. La mediana de la edad materna fue 34 años (27,5-37,25; p25-p75) y rango de 21 a 43 años. Se encontró una diferencia estadística significativa ( $p = 0,01$ ) entre las medianas de edad materna si el embarazo fue espontáneo o con RA (29 años vs 38 años respectivamente).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La fertilidad espontánea o asistida en las mujeres con ST en general y ST mosaico en particular, es baja. No obstante, es probable que ambas estén infraestimadas al utilizar fuentes de información secundarias y no considerar todo el periodo fértil. Los embarazos espontáneos ocurren en mujeres con ST mosaico más jóvenes.

#### 419. REGISTRO DE PACIENTES CON SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO EN GALICIA: UTILIZACIÓN BIG DATA

C. Benito Torres, J.A. Bravo Ricoy, M. Payo Puente, M. García Sixto, C. Durán Parrondo

*Subdirección Xeral Atención Hospitalaria. Dirección Xeral Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud.*

**Antecedentes/Objetivos:** El Síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) es, de acuerdo con ORPHANET, una microangiopatía trombótica caracterizada por anemia hemolítica mecánica, trombocitopenia y disfunción renal, siendo su prevalencia de 1-9/100.000 habitantes. El diagnóstico del SHUa es fundamentalmente por exclusión una vez descartado el déficit de ADAMTS 13 y el síndrome hemolítico urémico típico y debe realizarse en las primeras 24-48 horas tras el ingreso por su rápida evolución y la gravedad de la patología. El eculizumab ha mejorado de forma muy importante el pronóstico de estos pacientes, reduciendo la necesidad de terapia renal sustitutiva y la terapia plasmática. Utilizar tecnología Big Data para, asociando datos procedentes de diferentes fuentes de información, identificar casos con una alta probabilidad de tener un diagnóstico confirmado de SHUa, así como conocer factores asociados que permitan ayudar a los profesionales a identificar que están ante esta enfermedad rara.

**Métodos:** El punto de partida es HEXIN, la Plataforma de Big Data del Sergas que analiza y explota datos procedentes de los sistemas de información desde el año 2010. Para abordar el proyecto se definieron criterios que, aunando información procedente de las diferentes fuentes de información, permitieron la identificación de pacientes con Síndrome hemolítico urémico atípico y tras su validación se incluyeron en el registro de pacientes con enfermedades raras de nuestra comunidad (RERGA).

**Resultados:** En la actualidad HEXIN ha permitido identificar y registrar 44 pacientes con síndrome hemolítico urémico atípico incluyéndolos en el RERGA, reduciendo de forma importante el trabajo

para su identificación. El criterio que permitió identificar el mayor porcentaje de pacientes con SHUa correctos ha sido la búsqueda en texto libre (en cursos clínicos, notas evolutivas, informes) de “síndrome hemolítico urémico atípico” (escrito en diferentes formatos) combinado con “tratamiento con eculizumab”, obteniendo un porcentaje de acierto superior al 85%. Con base en ello se han definido reglas que, aunando información al criterio que ha supuesto un porcentaje superior al 85% de casos validados, permita mejorar dicho porcentaje y además automatizarlo.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El uso y la evolución del big data en el contexto de las ER, permitirá: Identificar pacientes con diagnóstico confirmado de una determinada patología disminuyendo de manera importante el esfuerzo necesario. Disminuir los tiempos diagnósticos de las patologías raras mediante sistemas de ayuda a los profesionales. Analizar datos históricos para mejorar el conocimiento de las patologías.

#### 817. VALIDACIÓN DEL REGISTRO DE INCAPACIDAD TEMPORAL DE NAVARRA COMO FUENTE DEL REGISTRO DE ENFERMEDADES RARAS: ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA Y MIASTENIA GRAVIS, 2000-2019

E. Vicente, I. Elizalde-Beiras, N. Viciano-Lacunza, I. Pagola, L. Torné, I. Jericó, E. Extramiana, E. Ardanaz

*Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra; Gerencia Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; Complejo Hospitalario de Navarra.*

**Antecedentes/Objetivos:** La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y la miastenia gravis (MG) son enfermedades raras (ER) neuromusculares de la edad adulta que generan incapacidad laboral (IL). Desde 1998, Navarra dispone de un Registro de Incapacidad Temporal (RITA) que recoge los partes de baja y alta médica por enfermedad común y accidente no laboral de las personas afiliadas a la Seguridad Social de esta Comunidad. Un equipo de enfermería del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra es el responsable de codificar el diagnóstico que motiva cada incapacidad laboral (IL). En 2013 se creó el Registro poblacional de Enfermedades Raras de Navarra (RERNA), que recoge casos de ER notificados por Servicios de Atención Especializada y/o identificados en Sistemas de Información Sanitaria como el RITA. Los objetivos son: validar RITA como fuente de captación de casos de ELA y MG para RERNA; y analizar la IL generada por ambas enfermedades.

**Métodos:** Selección de partes de baja recogidos en RITA durante dos décadas (período 2000-2019) con código de CIE9MC 335.2\* (ELA) o 358.0 (MG). Revisión de documentación clínica para verificar el diagnóstico. Cálculo de valor predictivo positivo (VPP) y análisis de variables.

**Resultados:** En los últimos 20 años, RITA registró 58 partes de baja con código 335.2\* y 88 con 358.0, correspondientes a 53 y 54 personas respectivamente. Tras revisar la documentación clínica se confirman 41 casos de ELA (76% hombres) y 44 de MG (45% mujeres). Así, los VPP de RITA estimados son: 77,4-79,2% para ELA y 81,5-83,3% para MG. Las personas afectadas por ELA generaron un parte de IL cada una (sólo 2 dieron lugar a 2) mientras que las 44 de MG originaron 78 bajas (rango 1-7). La duración media de las IL fue de 210 días para ELA y 128 para MG. La mejora para el trabajo fue el motivo de alta en el 9,8% de las IL por ELA frente al 74% por MG. Al 66% de los casos de ELA se les concedió la incapacidad permanente frente al 11% de MG. Además, el 9,8% de las IL por ELA finalizan por fallecimiento.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los VPP de RITA para ELA y MG son muy similares (alrededor del 80%). En general, las personas con MG generan más IL pero de menor duración media y con un porcentaje de altas por mejora para el trabajo 7,5 veces superior que las afectadas por ELA. La concesión de incapacidad permanente es 6 veces mayor en ELA que MG.

## 206. MEJORANDO LA IDENTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES RARAS: DE CIE-10 A ORPHA

J. Rico, L.J. Echevarría-González de Garibay, M. García-López, S. Guardiola-Villaró, L.A. Maceda-Roldán, O. Zurriaga, C. Cavero-Carbonell

*Unidad Mixta de Investigación en Enfermedades Raras, FISABIO-UVEG; Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz; Servicio de Información de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Castilla y León; Dirección General de Salud Pública y Adicciones, Valencia; Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Murcia.*

**Antecedentes/Objetivos:** La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y su modificación clínica (CIE-10-MC) se utilizan frecuentemente para la identificación de enfermedades en todo el mundo. En España, los diagnósticos se codifican desde 2016 con su versión española (CIE-10-ES). Las enfermedades raras (ER) se intercalan con las comunes en la CIE-10 y carecen, en muchos casos, de código específico en la CIE-10, lo que dificulta su correcta identificación. Orphanet ha desarrollado una clasificación específica para ER, denominada códigos ORPHA. Objetivo: determinar la correlación de códigos CIE-10-ES a códigos ORPHA y su impacto en la identificación de las ER.

**Métodos:** El 90% de los códigos ORPHA de nivel trastorno recogidos en Orphanet se correlacionaron, mediante la comparación de sus descriptores, a códigos CIE-10-ES. Los códigos ORPHA se agruparon en función del capítulo CIE-10-ES del código al que se asignaron y la redundancia de cada código CIE-10-ES se calculó mediante el recuento del número de correlaciones establecidas a códigos ORPHA. Los resultados fueron categorizados, en función de la especificidad, en 3 grupos: Grupo 1 (1 código ORPHA a 1 CIE-10-ES), Grupo 2 (desde 2 hasta 49 códigos ORPHA a 1 CIE-10-ES) y Grupo 3 ( $\geq 50$  códigos ORPHA a 1 CIE-10-ES).

**Resultados:** 5.303 códigos ORPHA se tradujeron a 1.615 códigos CIE-10-ES. De esos, 1.018 pertenecieron al Grupo 1, 3.083 al Grupo 2 (586 CIE-10-ES) y 1.202 al Grupo 3 (11 CIE-10-ES). Casi dos tercios de los códigos ORPHA correspondían a códigos de 3 capítulos de la CIE-10-ES: "Q" (> 40%), "G" (> 14%) y "E" (> 12%). En cuanto a la especificidad de cada capítulo CIE-10-ES, el "G: Sistema Nervioso" y el "Q: Anomalías Congénitas" son los únicos que contienen códigos ORPHA del Grupo 3 y menos del 10% de sus correspondientes códigos ORPHA son del Grupo 1.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Dado que solo el 20% de los códigos ORPHA analizados en este estudio tuvieron una equivalencia unívoca con el sistema CIE-10-ES, es necesaria la inclusión de códigos específicos para ER en CIE-10-ES. Merecen especial atención los capítulos "Q" y "G" de CIE-10-ES ya que son los que mayor número de correspondencias con códigos ORPHA tienen pero también son los de menor especificidad. El uso de los códigos ORPHA mejoraría la identificación y registro de las ER, favoreciendo de esta manera la asistencia a los pacientes.

Financiación: Proyecto RD-CODE (Comisión Europea - DG SANCO).

## 333. UTILIZACIÓN DE MENSAJERÍA ELECTRÓNICA PARA LA NOTIFICACIÓN DE CASOS DE ENFERMEDADES RARAS

P. Ciller Montoya, M.P. Mira Escolano, F. Cano Candela, A. Serrano Pinto, A. Sánchez Escámez, J.M. Cayuela Fuentes, L.A. Maceda Roldán, S.H. Blázquez Hidalgo, J.A. Palomar Rodríguez

*Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano Consejería de Salud.*

**Antecedentes/Objetivos:** El uso de las tecnologías de la información en el sector sanitario está favoreciendo el desarrollo de herramientas dirigidas a apoyar la toma de decisiones en diferentes áreas, como la planificación, investigación, tratamiento y diagnóstico, entre

otras. En el Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Región de Murcia (SIERrm), los casos incorporados de los casi 3.000 códigos CIE10ES con los que cuenta para la captación de enfermedades raras (ER), requieren hasta el momento de una validación manual llevada a cabo mediante la revisión de la historia clínica electrónica hospitalaria (HCE) del paciente. Integrar e interconectar el SIERrm con el sistema de información de los hospitales, permite disponer de una fuente de información directa, rápida, fiable y eficiente.

**Métodos:** Se implementa un sistema de mensajería electrónica bidireccional, con mensajes de igual formato (estándar HL7) a través de servicios webs, entre el SIERrm, por un lado, y la historia clínica electrónica y aplicaciones departamentales, por otro. En el SIERrm se programa para enviar a la HCE, de forma automática, los casos confirmados de unas 70 enfermedades seleccionadas (enfermedades metabólicas, fundamentalmente) que el profesional sanitario visualiza como una alerta en la HCE, con información de interés sobre la misma (incompatibilidad de medicación, tratamientos y protocolos a seguir, etc.). De igual modo, cuando en los hospitales los facultativos habilitados para ello registran que su paciente sufre una ER, SIERrm recibe inmediatamente por mensajería dicho caso confirmado. Se programa también un servicio web mediante el cual recibimos los resultados del Centro de Bioquímica y Genética Clínica (CBGC) del hospital de referencia regional.

**Resultados:** Desde el 1 de enero hasta el 29 de febrero de 2020, se han enviado a los distintos hospitales de la región 389 casos confirmados disponibles en el SIERrm y se han recibido 63 casos nuevos confirmados. Desde el CBGC se han recibido 351 resultados positivos desde 2018 hasta la fecha de sus distintas unidades (metabopatías, citogenética y genética molecular).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La mensajería electrónica supone una gran ayuda para agilizar tanto la recepción de casos en el registro como la validación de los mismos, reduciendo costes, tiempo en la recepción de posibles casos de ER y mejorando la seguridad. También se consigue, a partir de los datos del SIERrm, mejorar la atención al paciente en los hospitales al tener constancia de la existencia de una ER.

## 367. NECESIDADES DE FORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES RARAS EN SANITARIOS DE LA RIOJA: UN ANÁLISIS CUALITATIVO

S. Andrés-Cabello, P.S. Sáinz-Ruiz, M.J. Gil-de-Gómez, E. Domínguez-Garrido, M.E. Marzo-Sola, J.L. Ramón-Trapero, M. Gómez-Eguílaz, E. Ramalle-Gómara

*Servicio Epidemiología de la Consejería de Salud; Universidad de La Rioja.*

**Antecedentes/Objetivos:** La atención a pacientes con enfermedades raras (EERR) supone un reto para los sistemas sanitarios. La gran diversidad de EERR, su baja prevalencia, el tiempo que se tarda en establecer un diagnóstico, su carácter crónico y el impacto en los propios pacientes y familiares, condicionan todo el proceso de atención y hace necesaria una adecuada formación del personal sanitario. La presente comunicación forma parte de un estudio más amplio realizado por el Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR), y que contó con un estudio cuantitativo para una muestra de 169 médicos pertenecientes a Atención Primaria y especialistas, y la presente investigación cualitativa con médicos, enfermeros/as y pacientes y familiares de EERR para conocer la visión de los diferentes agentes sobre esta cuestión, sobre formación, dificultades en el proceso de diagnóstico y tratamiento y las relaciones que se establecen entre los agentes implicados.

**Métodos:** La parte del estudio que aquí se expone tiene naturaleza cualitativa a través de tres grupos de discusión heterogéneos: médicos de Atención Primaria (8), especialistas (6) y enfermeros/as (10). Además, se realizaron diez entrevistas a pacientes de EERR y tres a

familiares. En total, participaron treinta y siete informantes en un estudio que se desarrolló de diciembre de 2019 a febrero de 2020.

**Resultados:** En el estudio se observa la escasa formación en EERR de los profesionales, manifestada también por los pacientes y familiares. La formación de los profesionales parte por iniciativa individual cuando se encuentran con casos de EERR. Se insiste en la necesidad de formación en aspectos psicosociales, así como en una mayor coordinación entre las diferentes áreas del sistema sanitario.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Como recomendaciones de los resultados del estudio, se precisa ampliar la coordinación entre los diferentes ámbitos del sistema sanitario para mejorar la atención a las EERR. No se indica una profundización en la formación específicamente ya que se considera la imposibilidad de abordar la totalidad de las mismas, pero se insiste en la creación de equipos multidisciplinares y de comisiones para abordar dichas situaciones. Finalmente, desde los pacientes y familiares se insiste en la formación de los profesionales en aspectos psicoemocionales.

### 382. DETERMINANTES E IMPACTO DE LA DEMORA DIAGNÓSTICA EN LAS ENFERMEDADES RARAS EN LA COMUNITAT VALENCIANA

L. Páramo-Rodríguez, F. Corpas-Burgos, S. Guardiola-Villarroy, A. López-Maside, C. Cervero-Carbonell, O. Zurriaga

*Unidad Mixta de Investigación en Enfermedades Raras, FISABIO-UVEG; Fundación FISABIO; Dirección General de Salud Pública y Adicciones, Valencia; Universitat de València.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las enfermedades raras (ER) se caracterizan por tener un alto grado de complejidad, un comienzo insidioso y multiplicidad de síntomas. Muchas de ellas carecen de una prueba diagnóstica definida, tratamiento médico y asistencia social adecuada. La disminución del tiempo de demora diagnóstica y el acceso a un diagnóstico correcto son unas de las demandas expresadas más frecuentemente por los afectados. Objetivo: determinar el tiempo de demora diagnóstica en los pacientes con ER en la Comunitat Valenciana (CV) e identificar sus características.

**Métodos:** Estudio de casos (paciente con ER y demora diagnóstica > 1 año) y controles (paciente con ER y demora diagnóstica ≤ 1 año). Se envió un cuestionario semiestructurado a todos los pacientes con una ER identificados en la Red Centinela Sanitaria de la CV. Se describieron las variables del estudio en ambos grupos y se analizaron asociaciones entre ellas. Se empleó un análisis de regresión logística para identificar posibles factores que pueden influir en una demora diagnóstica superior a 1 año y calcular las razones de odds (OR).

**Resultados:** Se recogieron 159 cuestionarios, de 54 casos y 81 controles. El 25% residentes en Castellón, 15% en Alicante y 59% en Valencia. El 84,8% disponían de un diagnóstico de ER confirmado, el 10,6% de un diagnóstico pendiente de confirmación y el 4,6% no tenían diagnóstico. La mediana de edad de los sujetos fue de 25,5 años (16 años en controles y 33 años en casos). El tiempo medio de demora diagnóstica fue de 4 años (0,3 en controles y 9,6 en casos). La proporción de sujetos con agravamiento de la enfermedad, alteración de las relaciones sociales y número de tratamientos tras el diagnóstico fue superior en los casos. Se identificó mayor demora diagnóstica en sujetos con nivel de estudios secundarios (OR: 6,5 [1,4-33,5]) y superiores (OR: 10,2 [2,2-56,1]) en comparación con aquellos que no tenían estudios. No se encontraron diferencias por sexo, edad, nivel de ingresos y situación laboral.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El tiempo medio de demora diagnóstica estimado fue ligeramente inferior al de último estudio ENSERio que estima 5 años en España. La mediana de edad de los controles nos indica que el diagnóstico temprano se realiza principalmente durante la edad pediátrica, quizá porque los profesionales de atención primaria tengan una mayor formación en ER pediátricas o una mayor sensibilidad cuando los pacientes son menores. Las mayores complicaciones

clínicas y sociales en las personas con más demora diagnóstica fortalecen la idea de la importancia del diagnóstico precoz.

Financiación: PI18/01290.

## C006. Práctica y evaluación de programas y servicios de salud/Prática e avaliação de programas e serviços de saúde

### 447. PRÁCTICA ENFERMERA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y PRIMARIA

J. Díaz-Alonso, A. Lana, E. Andina-Díaz, P. Parás-Bravo, Y. Valcarcel-Álvarez, A. Fernández-Feito

*Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo/ISPA; Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León; Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria.*

**Antecedentes/Objetivos:** A pesar de que la práctica basada en la evidencia (PBE) mejora los resultados de salud de los pacientes, su incorporación en el desarrollo profesional sigue siendo un desafío. El objetivo fue describir la formación en PBE, las actitudes hacia la PBE y la realización de cuidados según PBE de los profesionales de enfermería.

**Métodos:** Estudio trasversal de una muestra de profesionales de enfermería de los servicios de salud públicos de Asturias, Cantabria y León (n = 1.066). Se utilizó el cuestionario Health Sciences-Evidence Based Practice para determinar la actitud y creencias hacia la PBE y dos preguntas dicotómicas para determinar quién había recibido formación en PBE y quién realizaba los cuidados según PBE. También se recogió información sociodemográfica y laboral, incluyendo mediciones de la satisfacción con el trabajo y del agotamiento emocional.

**Resultados:** En el conjunto de la muestra (843 profesionales de atención especializada y 223 de primaria), el 49,5% se había formado en PBE, el 50,6% tenía una actitud positiva hacia la PBE y el 75,7% realizaba los cuidados según PBE. Todos los indicadores de PBE fueron significativamente más elevados en atención primaria que en especializada: 63,7% vs 45,9%; 65,5% vs 46,6% y 83,9% vs 73,5%, respectivamente (p < 0,001 en todos los casos). Tanto en atención especializada como en primaria, los indicadores de PBE fue significativamente mayores en los profesionales más jóvenes y con mayor nivel formativo (postgrado), y se asociaron con mayor satisfacción laboral. Ni el agotamiento emocional, ni otras variables laborales se asociaron con la PBE.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Hay espacio para la mejora de la PBE en los profesionales de enfermería, fundamentalmente en atención especializada. El rejuvenecimiento de las plantillas y la formación de postgrado tienen potencial para mejorar la PBE y la satisfacción de los profesionales, lo que teóricamente redundaría en unos mejores resultados de salud.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, Spanish State Secretary of R+D+I, Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) and Fondo Social Europeo (FSE) [grant number PI18/00086].

### 377. ¿LA INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN MEJORA LA COORDINACIÓN CLÍNICA ENTRE NIVELES? EXPERIENCIA DE CATALUÑA

L. Esteve-Matalí, I. Vargas, F. Cots, I. Ramon, E. Sánchez, J. Coderch, M.L. Vázquez por GAIA, et al.

*Consorci de Salut i Social de Catalunya; Parc Salut Mar; Consorci Hospitalari de Vic; Serveis de Salut Integrats Baix Empordà.*

**Antecedentes/Objetivos:** La coordinación clínica entre niveles de atención es una prioridad para los sistemas sanitarios. La evidencia



sugiere que la integración de la gestión de los servicios puede contribuir a mejorarla. El objetivo es analizar la coordinación clínica entre niveles asistenciales según el tipo de integración de la gestión de las áreas, en el sistema sanitario catalán.

**Métodos:** Estudio transversal basado en encuesta mediante auto-administración del cuestionario online COORDENA-CAT (octubre-diciembre 2017). Población de estudio: médicos/as de atención primaria y especializada (aguda y larga estancia) del sistema sanitario catalán. Muestra: 3.308 médicos/as (participación del 21%). Variables de resultado: experiencia y percepción de coordinación clínica entre niveles asistenciales, conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación y factores relacionados; variables explicativas: área según tipo de gestión (integrada, semi-integrada, no-integrada), demográficas, laborales y actitud ante el trabajo. Análisis descriptivos y multivariados mediante regresión de Poisson robusta.

**Resultados:** Se observó una mejor experiencia de coordinación clínica entre niveles en las áreas integradas respecto a las semi-integradas, principalmente en la transferencia de información (RP 0,80 (IC95% 0,74-0,87)) y el seguimiento adecuado del paciente (RP 0,89 (IC95% 0,82-0,97)). No se observaron diferencias entre las áreas integradas y las no-integradas. La percepción general de coordinación clínica en el territorio fue mayor en las áreas integradas que en las semi-integradas y no-integradas (RP 0,73 (IC95% 0,63-0,84) y RP 0,85 (IC95% 0,75-0,97) respectivamente). Factores organizativos (como el tiempo disponible para la coordinación) y de interacción entre médicos (como el conocimiento mutuo) y el conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación (principalmente la interconsulta en sus diversas modalidades y la historia clínica compartida del centro) mostraron también mejores resultados en las áreas integradas. Existen ámbitos de mejora comunes como la accesibilidad entre niveles.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Se encontraron pocas diferencias entre áreas integradas y no-integradas, indicando que la integración de la gestión facilita la coordinación clínica pero no es condición suficiente. Las diferencias apreciadas con las áreas semi-integradas parecen requerir fórmulas de cooperación entre todos los proveedores del territorio que permitan fijar objetivos y estrategias comunes y mecanismos de coordinación unificados, con tal de evitar desigualdades en la calidad asistencial.

Financiación: Proyecto COORDENA-CAT, financiado por el ISCIII y FEDER (PI15/00021).

### 378. COORDINACIÓN CLÍNICA ENTRE NIVELES DEL SISTEMA SANITARIO CATALÁN SEGÚN ESPECIALIDAD MÉDICA

D. Campaz, L. Esteve-Matalí, I. Vargas, F. Cots, P. Plaja, M.L. Vázquez por GAIA, et al.

*Consorci de Salut i Social de Catalunya; Universitat Pompeu Fabra; Parc de Salut Mar; Fundació Salut Empordà.*

**Antecedentes/Objetivos:** En un sistema nacional de salud basado en atención primaria, como el español, la coordinación clínica entre niveles asistenciales es una prioridad, ya que puede mejorar la calidad de la atención y la eficiencia. Algunos estudios muestran que la coordinación clínica entre niveles puede variar según la especialidad médica. El objetivo de este estudio es determinar las diferencias entre la experiencia, percepción y factores relacionados con la coordinación clínica, y el conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación, según la especialidad del médico del sistema sanitario catalán.

**Métodos:** Estudio transversal, basado en encuesta mediante el cuestionario autoadministrado COORDENA-CAT (octubre-diciembre de 2017). Muestra: 1.666 médicos de atención especializada. Se obtuvieron análisis descriptivos y multivariados para comparar las especialidades potencialmente descentralizadas (EPD), predominantemente hospitalarias (EPH), medicina interna/geriátrica (MIG), obstre-

tricia/ginecología (OG) y pediatría/subespecialidades (PS), sobre la experiencia, percepción de la coordinación y factores relacionados, ajustando por variables sociodemográficas y laborales.

**Resultados:** La experiencia de coordinación clínica fue relativamente alta en todos los grupos, con algunas diferencias entre grupos al comparar con EPD; EPH y MIG presentaron una baja consistencia y seguimiento de la atención entre niveles, mientras que OG y PS mostraron una mejor accesibilidad entre niveles. No obstante, la percepción general de coordinación fue baja, siendo peor en EPH (PR 0,80; IC95% 0,65-0,98) y mejor en OG (PR 1,36; IC95% 1,06-1,73). Además, las EPH reportaron un menor uso de mecanismos de coordinación, especialmente interconsultas por correo electrónico (RP 0,51; IC95% 0,36-0,73). Una mayor proporción de médicos de OG interactuó con médicos del otro nivel (PR 2,04; IC95% 1,60-2,60), mientras que aquellos de EPH y MIG interactuaron menos (RP 0,42; IC95% 0,32-0,54 y RP 0,80; IC95% 0,66-0,97 respectivamente).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Hubo diferencias en la experiencia y percepción de la coordinación clínica entre niveles según el grupo de especialidad, siendo peor en EPH y MIG y mejor en OG. Esto podría estar relacionado con la existencia de diferencias en el conocimiento y uso de mecanismos de coordinación y en factores organizativos e interaccionales relacionados con la coordinación. Existe la necesidad de explorar más a fondo estas diferencias, y las necesidades de coordinación propias de cada especialidad, con el fin de mejorar la coordinación clínica entre niveles asistenciales.

Financiación: Proyecto COORDENA-CAT, financiado por el ISCIII y FEDER (PI15/00021).

### 742. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS: IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.C. Alonso Lorenzo, E. Berdún González, J. Rodríguez Paredes, R. Pérez Caseiro, B. Calleja Arribas

*Salud Pública. Gerencia Área Sanitaria IV-Oviedo (SESPEA); Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Asturias; Centro de Salud El Cristo (Oviedo); Centro de Salud Ventanielles (Oviedo).*

**Antecedentes/Objetivos:** En febrero de 2019 se iniciaron actividades de formación y motivación en el uso adecuado de antibióticos en el Área Sanitaria de Oviedo (330533 habitantes), en el marco del Programa de Optimización de Antibióticos (PROA) promovido por el Ministerio de Sanidad, entre ellos la difusión de una Guía de Tratamiento Antibiótico (GTA) que incluía una apartado para el manejo de las infecciones del tracto urinario.

**Métodos:** Estudio observacional antes-después sin grupo control. Se recogió la información sobre el manejo de los episodios de infecciones del tracto urinario (ITUs) en mujeres en dos periodos de tiempo: entre 15 y el 31 de Octubre de 2018 y mismo periodo de 2019. Se seleccionaron la totalidad de episodios registrados en ambos periodos de una muestra de los médicos del Área a través de muestreo aleatorio simple (95 profesionales). Resultado evaluado: proporción de ITUs manejadas de acuerdo a la GTA. Variables: tipo de ITU, edad, tipo de atención. Se compararon las proporciones de tratamientos conformes a la guía antes y después de la intervención (difusión de la GTA), empleando chi cuadrado como test de significación para detectar diferencias; y análisis multinivel empleando regresión logística.

**Resultados:** Se localizaron 794 episodios y se estudiaron 530, la diferencia se debe a historias no cumplimentadas o perdidas y casos que no cumplían el criterio de ITU. Se encontraron 272 episodios pre-intervención y 258 pos-intervención. La prescripción del principio activo fue correcta en el 61,4% (IC95%: 55,6-67,1 para el test de chi cuadrado) en el periodo pre frente al 72,1% (IC95%: 55,6-67,1) en el periodo post ( $p = 0,01$ ), la mayor diferencia se encontraba en el grupo de 44 a 69 años: 56,7% en el periodo pre frente a 76,7% en el post ( $p = 0,002$ ). Si seleccionamos solo la infección no complicada la dife-

rencia entre ambos periodos es 9,8% (IC95%: 1,1-18,4). El modelo multinivel con el conjunto de variables del estudio muestra la OR asignada al periodo es 0,53 (IC95%: 0,14-0,21)  $p = 0,008$ .

**Conclusiones/Recomendaciones:** Se detecta una mejoría de la adecuación del tratamiento en las ITUs. La mejoría se centra en las personas más jóvenes, quizás por la inercia terapéutica en el manejo de las personas mayores. Cabe pensar que la publicación de la guía tuvo un cierto impacto en la mejora de la prescripción antibiótica, si bien pudieran existir otros factores que el diseño de este estudio no permite evaluar. Actuaciones institucionales pueden modificar pautas de actuación que tiene impacto en Salud Pública, como es el caso de las resistencias bacterianas.

## 86. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCIÓN PALIATIVA DOMICILIARIA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL: UN ESTUDIO CUALITATIVO

V. Martínez Ruiz, K. Gomes Franco, L.M. Martín de los Reyes, M. Rivera Izquierdo, P. Lardelli Claret, E. Jiménez Mejías

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (UGR); CIBERESP; ibs.GRANADA.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los procesos neoplásicos representan la segunda causa de muerte en nuestro país y son una de las principales fuentes de gasto sanitario. Por ello, diversos organismos abogan por la prestación de cuidados paliativos domiciliarios en el marco de la toma de decisiones compartida entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios. En un país de cultura mediterránea como España, la atención domiciliaria suele recaer en familiares del paciente. Por tanto, el objetivo de este trabajo fue identificar los principales factores que, a juicio de los cuidadores informales, influyen en la elección del lugar de recepción de cuidados paliativos en pacientes oncológicos al final de la vida.

**Métodos:** Metodología cualitativa, basada en la perspectiva fenomenológica (teoría fundamentada). Los cuidadores informales de pacientes oncológicos se seleccionaron mediante muestreo por conveniencia en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital PTS (Granada), durante el mes de marzo de 2019. Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas en profundidad, que posteriormente fueron transcritas y analizadas a través del siguiente proceso: lectura reiterada, codificación de fragmentos de texto con el mismo significado (códigos) y agrupación de dichos códigos en categorías. Se utilizó como apoyo el software NVivo 12 Plus. Antes del desarrollo del estudio se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Granada.

**Resultados:** Se realizaron 7 entrevistas, hasta que se alcanzó la saturación discursiva. De los entrevistados, cuatro fueron mujeres y tres hombres. Resultó llamativo el hecho de que varios participantes declararon que no hablaban acerca de la muerte con su familiar enfermo (ni por tanto del lugar elegido para el fallecimiento), a pesar de ser éste un acontecimiento que se esperaba cercano. Por el contrario, los cuidadores que declararon tener apoyo familiar y social sí mostraron una actitud más positiva respecto al abordaje del tema. Las creencias religiosas, tener otras personas a cargo y la formación parecen tener influencia en la elección del lugar de recepción de los últimos cuidados. Por último, a pesar de la situación vivida, no todos los cuidadores conocían el documento de Voluntad Vital Anticipada, declarando que no habían recibido información de los profesionales sanitarios.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El conocimiento del contexto sociofamiliar de los pacientes oncológicos y sus cuidadores parece esencial para planificar el lugar de la prestación de cuidados adecuándose a sus necesidades. El papel del personal sanitario es relevante para hacer llegar a enfermos y cuidadores información acerca de todas las opciones disponibles.

## C007. Violencia/Violência

### 651. CYBERBULLYING Y FACTORES ASOCIADOS SEGÚN EL SEXO DEL ALUMNADO DE SECUNDARIA

D. G. Abiétar, G. Pérez, L.L. Forcadell-Díez, M. Salvador, M. Bennett, V. Pérez Martínez, B. Sanz-Barbero, N. Albaladejo-Blázquez, C. Vives-Cases

*Agència de Salut Pública de Barcelona; Universidad de Alicante; Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** El desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación ha modificado la topografía del acoso escolar, a la vez que lo ha diversificado surgiendo el cyberbullying. El objetivo de este estudio es analizar la frecuencia y los factores asociados al cyberbullying en el alumnado de 2º y 3º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de centros educativos de Terrassa (Barcelona) y Alicante (2019-2020).

**Métodos:** Estudio transversal en el marco de una intervención escolar dirigida a promover relaciones sanas y equitativas en la ESO. Muestra de conveniencia de 1.442 alumnos que auto-cumplimentaron cuestionario online. La variable dependiente fue haber sido víctima de cyberbullying (1 o más veces en los últimos 3 meses). Las variables explicativas fueron variables como la edad y la orientación del deseo, así como otras relativas al nivel socioeconómico familiar. Se calcularon prevalencias y razones de prevalencia ajustadas (RPa) mediante modelos bivariados y multivariados de regresión de Poisson con varianza robusta estratificados por sexo.

**Resultados:** La prevalencia global de personas que sufrieron cyberbullying fue del 9,2% en mujeres y del 10,8% en hombres ( $p = 0,32$ ). Según orientación del deseo, la prevalencia es del 7,4% en personas heterosexuales, del 16,2% en personas homosexuales, del 26,6% en personas bisexuales, y del 10% en personas que no se sienten atraídas por ningún sexo ( $p < 0,001$ ). El cyberbullying se presentó con mayor frecuencia en aquellos hombres con orientación del deseo bisexual (RPa = 2,57 IC95% 1,5-4,4) y cuyas madres trabajaban exclusivamente en labores del hogar (RPa = 1,66, IC95% 1,01-2,7). Por otro lado, en el caso de las mujeres, también se presentó con mayor frecuencia en aquellas con orientación del deseo bisexual (RPa = 2,4 IC95% 1,3-4,3), en aquellas que habían mantenido relaciones sexuales (RPa = 2,2 IC95% 1,2-3,8) y en aquellas con regulares o malas relaciones con sus compañeros de clase (RPa = 3,14 IC95% 1,73-5,72). En ambos sexos la mayor puntuación de autoestima se asoció a menor frecuencia de cyberbullying (RPa = 0,95 en hombres y RPa = 0,93 en mujeres).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los resultados evidencian la importancia de tres ejes de discriminación (género, orientación del deseo y conducta sexual) e incluso un cuarto posible (posición socioeconómica). Se hace necesario reforzar la centralidad de los derechos sexuales y de la diversidad de género en la prevención del cyberbullying en secundaria, como parte de programas escolares de promoción de relaciones sanas y equitativas.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, FEDER y FSE al proyecto multicéntrico PI18/00590 y PI18/00544. CIBERESP.

### 557. ASOCIACIÓN ENTRE ACOSO SEXUAL Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD EN ADOLESCENTES DE BARCELONA

M. Bosch-Arís, G. Pérez, B.B. León-Gómez, L. Forcadell-Díez, G. Serral, V. Espinel-Flores

*Agència de Salut Pública de Barcelona; Universitat Pompeu Fabra; CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP; Universitat de Barcelona; Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau); Consorci de Salut i Social de Catalunya.*

**Antecedentes/Objetivos:** El acoso sexual produce y reproduce estereotipos de género basados en el sexismo estructural, así como basados en orientación sexual e identidad de género, tiene graves consecuencias para la salud de las personas. El objetivo es describir la salud, salud mental, conductas relacionadas con la salud y la discriminación por orientación sexual, en adolescentes escolarizados en Barcelona el 2016 que han sufrido acoso sexual.

**Métodos:** Estudio transversal basado en datos de la Encuesta de Factores de Riesgo en la Escuela Secundaria (FRESC) de 2016. Muestra representativa en adolescentes de 13 a 18 años, de 2º, 4º de ESO, 2º de Bachillerato y 2º de Ciclos Formativos de Grado Medio (CFGM) de Barcelona. La variable dependiente es acoso sexual y las independientes, salud percibida, salud mental, consumo de tabaco, alcohol y cánnabis, satisfacción con la imagen corporal y discriminación por orientación sexual. Otras variables explicativas que se utilizan sobre el contexto social y económico: relación con la familia, relación con la escuela, número de amigos, número de amigas, y nivel socioeconómico. Se realizaron modelos de regresión logística bivariada y multivariada (Odds Ratio -OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) estratificados por sexo y curso escolar.

**Resultados:** La prevalencia de acoso sexual es de 4,2% en hombres y 17,0% en mujeres. En hombres, el acoso sexual se encontró asociado a la discriminación por orientación sexual [ORa = 14,9 (IC95% = 5,8-38,4)]. Mala salud mental [ORa = 13,4 (IC95% = 6,0-29,7)] y el consumo de alcohol [ORa: 4,8 (IC95% = 1,7-13,5)] también se asociaron al acoso sexual en hombres. En las mujeres el acoso sexual se asoció a mala salud percibida [ORa = 1,6 (IC95% = 1,0-2,6)], mala salud mental [ORa = 3,3 (IC95% = 1,9-5,8)], consumo de alcohol, tabaco, cannabis, baja satisfacción con la imagen corporal [ORa = 2,1 (IC95% = 1,4-3,2)] y discriminación por orientación sexual [ORa = 5,2 (IC95% = 2,6-10,7)].

**Conclusiones/Recomendaciones:** El acoso sexual está presente en las y los jóvenes de la ciudad de Barcelona y se relaciona con la discriminación por orientación sexual. Este acoso afecta a la salud y conductas relacionadas con la salud siendo las mujeres las que tienen peores consecuencias para la salud. El acoso sexual es un evento estresante en la vida de las y los adolescentes por lo que es importante el desarrollo de programas de prevención de la violencia de género, así como una educación integral que promueva las relaciones sanas y equitativas desde pequeños.

### 579. VIOLENCIA DE PAREJA Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES

V. Pérez-Martínez, B. Sanz-Barbero, M.C. Davó-Blanes, D.G. Abiétar, F. Sánchez-Martínez, G. Pérez, C. Vives-Cases

*Universidad de Alicante; Instituto de Salud Carlos III; Agencia de Salud Pública de Barcelona; Ciber de Epidemiología y Salud Pública.*

**Antecedentes/Objetivos:** La violencia de pareja (VP) entre adolescentes afecta a las diferentes culturas a escala mundial y es responsable de los efectos negativos para salud a medio/largo plazo. El objetivo de este estudio fue analizar la frecuencia y los factores asociados a la VP en adolescentes de educación secundaria obligatoria (ESO) según sexo, que tenían pareja actualmente o habían tenido pareja.

**Métodos:** Estudio transversal realizado en el contexto de una intervención educativa en 2º y 3º de la ESO de centros educativos de Alicante y Terrassa (2019-2020). Muestra por conveniencia de 1422 estudiantes de entre 13-17 años. Este estudio analiza una submuestra de 640 jóvenes con pareja. La variable dependiente fue la victimización de VP. Como variables independientes se incluyeron variables sociodemográficas, de exposición a la violencia en la infancia, apoyo social y machismo (escala MVQ). Se calcularon razones de prevalencia (RP) mediante modelos de Poisson con varianza robusta. Todos los análisis se estratificaron por sexo.

**Resultados:** El 23,4% de las/os estudiantes con pareja declararon haber sufrido algún tipo de VP. El tipo VP más frecuente en ambos sexos fue la violencia de control (19,8% chicas; 18,8% chicos), seguido de las amenazas (6,1% chicas; 7,7% chicos), violencia sexual (4,0% chicas 5,1% chicos), y violencia física (3,0% chicas; 4,5% chicos). En las chicas, la probabilidad de sufrir VP fue significativamente menor en aquellas que perciben una buena relación con los/as padres/madres (RP: 0,63) y el profesorado (RP: 0,69) La probabilidad de sufrir VP fue significativamente mayor (RP: 1,59) entre las que fueron testigo de violencia contra la madre. En los chicos, la probabilidad de sufrir VP es significativamente mayor entre los inmigrantes de segunda generación (ref: españoles) (RP: 2,08), sufrieron violencia física y/o sexual en la infancia (RP: 1,74) y los que muestran mayor nivel de machismo (RP: 1,03).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La victimización de VP está presente entre los/as adolescentes sin distinción por sexo, aunque sí parecen más vulnerables los chicos inmigrantes de segunda generación. La exposición directa o indirecta (como testigos) a la violencia familiar y el machismo aparecen asociadas a dicha victimización en chicas y chicos, respectivamente. La promoción de activos externos para el desarrollo positivo de las relaciones interpersonales en jóvenes, como la familia y el profesorado, son claves para futuras intervenciones.

**Financiación:** Instituto de Salud Carlos III, como organismo intermedio del FEDER y del FSE al proyecto "Promoción de activos protectores de la violencia de género en la adolescencia y pre-adolescencia" (2019-2021) (PI18/00590 y PI18/00544).

**Conflicto de intereses:** la segunda y última autora pertenecen al comité científico de la SEE, pero no participarán en la evaluación de esta comunicación, tal y como está previsto en la guía de congresos de la SEE.

### 300. FACTORES ASOCIADOS AL SEXISMO AMBIVALENTE EN ADOLESCENTES: RESULTADOS DEL PROYECTO "LIGHTS4VIOLENCE"

A. Ayala, C. Vives-Cases, C. Davó-Blanes, C. Rodríguez-Blázquez, R. Ferrer, B. Sanz-Barbero

*Instituto de Salud Carlos III; Universidad de Alicante; CIBERESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** A pesar de los esfuerzos de las últimas décadas en reducir la desigualdad de género, el sexismo sigue siendo prevalente entre los/as adolescentes. Este estudio tiene como objetivo identificar las variables asociadas al sexismo ambivalente en adolescentes.

**Métodos:** Datos basales de la muestra perteneciente al proyecto Lights4violence compuesta por 1.555 estudiantes de 12 a 18 años de institutos de seis ciudades europeas. Se realizaron regresiones lineales estratificadas por sexo para cada dimensión del Ambivalent Sexism Inventory (ASI), sexismo benevolente (SB) y hostil (SH). Se incluyeron como variables independientes: estudios de la madre, exposición a la violencia de pareja, apoyo social (Student Social Support Scale), agresividad (Aggression Questionnaire Refined 12 ítems), asertividad (Assertive Interpersonal Schema Questionnaire) y resolución de conflictos (Social Problem-Solving Inventory-Revised Scale). Todos los modelos fueron ajustados por edad y país.

**Resultados:** La edad media de la muestra fue 14,3 años (DT = 1,5), el 59,3% fueron chicas. Los chicos mostraron un mayor valor medio del sexismo (SB = 29,7; SH = 29,1) que las chicas (SB = 27,5, SH = 23,0;  $p < 0,001$ ). Las chicas cuyas madres tenían estudios universitarios presentaron menores valores en SB (= -0,171,  $p = 0,002$ ) y SH (= -0,130;  $p = 0,035$ ) que aquellas con madres con estudios de primaria o inferior. Las chicas con experiencia de violencia de pareja mostraron mayor SB (= 0,090;  $p = 0,006$ ) y mayor SH (= 0,128;  $p < 0,001$ ) que aquellas que nunca habían estado en una relación sentimental. En ambos sexos, una mayor agresividad y asertividad y una menor resolución de conflictos se asociaron a altos niveles de SB y SH; y un mayor apoyo social se asoció significativamente a mayor SB pero no al SH.



**Conclusiones/Recomendaciones:** El sexismo en los adolescentes se asocia a la agresividad, a las experiencias de violencia de pareja, a la resolución de conflictos y a la asertividad. Es necesario fomentar la equidad de género tanto en jóvenes como en adultos/as y proporcionar herramientas que les permita identificar y rechazar el sexismo benevolente y hostil.

Financiación: Proyecto "Lights, Camera and Action against Dating Violence!" (acrónimo: Lights4Violence) financiado por European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020), under grant agreement No. 776905.

### 193. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA "LIGHTS4VIOLENCE" EN LA REDUCCIÓN DEL MACHISMO Y LA ACEPTABILIDAD DE LA VIOLENCIA EN ADOLESCENTES DE EUROPA

V. Pérez-Martínez, B. Sanz-Barbero, A. Ayala-García, R. Ferrer-Cascales, M.C. Davó-Blanes, C. Vives-Cases

*Universidad de Alicante; Instituto de Salud Carlos III; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.*

**Antecedentes/Objetivos:** El programa "filmemos juntos para vernos en un nuevo presente" del proyecto Lights4Violence tiene como finalidad fomentar actitudes y competencias personales promotoras de relaciones interpersonales positivas entre adolescentes. Objetivo: Analizar el efecto del programa en la reducción del machismo y la aceptación de la violencia en estudiantes de secundaria de diferentes ciudades Europeas.

**Métodos:** Diseño quasi-experimental pre-post realizado en 2019 en diferentes ciudades europeas (Alicante, Mathosinos, Cardiff, Roma, Poznán e Lasi). Muestra total: 1.146 estudiantes. Se analizó el efecto de la intervención mediante modelos de regresión lineal, siendo la variable dependiente la diferencia en las puntuaciones de machismo y de aceptación de la violencia -subescalas del cuestionario Maudsley Violence Questionnaire- en el tiempo pre y post intervención. La variable independiente fue el grupo (control/intervención). Variables de ajuste: niveles basales de machismo y aceptación de la violencia, país, experiencia de violencia en la pareja, edad, estudios de la madre, agresividad, apoyo de los padres/madres y profesorado, y empatía. Se exploraron las interacciones entre la variable grupo (intervención y control) y cada una de las variables incluidas en el modelo. Los análisis se realizaron estratificados por sexo.

**Resultados:** 575 estudiantes pertenecían al grupo de intervención y 571 al control, entre 11 y 17 años (media 14,16; DT 0,040). Al modelizar el cambio en el machismo en el tiempo pre/post intervención, se identificó una interacción entre las variables grupo y empatía en la submuestra de chicos ( $p = 0,018$ ). Al modelizar el cambio en la aceptación de la violencia en el tiempo pre/post intervención, se identificó una interacción entre las variables grupo y empatía en la submuestra de chicas ( $p = 0,006$ ). En los chicos, en el grupo intervención (con respecto al grupo control), se produjo un aumento significativo de los valores medios de machismo en aquellos que mostraron baja empatía ( $: 0,247$ ;  $p < 0,001$ ). En la submuestra de chicas, en el grupo intervención (con respecto al grupo control), se produjo una disminución de los valores medios de aceptación de la violencia en aquellas que mostraron mayor empatía ( $: -0,132$ ;  $p = 0,004$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Cabe destacar la importancia de la empatía en el cambio de actitudes violentas entre adolescentes. Es necesario, por tanto, fomentar en chicos y en chicas la empatía en los programas de intervención de promoción de valores y competencias personales promotoras de relaciones interpersonales positivas.

Financiación: European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020), grant agreement 776905.

Conflicto de intereses: la segunda y última autora pertenecen al comité científico de la SEE, pero no participarán en la evaluación de esta comunicación, tal y como está previsto en la guía de congresos de la SEE.

### 257. BARRERAS DE ACCESO A RECURSOS CONTRA VIOLENCIA DE GÉNERO DE LAS MUJERES JÓVENES. PERSPECTIVA PROFESIONAL

L. Otero García, E. Castellanos Torres, C. Vives Cases, E. Briones Vozmediano, I. Goicolea, B. Sanz Barbero

*UAM; CIBERESP; ENS-ISCI; UA; UdL; UMU.*

**Antecedentes/Objetivos:** A pesar de que las jóvenes denuncian más ahora la violencia de pareja contra la mujer (VPM), el uso de recursos formales para la atención de la VPM entre ellas es escaso. El objetivo de este trabajo es identificar las principales barreras que tienen las jóvenes expuestas a la violencia de pareja para acceder a los recursos existentes desde la perspectiva de las/los profesionales que las atienden.

**Métodos:** Estudio cualitativo integrado en el proyecto: "Violencia de pareja en jóvenes en España: Epidemiología, impacto en salud, accesibilidad y utilización de servicios socio-sanitarios frente a la violencia de género." Se utilizó como técnica la entrevista en profundidad mediante 12 entrevistas dirigidas a profesionales (Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Psiquiatría, y Educación Social) de la administración pública a nivel local, autonómico o estatal en la CM; 3 entrevistas a profesionales de ONGs que gestionan recursos públicos o de atención a la violencia de género y 2 entrevistas en asociaciones feministas. El análisis de la información se basó en el análisis del contenido temático.

**Resultados:** Las principales barreras percibidas por el conjunto de profesionales son: 1) Barreras relacionadas con el tiempo que tardan en reconocer la VPM debido al proceso de socialización diferencial de las mujeres y la construcción del ideal del amor romántico. 2) Barreras derivadas del proceso de salida de la violencia, como el miedo a las consecuencias de la ruptura (soledad y aislamiento), miedo a la respuesta familiar y miedo derivado de la falta de información sobre los protocolos del proceso. Además, perciben que las jóvenes pueden verse expuestas a victimización secundaria. 3) Barreras estructurales propias de los recursos de VG, como que dichos servicios están concebidos para mujeres adultas, no identificándose las jóvenes como posibles usuarias; la ubicación en el marco de Servicios Sociales; la falta de accesibilidad (horarios/distancia) a los recursos para las jóvenes que viven en medio rural; y el propio funcionamiento de los recursos.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Existen barreras psicosociales, derivadas del proceso de salir de la violencia y estructurales para que las mujeres jóvenes puedan acceder y utilizar adecuadamente los recursos formales dirigidos a juventud o atención integral de la violencia de género. Es preciso adaptar los servicios a las necesidades de las mujeres jóvenes para que puedan ser recursos realmente eficaces para salir de la VG.

Financiación: Proyecto AESI expediente PI17CIII/00022.

### 697. SEIS AÑOS DE CRIBADO UNIVERSAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

V. Escribá-Agüir, I. Clemente Paulino, D. Salas-Trejo

*Direcció General de Salut Pública i Adiccions. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (Generalitat Valenciana).*

**Antecedentes/Objetivos:** La evidencia científica muestra que el cribado universal de la violencia de género (VG), disminuye la probabilidad de episodios ulteriores de maltrato y mejora el estado de salud de las mujeres. A nivel mundial existen pocos estudios que evalúen la implantación de los programas poblacionales de cribado de la VG. El objetivo de este trabajo es evaluar la implantación del programa universal de cribado de la VG en el sistema sanitario de la Comunidad

Valenciana en cuanto a los factores que predicen la realización de un segundo cribado (SC).

**Métodos:** Estudio de cohortes abierta de las mujeres de 14 años o más, que entraron en el programa de cribado de la VG desde el 1 de enero de 2014 hasta el 31 diciembre de 2019, implementado en todos los centros sanitarios de la Conselleria de Sanitat. Este programa dispone de una aplicación informática (SIVIO), que permite registrar la información y guiar el procedimiento a seguir tras la detección de casos de maltrato. La confirmación de casos se hace por el cuestionario AAS, validado en nuestro contexto cultural, que los clasifica casos en positivos, negativos o posibles. Se recomienda realizar un seguimiento de los casos positivos a los 2 años y de los negativos a los 3 años. La variable resultado es realizar un SC y las explicativas: a) resultado del cribado inicial (CI), edad y país de origen. Se ha realizado un análisis descriptivo y multivariado de los datos.

**Resultados:** A lo largo del periodo de 5 años de seguimiento se ha realizado un CI en 318.295 mujeres, con un resultado positivo en un 2,7%. Del total de estas mujeres a 27.516 mujeres se les ha realizado un SC (8,64%), apreciándose un discreto incremento de los resultados positivos (el porcentaje pasa de 2,7% a 3,7%). El tiempo transcurrido entre el CI y SC, es de 22 y 27 meses, para los casos positivos y negativos, respectivamente. Existe una diferencia estadísticamente significativa en la distribución del resultado positivo del cribado entre la primera y segunda medición, un 57% de los casos positivos en el CI pasan a ser negativos en el SC, un 35% se mantienen positivos y un 8% pasan a posible. La probabilidad de realizarse un SC es mayor cuando el resultado del CI es positivo (OR = 1,22; IC95% = 1,13-1,32), en las mujeres de 26-50 años (OR = 1,66; IC95% = 1,54-1,79), de más de 50 años (OR = 2,69; IC95% = 2,51-2,89) y en las Españolas (OR = 1,17; IC95% = 1,12-1,21).

**Conclusiones/Recomendaciones:** El porcentaje de mujeres a las que se les realiza un SG es escaso, por lo que se van a diseñar alertas más efectivas que permitan asegurar el seguimiento de las mujeres sobre todo en las más jóvenes y extranjeras.

## 298. DIFERENCIAS POR SEXO ENTRE TIPOS DE VIOLENCIA EN POBLACIÓN BOGOTANA

A.J. Guillén-Puerto, M.A. Prado-Rivera, R. Virgüez-Manrique, A.M. Quecano-Guerrero, O. Garay-Quevedo

*Corporación Universitaria Minuto de Dios Sede Principal; Grupo de Investigación "Estudios en Psicología Básica y Aplicada para el Desarrollo Social"; Grupo de Investigación "Psicología: Ciencia y Tecnología"; Corporación Universitaria Iberoamericana.*

**Antecedentes/Objetivos:** Considerando los reportes mixtos acerca del rol como víctimas y/o perpetradores de violencia en pareja, el objetivo de este estudio fue identificar las diferencias por sexo entre tipos de violencia física, sexual y psicológica en las relaciones de pareja en población bogotana.

**Métodos:** Este estudio fue de tipo transversal con alcance correlacional. Participaron 842 hombres y 1113 mujeres bogotanos, con edades entre 18 y 60 años, a quienes se les aplicó la adaptación española de la Conflict Tactics Scale (CTS-2). Se compararon diferencias entre hombres y mujeres heterosexuales para las dimensiones de violencia física, coacción sexual, agresión psicológica y daño, por medio de las pruebas U-Mann Whitney, chi cuadrado y correlaciones de Spearman; las diferencias se establecieron a una significación  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se encontraron diferencias significativas en la coacción sexual, donde el hombre ejerce en mayor frecuencia de violencia hacia su pareja y la mujer reporta mayor recepción de esta. Además, las mujeres muestran menor riesgo (OR = 0,60) de ejercer la violencia sexual hacia su pareja, y más riesgo (OR = 1,24) de ser violentadas por su pareja a nivel sexual. Tanto en hombres como en mujeres se encontró que a mayor ejercicio de la violencia física y psicológica propia, mayor ejercicio de la violencia física y psicológica por parte de la pa-

reja. Para las demás categorías de violencia: física, psicológica y daño, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La violencia en las relaciones de pareja se da de forma simétrica entre hombres y mujeres, por lo tanto, es necesario generar procesos de prevención de cualquier tipo de violencia, así como intervenciones que promuevan la resolución asertiva de conflictos en la pareja. Es necesario realizar investigaciones que profundicen sobre las motivaciones que tienen los miembros de la pareja para ejercer violencia hacia ella, así como explorar por qué persiste mayor ejercicio de la violencia sexual del hombre hacia la mujer.

Financiación: Convocatoria para el Desarrollo y Fortalecimiento de la Investigación en UNIMINUTO (Código: CSP5-17-074).

## CO08. Zoonosis y Vectores/Zoonoses e vetores

### 609. PATRÓN ESPACIAL DE LA TRANSMISIÓN DE LA RABIA POR MORDEDURA DE ANIMALES EN MINNESOTA

I. Iglesias, C. Zamara, A. Pérez

*INIA-CISA; Univ de Minnesota.*

**Antecedentes/Objetivos:** El reto One Health tiene una gran debilidad con la fauna silvestre al englobar reservorios de difíciles de monitorizar y controlar, como ocurre con la rabia, una de las enfermedades zoonóticas más importantes con 70.000 personas fallecidas anualmente. La rabia en fauna silvestre está ampliamente distribuida en 2/3 de los países. El estado de Minnesota por sus amplias zonas naturales es un ejemplo de ello, mofetas y murciélagos representan la fauna silvestre de mayor riesgo, siendo sus mordeduras al ganado, mascotas o personas un gran motivo de preocupación. Tras la mordedura de un animal silvestre a una persona no siempre es sencillo la captura del mismo para analizar si es positivo o no a la enfermedad, por ello en un alto porcentaje de casos se realiza el tratamiento preventivo. Un tratamiento costoso y de larga duración, que podría evitarse si se conociera el riesgo en cada zona, épocas del año y especie. Aquí se ha identificado el patrón espacial de la transmisión de la rabia por mordedura en la interfaz doméstico-silvestre-humano analizando mediante epidemiología espacial los casos de mordeduras de animales a personas en el estado de Minnesota.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo mediante estadística convencional y espacial de los 4.056 casos de personas mordidas por animales en Minnesota (2016-2017). Se han evaluado las variables temporales, especies de animales y localización municipal. Se ha evaluado el grado de agrupación de los casos/100.000 habitantes mediante el estadístico G de Getis-Ord a nivel municipal.

**Resultados:** El 35% (1.438) de los casos fueron mordeduras de animales silvestres. Promedio mensual de registros de mordeduras = 91 (meses mayo-septiembre = 135; Resto del año 60/mes). De los animales analizados: 71 (5%) fueron positivos, 232 (17%) dudosos y 1094 (78%) negativos. Las especies animales positivas fueron murciélagos (56), mofetas (14) y 1 zorro y las dudosas fueron murciélagos (192), mapaches (15), rata almizclera (10), mofetas (6), alces (2) y zorro, castor, ratón y zarigüeya. En murciélago la mayor ocurrencia es en los meses estivales (junio-septiembre) debido a la hibernación, con un promedio = 44 casos vs promedio = 8/mes el resto del año. El resto de especies presentan un promedio = 5 casos/mes estable todo el año. El análisis Getis-Ord de las tasas de casos positivos y dudosos/100.000 hab muestra dos zonas importantes de agrupación en la zona centro oeste y en una provincia del noreste.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El riesgo de mordedura de animales infectados es mayor en zonas agrícolas de menor población y

menores recursos económicos. Las políticas de salud pública y de educación enfocadas a las áreas de mayor riesgo pueden contribuir a enfrentarse a este problema. La epidemiología espacial representa herramienta de gran utilidad en el reto One Health.

#### 847. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA BAJO EL MARCO DE UNA SALUD, MARCO TEÓRICO Y DESARROLLO CONCEPTUAL

J. del Águila, J. Bilbatua, J. Donado, R. Liu, F. Morilla, E. Álvarez, M.E. Guardado

*Hospital Universitario de Móstoles; Universidad Autónoma de Madrid; Universidad Nacional de Educación a Distancia*

El siglo XXI ha sido testigo de la aparición y la reemergencia de múltiples patógenos humanos que amenazan al mundo entero, como el SARS en 2003, la gripe pandémica H1N1 en 2009, MERS en 2012, el ébola en 2014, o la gran expansión de las arbovirosis en los últimos años, hasta el reciente SARS-CoV-2. Todas ellas tienen algo en común: su origen zoonótico y su rápida distribución a nivel mundial. La vigilancia basa en indicadores (VBI), que se fundamenta en la detección temprana de los nuevos casos y el control de los brotes epidémicos, se ha tornado insuficiente para hacer frente a estos nuevos retos. En el año 2005 se aprueba por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el reglamento sanitario internacional (RSI), y en 2008 se adopta la declaración estratégica “Un Mundo, Una Salud” como el marco conceptual de referencia para hacer frente a la amenaza de las nuevas enfermedades infecciosas y pandémicas. El RIS propone una reforma de la vigilancia hacia una vigilancia basada en eventos (VBE), que la declaración “Una Salud” adoptó y amplió. En el núcleo de todas estas propuestas subyace el establecimiento de marcos y redes integradas e interrelacionadas a los distintos niveles de actuación (local, nacional e internacional), cuyo objetivo es la recogida, validación, análisis e interpretación de información sobre la salud y las condiciones humanas, animales y ecológicas, antes de que ocurran casos de una enfermedad en humanos. Tiene el doble objetivo el de servir para informar a los decisores políticos y a la sociedad con la mejor evidencia posible y detectar en forma de alerta temprana posibles riesgos emergentes o desconocidos. Se presenta una síntesis conceptual de algunas redes de vigilancia basadas en “Una Salud” (sobre todo frente a arbovirosis) y se busca la relación con conceptos epidemiológicos más recientes y de creciente importancia como la Inteligencia Epidemiológica (IE), la Seguridad Sanitaria (SS) o la Diplomacia Sanitaria (DS). Todos tienen en común el concepto de “Una Salud” en su origen y núcleo conceptual, pero se encuentran pobremente definidos en la literatura y heterogéneamente implantados y desarrollados.

#### 869. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA LEISHMANIASIS HUMANA EN ESPAÑA, 2005-2017, A PARTIR DE DOS FUENTES DE INFORMACIÓN

A.M. Humanes Navarro, Z. Herrador Ortiz, B. Fernández Martínez

*HCSC; CNMT, ISCIII; CNE, ISCIII.*

**Antecedentes/Objetivos:** La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria potencialmente grave transmitida por flebótomo. En España es endémica y de declaración obligatoria (EDO) desde 1982, aunque hasta 2014 sólo la notificaban algunas comunidades autónomas (CCAA). Debido a la infranotificación se desconoce su frecuencia real. El objetivo de este trabajo es mejorar el conocimiento de la epidemiología de la leishmaniasis en España a través del análisis de dos fuentes.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de leishmaniasis a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) (códigos CIE-9 085 y CIE-10 B55) y de casos declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epi-

demiológica (RENAVE) entre 01/01/2005 y 31/12/2017. Se realizó análisis descriptivo y análisis bivariable (2 Pearson y razón de verosimilitud). Se calcularon tasas anuales y por CCAA utilizando las cifras de población del INE. Se elaboraron mapas de las tasas por CCAA.

**Resultados:** Entre 2005 y 2017 hubo 6.822 hospitalizaciones relacionadas con leishmaniasis en España. Tras eliminar ingresos sucesivos de un mismo paciente, quedaron 3.903 hospitalizaciones. La edad mediana según CMBD fue de 42 años (RIC: 28-55). El 71,2% eran hombres. Hubo 201 exitus (5,1%). La clasificación clínica fue leishmaniasis visceral (LV) en el 74,9%. La proporción de LV fue mayor ( $p < 0,01$ ) en  $< 5$  años, fallecidos y los que precisaron mayor estancia hospitalaria. Hubo 2.674 casos notificados a la RENAVE con una edad mediana de 45 años (RIC: 22-61). El 63,4% de los casos eran hombres. Desde 2014 hubo 48,6% de LV y 23 exitus (3,9%). Hubo mayor frecuencia de LV ( $p < 0,01$ ) que de LC/MC en hombres,  $< 5$  años, fallecidos y hospitalizados. La tasa anual según CMBD osciló entre 2005 y 2017, con máximo de 0,82 en 2005 y mínimo de 0,51 por 100.000 habitantes en 2010. La tasa anual máxima según RENAVE fue de 1,06 en 2011 y la mínima de 0,3 en 2008. Desde 2014 hay más casos declarados que hospitalizados. Las tasas más altas de 2014-2017 por CCAA correspondieron a la C. Valenciana, Madrid y Baleares (CMBD: 1,73; 1,09; 0,97. RENAVE: 2,30; 1,46; 2,74, respectivamente).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La mediana de edad es similar en ambas fuentes, con mayor frecuencia de hombres y de LV en los hospitalizados. La LV fue más frecuente en  $< 5$  años (RENAVE y CMBD), hombres (RENAVE) y cursó con formas más graves (exitus, hospitalización y estancia). La ausencia de notificación de leishmaniasis por muchas CCAA en RENAVE hasta 2014 hace difícil establecer su patrón temporal en España. Desde entonces ha mejorado la notificación. La evolución ha sido oscilante según CMBD. Existe variación en cuanto a su distribución por CCAA. El estudio de dos fuentes de información independientes nos permite una aproximación más completa a la situación epidemiológica de leishmaniasis en España.

### CO09. COVID-19: Epidemiología/COVID-19: Epidemiología

#### 572. EPIDEMIA COVID19 EN ARAGÓN A TRAVÉS DEL S. INFORMACIÓN URGENCIAS HOSPITALARIAS. ANÁLISIS COMORBILIDAD

F.E. Arribas, M.P. Rodrigo, M.L. Compes Dea, R. Marron, C. Carcas, M. Goldaracena, A. Regalado, M.C. Burriel, L. Casaña

*Servicio de Evaluación y Acreditación. DGAS. Gobierno de Aragón; Servicio Urgencias. Servicios Centrales SALUD. Aragón; Grupo de Investigación de Servicios Sanitarios (GRISSA). I.I. Sanitaria Aragón.*

**Antecedentes/Objetivos:** Describir la variabilidad entre los hospitales públicos de Aragón en cuanto a las atenciones a urgencias y posteriores hospitalizaciones relacionadas con COVID19 teniendo en cuenta la edad, el nivel de renta y la comorbilidad de estos pacientes.

**Métodos:** Se ha realizado una monitorización diaria a través del SIU en los hospitales públicos. Se han seleccionado tres códigos de la CIE10 ES: B34.2 (PCR positivo y con clínica compatible de COVID19), Z03.818 y Z20.828 (episodios con sospecha clínico-epidemiológica). El estudio recoge la información del primer mes de epidemia (12 marzo al 13 abril de 2020). Se utilizó el tramo de copago de tarjeta sanitaria (TSI), como un indicador indirecto económico, considerando que los niveles de TSI-001, TSI002 (01) y TSI 003 detectaban personas con menor renta. Se utilizaron GMA, para valorar la comorbilidad. Se analizaron los resultados para Aragón y por hospitales. Se planteó que la



edad, el nivel socioeconómico y la fragilidad medida a través del GMA pudieran influir en el ingreso.

**Resultados:** Se registraron 4.971 urgencias relacionadas con COVID-19, un 20,5% con PCR+ confirmado en urgencias antes del ingreso. Un 51,2% de las urgencias atendidas (2.546) ingresaron. Un 48,6% de las urgencias y un 54,4% de los ingresos eran hombres. Aquellas entre 60-64 y 85-89 años fueron las más frecuentes en urgencias, mientras que ingresaron más las de 85-89 años. La presión de urgencias fue diferencial entre sectores (entre 42% al 71%). Un 65% de la población general aragonesa se asignó a tramos de renta baja. Un 62,1% de las urgencias atendidas y un 64,8% de los ingresos se dieron en colectivos desfavorecidos. Los hospitales con porcentaje de ingreso > 60%, atendieron a pacientes mayores. Los pacientes con mayor morbilidad, situados en el percentil (p) p99 y en los p97-p99, y con neoplasias activas, son los que presentaron mayores tasas de atenciones hospitalarias, en urgencias y en hospitalización, (2% y 1% respectivamente). Un centro con perfil de atención de mayor envejecimiento pero menor comorbilidad, tuvo menos ingresos. Se encontraron diferencias en el ingreso por COVID19 entre los dos hospitales más grandes de la Comunidad, debidas al envejecimiento y complejidad. Se registró un mayor ingreso en el que atendía a pacientes más envejecidos y complejos (8,14 vs 6,57 de peso medio).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Una edad avanzada y una mayor comorbilidad de aquellos con COVID19 que acudieron a urgencias, conllevaron mayores porcentajes de ingreso. Los pacientes neoplásicos registraron un alto porcentaje de ingresos.

### 598. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS COVID-19 NOTIFICADOS A SALUD PÚBLICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE MADRID

M. Fontán Vela, E. Jiménez González de Buitrago, I. Fernández Jiménez, A. Tébar Martínez, E. Gallego Ruiz de Elvira, R. Ruiz Páez, S. Veleza Sánchez, L. Zazo Morais, I. Sánchez Egido

*Servicio de Medicina Preventiva; Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Infanta Leonor.*

**Antecedentes/Objetivos:** El 31 de diciembre, las autoridades sanitarias de Wuhan notificaron una agrupación de casos de neumonía fin filiar. El 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud declaró la pandemia mundial. A día 23 de abril, en España se han diagnosticado más de 200.000 casos. El objetivo es analizar las características epidemiológicas de los casos notificados a Salud Pública (SP) en el Hospital Universitario Infanta Leonor-Virgen de la Torre (HUIL).

**Métodos:** Estudio descriptivo de los casos de Covid-19 confirmados por PCR notificados a SP entre el 1 de marzo y el 14 de abril. Se elaboró la curva epidemiológica y se calculó la tasa de variación de la media de casos cada cuatro días. Se calculó el número de días entre la fecha de inicio de síntomas (FIS) y diferentes momentos del episodio: llegada a urgencias, ingreso en UCI y desenlace del episodio (alta/exitus). Se analizó, comprobando previamente distribución normal, si había diferencias estadísticamente significativas en cada intervalo entre hombres y mujeres, y entre los casos dados de alta o fallecidos.

**Resultados:** En el periodo estudiado, se han notificado 2.114 casos de Covid-19: 1.159 (54,82%) hombre y 955 (45,18%) mujer, siendo la mediana de ambos grupos similar (63 en hombres y 62 en mujeres). El primer caso diagnosticado por PCR fue el 3 de marzo, pero la fecha de inicio de síntomas más antigua es del 11 de febrero. El pico de casos por FIS fue el 20 de marzo, mientras que el pico por fecha de diagnóstico fue el 23 de marzo, dándose un descenso posteriormente. Entre el 11 de marzo y el 30 de marzo, la variación de casos cada 4 días se mantuvo por encima de 1; a partir del 31 de marzo se mantuvo, en líneas generales, por debajo de 1. La mediana de días entre la FIS y la llegada a urgencias, ingreso en uci y desenlace fue de 6, 8, 11 (exitus) y 16 (alta), respectivamente. Se encontraron diferencias significativas en el intervalo entre la

FIS y llegada a urgencias y resolución del episodio entre los casos de alta y exitus ( $p < 0,01$ ). No se encontraron diferencias por sexo.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los primeros casos del área de Vallecas se contagiaron a mediados de febrero y el descenso de casos se consolidó a principio de abril. Hubo diferencias en el tiempo desde el inicio de la clínica y la llegada a urgencias entre los casos dados de alta y los exitus.

### 648. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS DE COVID-19 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL, FEBRERO-ABRIL 2020

C. Giesen, I. López Carrillo, C.M. Saa-Requejo, C.A. López Vilela, A. Seco Martínez, J. Sanjurjo Portús, P. Maldonado Cid, R.M. Ceballos Rodríguez, L. Díez Izquierdo

*Hospital Universitario Infanta Sofía.*

**Antecedentes/Objetivos:** El 31 de diciembre de 2019 las autoridades de la República Popular de China alertaron de la aparición de casos agrupados de neumonía no filiada. Posteriormente, fue identificado un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, denominado SARS-CoV-2, como agente etiológico. El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró la emergencia global. Con 207.634 casos confirmados y 23.190 fallecidos, España se encuentra entre los países más afectados. Nuestro objetivo es describir los casos de COVID 19 en el Hospital Universitario Infanta Sofía.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los casos que cumplen criterios de COVID 19 detectados del 27/02-23/04/2020 en un hospital de segundo nivel de 271 camas. Se realizó una descripción de variables demográficas (sexo, edad), estancia en el hospital, mortalidad y distribución de la curva epidemiológica. Los grupos de edad fueron contruidos a partir de los empleados por el CNE. Se utilizó Stata para el análisis.

**Resultados:** El pico máximo de casos se alcanzó entre el 20-24/03/2020. Se detectó una curva bifásica. Se registraron 1.612 casos (1.182 PCR positiva, 430 diagnóstico clínico). El 52,2% (IC95% 49,8-54,7) fueron hombres y 47,8% (IC95% 49,5-50,2) mujeres. Requirieron hospitalización el 61,8%. El 19% de los pacientes acudieron de nuevo al hospital. Se registraron 206 defunciones (12,8%). Se registraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos con PCR positiva y los de diagnóstico clínico respecto a edad, estancia media (en urgencias, hospitalización e UCI). Con PCR positiva: la media de edad fue 62,7 años, grupos más afectados 70-79 y  $\geq 80$  años, estancia media 9,6 días, 2,6% fueron personal sanitario. El 6,2% ingresó en UCI, con una estancia media 14,7 días. El 13,5% con PCR positiva falleció. Pacientes con diagnóstico clínico: media de edad 64 años, grupos más afectados  $\geq 80$  años y 60-69 años, estancia media 5,1 días. El 1,9% ingresó en UCI, media 5 días. El 10,7% de los pacientes con diagnóstico clínico falleció.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Se registraron 1,612 casos. La mayor presión asistencial coincide con la reportada a nivel nacional, con un decalaje de 5 días respecto a la Comunidad de Madrid. Los casos fueron más frecuentes entre varones y personas de edad avanzada.

### 740. INCIDENCIA ACUMULADA DE COVID-19 EN LOS DISTRITOS DE LA CIUDAD DE MADRID Y SU RELACIÓN CON INDICADORES SOCIOECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS

G. Blasco-Novalbos, J.M. Díaz-Olalla, I. Valero Oteo

*Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** Crece el interés por conocer la incidencia del COVID-19 y su distribución social y territorial. Se sospecha que afecta especialmente a población desfavorecida, de edad avanzada y

que vive en determinadas situaciones que favorecen su propagación (institucionalización). Se quiere conocer la tasa de incidencia acumulada de COVID-19 en la ciudad de Madrid y sus distritos en los 2 primeros meses de la epidemia y si se relaciona con variables socioeconómicas y demográficas.

**Métodos:** Estudio ecológico descriptivo transversal. El número de casos confirmados por PCR desde el 25.02 al 28.04 de 2020 para la ciudad de Madrid y sus distritos procede de la Comunidad de Madrid (datos abiertos). Los datos de población, % mayores de 65 y 80 años, densidad de población y tamaño medio del hogar (TMH) proceden del Padrón de Habitantes a 1.01.2019. La Renta Bruta Disponible per cápita (RBDpc) de 2016, de Estadística Municipal. De elaboración propia son el Índice Combinado de Salud Conocimiento y Renta (ICSCR, 2014-2017), un indicador de desarrollo humano de los distritos de la ciudad, y el Índice de Privación (IP, 2014) construido a partir de 4 componentes: insuficiencia educativa, hacinamiento, desempleo y Renta Mínima de Inserción. Calculamos las razones de incidencia acumulada estandarizada (RIAE) de ciudad y distritos ajustando según método indirecto con la estructura de incidencia acumulada por edades de España en el mismo periodo. Relacionamos cada variable independiente con la RIAE en cruces bivariados obteniendo sus coeficientes de correlación (R) y de determinación (R<sup>2</sup>), estudiando mediante regresión lineal múltiple (RLM) el modelo resultante con las variables cuya correlación resultó significativa.

**Resultados:** La ciudad de Madrid registra 33.189 casos y una RIAE de 223,18, más del doble de incidencia acumulada que el Estado tras el ajuste (casos esperados 14.871). Los distritos más afectados fueron Villa y Puente de Vallecas, Tetuán y Vicálvaro, con posiciones socioeconómicas retrasadas respecto a los demás. El menos afectado fue Centro, aunque con un 80% más de incidencia que la esperada. Los coeficientes de correlación de la renta y el indicador de desarrollo con la RIAE por separado fueron significativos (R<sup>2</sup> de 0,173 y 0,146) y en sentido inverso. El modelo de RLM que incluyó RBDpc e ICSCR como variables independientes arrojó que ambas explican un 25% de la incidencia, siendo la primera la más predictiva de esa situación.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La ciudad de Madrid y sus distritos presentan incidencias acumuladas muy por encima de las del Estado en los 2 primeros meses de la epidemia. En los distritos la incidencia se distribuye de manera desigual e inversa a la renta y al indicador de desarrollo humano, que explican conjuntamente un cuarto de la incidencia registrada.

## 854. IDENTIFICACIÓN DE CASOS COVID-19 Y SEGUIMIENTO DE SUS CONTACTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. López-Toribio, L. Granés, C. Marín, S. Quesada, I. Torá, V. Olivè, M. Tortajada, A. Llupià, A. Trilla

*Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic, Barcelona; Servicio de Salud Laboral, Hospital Clínic, Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** La Organización Mundial de la Salud recomienda la identificación de casos y el seguimiento de sus contactos como estrategia efectiva para reducir la transmisión de SARS-CoV-2 en la comunidad e instituciones sanitarias. El objetivo de este estudio fue describir el número de casos pacientes y profesionales y sus contactos identificados por el sistema de vigilancia de un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio descriptivo de casos pacientes y profesionales con COVID-19 y de los contactos intrahospitalarios que generaron entre el 25/02/2020 y el 28/04/2020. Se aplicaron las definiciones de casos confirmados y probables del protocolo del Ministerio de Sanidad. La identificación de contactos se realizó mediante la información recogida en el sistema informático del Hospital y encuestas telefónicas a casos profesionales. Se informó telefónicamente a los contactos de la exposición y se les siguió activamente mediante llamadas tele-

fónicas durante los 14 días posteriores al contacto. Para los casos que generaron contactos, se calculó la tasa de ataque y el número básico de reproducción observado (R<sub>0</sub>). Se realizó el test U de Mann Whitney para la comparación de grupos.

**Resultados:** Se detectaron 1.752 casos pacientes (1.248 confirmados y 504 probables) y 488 profesionales confirmados. Del total de casos, 64 (3,65%) pacientes generaron 417 contactos y 295 (60,45%) profesionales generaron 1.430 contactos. Del total de 1.777 contactos identificados, 1.334 fueron profesionales y 443 pacientes. Para los casos que generaron contactos, la mediana de contactos identificados por paciente fue de 3 (RIC 1-14) y por profesional de 4 (RIC 2-7), sin detectarse diferencias entre ambos. De los contactos en seguimiento, 187 se convirtieron en casos secundarios, de los cuales 144 (77,01%) fueron profesionales. La tasa de ataque secundaria fue de 6,66% (IC95% 4,6-10,0) para pacientes y 11,56% (IC95% 10,0-13,4) para profesionales. El tiempo mediano de conversión a caso de los contactos fue de 7 días (RIC 3-9), sin diferencias significativas entre profesionales y pacientes. Para los casos secundarios, el tiempo mediano entre el inicio de síntomas y el diagnóstico fue de 2 días (RIC 0-4), sin hallarse diferencias entre profesionales y pacientes. El R<sub>0</sub> observado fue de 0,52 (IC95% 0,47-0,57).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Un sistema de vigilancia intrahospitalario que identifique a casos profesionales y a pacientes con COVID-19 y realice seguimiento de sus contactos permite iniciar precozmente medidas para reducir la transmisión. Estas medidas cobran especial relevancia en el caso de profesionales sanitarios, un colectivo particularmente expuesto a la infección.

## 859. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PERSONAL SANITARIO DURANTE LA CRISIS COVID-19: ESTUDIO DE CONTACTOS

J.M. Montero-Moraga, P. Santia, A. Buron, M. Lupia, C. Serra, R. Villar, J.P. Horcajada, X. Castells, M. Sala

*Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar; UD Medicina Preventiva y Salud Pública PSMAR-ASPB-UPF; IMIM (Instituto de investigación Hospital del Mar); Servicio de Salud Laboral, Parc de Salut Mar; CiSAL, IMIM/UPF; Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital del Mar.*

**Antecedentes/Objetivos:** El personal sanitario es un colectivo con gran exposición al SARS-CoV-2, y a la vez esencial en la respuesta a la pandemia. El estudio de contactos de los casos COVID es fundamental en el control de la infección en este grupo, para frenar la transmisión hospitalaria e identificar fallos en las medidas de prevención. En el Parc de Salut Mar (PSMAR) de Barcelona, organización sanitaria con varios dispositivos y 4,615 empleados, los servicios de Salud Laboral, de Epidemiología y Evaluación y de Enfermedades Infecciosas coordinaron la gestión de la atención de profesionales a riesgo. Objetivo: describir los contactos que se produjeron entre el personal sanitario y conocer cuántos acabaron desarrollando la enfermedad.

**Métodos:** La población de estudio fueron profesionales del PSMAR que tuvieron contacto estrecho con algún caso COVID-19. Para la gestión de datos se utilizó el software GoData, desarrollado por la OMS para la gestión compleja de brotes. Se analizó el total de exposiciones y contactos. Se calculó el número de contactos de cada caso, la mediana y el rango intercuartílico (RIQ). Se obtuvo la tasa de ataque secundaria dividiendo los contactos que se infectaron entre el total de contactos.

**Resultados:** A 24 de abril, del total de la plantilla un 13,5% (624) fue en algún momento contacto estrecho de un caso COVID. El caso índice fue un profesional en el 53,4% de las exposiciones. De entre los casos COVID que generaron algún contacto, la mediana fue de 2 contactos de profesionales (RIQ 1-4) por caso. El 35,2% (220) de los contactos desarrollaron síntomas y se detectó la infección en 58 de

ellos, generando una tasa de ataque secundaria entre profesionales del 9,3% (IC95%: 6,9-11,7). El número diario de contactos pasó de alrededor de 20 diarios en el pico de la epidemia a dos diarios a finales de abril.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Las exposiciones de alto riesgo en el entorno sanitario implican no sólo un riesgo para la salud de los trabajadores sino también un impacto directo en la capacidad de respuesta sanitaria debido a los protocolos de cuarentena. El estudio de contactos eficiente es básico durante todas las fases de la pandemia. Es una de las claves para contener la transmisión intrahospitalaria y contribuye directamente a preservar la capacidad asistencial de los centros sanitarios, en especial en ciertas áreas consideradas esenciales como urgencias o cuidados intensivos.

### 877. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SARS-COV-2 REGISTRADOS COMO EDO Y EN GO.DATA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. García-Diez, E. Roel, I. Soriano, C. Sells, E. González, E. Redondo, J.C. Camúñez, M. Marco, A. Vilella

*Hospital Clínic de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** El 25 de febrero de 2020 se detectó el primer caso de SARS-CoV-2 en el Hospital Clínic de Barcelona. El objetivo de esta comunicación es presentar las características de los casos atendidos en un hospital terciario y las diferencias por tipo de caso, sexo y edad, así como su evolución temporal de las consultas por COVID-19 recibidas en el Servicio de Urgencias del 25 de febrero al 26 de abril.

**Métodos:** Se contemplaron tres tipos de casos de enfermedad por COVID-19: posibles, probables y confirmados. Los casos posibles (clínica leve compatible sin criterios de ingreso) fueron identificados a partir del sistema de notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) de nuestro hospital. Los casos probables (clínica y radiología compatible sin diagnóstico microbiológico) y confirmados (diagnóstico microbiológico) se registraron en el aplicativo de la Organización Mundial de la Salud Go.Data. El sistema de EDOs permitió evaluar las reconsultas a Urgencias por este motivo.

**Resultados:** Se detectaron 2.626 casos, de los cuales 875 fueron posibles, 504 probables y 1.247 confirmados. Tanto para casos posibles como para probables y confirmados, el pico de casos se observó el 31 de marzo. La distribución por sexos presentó diferencias estadísticamente significativas según el tipo de caso ( $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ ), siendo más frecuentes los casos posibles en mujeres. La mediana de edad del total de casos fue de 58 años, 55 años en mujeres y 60 en hombres ( $t$ -Student,  $p < 0,05$ ). También se observaron diferencias en la mediana de edad según el tipo de caso, siendo de 48 años en posibles, 60 en probables y 63 en confirmados. La edad aumentó significativamente el riesgo de ser caso probable (RRR 1,036 [1,029-1,042]) o caso confirmado (RRR 1,042 [1,037-1,048]) con respecto a ser caso posible, ajustado por sexo. La reconsulta en Urgencias es significativamente más frecuente tras un diagnóstico de coronavirus probable (RRR 1,916 [1,413-2,599]) o confirmado (RRR 3,085 [2,418-3,937]) que tras uno posible. El 27,3% de casos confirmados reconsultaron tras el diagnóstico en Urgencias de este hospital tras una mediana de 6 días, 24,77% de ellos lo hizo en más de una ocasión tras el diagnóstico.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Las diferencias observadas según tipo de diagnóstico por sexo concuerdan con los datos estatales del Centro Nacional de Epidemiología. Sin embargo, en nuestro centro el pico de casos fue 5 días más tardío y la edad mediana de los casos inferior a la edad mediana del resto de España (61 años en el conjunto del Estado). Los cambios de definición de los tipos de casos a lo largo de la pandemia, así como las limitaciones para realizar pruebas diagnósticas ante casos posibles, afectan a su categorización.

## CO10. Calidad de vida y Salud Mental/ Qualidade de vida e Saúde Mental

### 783. THE ASSOCIATION BETWEEN HEALTHY/UNHEALTHY DIETARY AND LIFESTYLE HABITS WITH HRQOL IN THE SUN COHORT

O. Pano Espínola, C. Sayón Orea, A. Gea, M. Bes-Rastrollo, M.A. Martínez-González, J.A. Martínez Hernández

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública UNAV; Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra; Instituto de Salud Pública de Navarra; Centro de Investigación Biomédica en Red; Department of Nutrition, Harvard T.H. Chan School of Public Health; Departamento de Ciencias de la Alimentación y Fisiología UNAV; IMDEA Food Institute.*

**Background/Objectives:** Health related quality of life (HRQoL) evaluates the perceived impact on health from personal conditions and environment. In the field of nutrition HRQoL has gained attention due to a bi-directional association with markers such as BMI, lifestyle and chronic diseases. We aimed to evaluate the association of various dietary/lifestyle features with HRQoL using the Short Form-36 questionnaire (SF-36). Finally we estimated the associations between healthy/unhealthy habits and health perception.

**Methods:** This nested analysis of the SUN cohort study included 11,658 Spanish graduates. Diet adequacy was studied using two scoring systems based on a validated food frequency questionnaire: the Mediterranean Diet Score (MedDiet, 0-9 pts) and Provegetarian Food Pattern (Proveg-FP, 12 -60 pts) and consumption of fruits and vegetables (FV) as a proxy for diet adequacy. Lifestyle characteristics (physical activity, sleep, smoking status, sitting time, television and computer time) were compared using MedDiet as independent variable. Adjusted differences (95% confidence intervals) in mean SF-36 scores and lifestyle features between low and high MedDiet adherence were assessed. We adjusted for age, sex, smoking status, physical activity and sleep. Multivariate linear regressions were separately fitted for the three main summary domains of the SF-36 (global, physical and mental) to assess the associations of lifestyle features and HRQoL.

**Results:** Differences in mean SF-36 scores were observed between low and high MedDiet adherence (global: 1,4 (95%CI: 0,6, 2,1); physical: 1,7 (0,8, 2,7); and mental: 1,0 (0,2, 1,9). Higher adherence to the MedDiet, rather than low, was associated with better habits: physical activity (10,9 METS-h/wk difference (9,3, 12,4), and sitting time (-2,1 h/day (-0,4, -0,1)). Obesity coefficient: -2,8 (95%CI: -3,7, -1,8), females subjects -3,0 (-3,4, -2,5), smoking -1,2 (-1,7,-0,7), and sitting time -0,2 (-0,3,-0,1), explained lower SF-36 scores. Healthy habits such as physical activity: 0,8 (0,1, 1,5), and diet (MedDiet 0,3 (0,2, 0,4), ProvegFP 0,1 (0,04, 0,12) and FV 0,2 (0,1, 0,3)) accounted for better health perception.

**Conclusions/Recommendations:** In varying degrees, healthy habits were related to higher SF-36 scores whereas unhealthy habits negatively influenced HRQoL. Furthermore, lifestyle features objectively denote health perception.

**Funding:** Instituto de Salud Carlos III (PI17/01795), European Regional Development Fund (FEDER) (RD 06/0045), UNAV.

### 632. PREDICTORES DE BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LA COHORTE SUN

M. Gil Conesa, M.A. Martínez-González, O. Pano Espínola, C. Gómez Donoso, M. Alonso García, G. Rodríguez Caravaca, F. Lahortiga, M. Bes Rastrollo

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad de Navarra; Departamento de Medicina Preventiva Hospital Universitario Fundación Alcorcón; Departamento de Psiquiatría Clínica Universidad de Navarra.*



**Antecedentes/Objetivos:** Son muchos los estudios epidemiológicos que estudian las patologías psiquiátricas y sus factores de riesgo, sin embargo, existe mucha menos evidencia sobre los factores asociados a bienestar psicológico como desenlace en salud. El objetivo de este trabajo fue valorar qué factores predicen el bienestar psicológico en un estudio de cohortes formado por graduados universitarios españoles.

**Métodos:** El presente estudio ha sido elaborado con un cuestionario auto administrado enviado a los participantes de la cohorte SUN (Seguimiento Universidad de Navarra) a los 18 años de seguimiento, teniendo en cuenta las respuestas de los 9 cuestionarios previos para valorar estilos de vida, variables sociodemográficas y factores de personalidad medidos con el test breve PID-5. El bienestar psicológico se valoró utilizando el cuestionario de Ryff, previamente validado en España. Se definió como variable de desenlace aquellas personas que tenían una puntuación global del test de Ryff superior al percentil 75. Tras analizar las variables de forma univariante, se incluyó en un modelo de regresión logística aquellas variables que tuvieran una significación menor de 0,2 y una magnitud de impacto relevante.

**Resultados:** De un total de 1.420 personas seguidas 18 años (93,1% de retención), 1.322 respondieron a los 29 ítems del cuestionario de Ryff. La media de la puntuación total fue de 139,8 (IC95% 138,9 a 140,8) sobre un total posible de 174. Las variables predictivas asociadas con mejor bienestar psicológico fueron: la edad, el sexo femenino, salud autopercibida excelente, dormir más entre semana, tener una personalidad poco dependiente, una actitud competitiva y tener 5 o más años de estudios universitarios. Por el contrario, el insomnio, la depresión, los rasgos de personalidad disfuncional, haber sufrido migrañas y un mayor uso semanal de pantallas y horas de televisión se asociaron a peor bienestar psicológico. El modelo de regresión logística predictivo fue significativo de forma global ( $p < 0,0001$ ). El área bajo la curva del modelo fue de 0,82 (IC95% de 0,78 a 0,86) con una sensibilidad de 78,8% y una especificidad de 71,6%.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El presente estudio muestra algunos factores que se asociaron a mejor bienestar psicológico en la muestra: los factores de personalidad, el sueño nocturno, el nivel de estudios, así como factores que lo empeoran como patologías psiquiátricas y algunas actividades sedentarias. Es importante realizar estudios con eventos positivos con el objetivo de no solo prevenir la enfermedad, sino encaminar hacia una mejor salud.

## 561. DETERMINANTS OF MENTAL WELL-BEING IN THE CATALAN POPULATION

N. Soldevila-Doménech, C.G. Forero, I. Alayo, J. Capella, J. Colom, A. Mompert, A. Schiaffino, J. Alonso, G. Vilagut, et al.

*Hospital del Mar Medical Research Institute; Universitat Internacional de Catalunya; CIBERESP; Agència de Salut Pública de Catalunya; Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.*

**Background/Objectives:** The evaluation of well-being at the individual level is attracting attention for its potential role in overall health, socioeconomic issues and societal progress. We investigated the association between mental wellbeing and five categories of exposure variables: sociodemographic, economic, relational, lifestyle and health exposures.

**Methods:** Cross-sectional study using data from 13,632 participants (aged 15 years or more) from the Catalan Health Interview Survey (ESCA) conducted from 2013 to 2016. Mental well-being was measured with the Warwick-Edinburg Mental Wellbeing Scale (WEMWBS). Associated factors were analysed both by category of exposure variable and individually. In the latter case, linear regression models were fitted for each exposure variable according to the minimal sufficient adjustment sets identified with a directed acyclic graph (DAG). Total and direct effects were estimated.

**Results:** After adjusting for sociodemographic, economic, relational and lifestyle factors, health factors contributed most to the variance in mental well-being (R square increase = 0.10). A gradient in mental well-being was found according to family economy, ranging from = 1.45 (for high difficulties) to = 5.73 (for low difficulties), compared to the group with greatest difficulties. Low social support, compared to normal social support, presented the largest difference in mental well-being across exposure variable categories (= 12.94). Mental disorders (= 6.38) and self-reported health (= 10.08 for excellent, = 7.61 for very good, = 7.09 for good and = 4.12 for fair health, compared to poor health) had the largest effect size on mental well-being (eta squared of 0.13 and 0.16). The magnitude of the effect of age, education, social class, social support, BMI, hours of sleep, mental disorder, lack of independence and self-reported health was higher in women than in men, while employment status had a higher effect size in men compared to women.

**Conclusions/Recommendations:** There are social inequalities in the distribution of mental well-being. Lack of social support appears as a critical factor for poor mental well-being. However, health factors and self-reported health are the major determinants of mental well-being. This suggests that promoting population health and ensuring the equity in access to health services is a way of promoting well-being. Finally, given the importance of social factors in mental well-being, interventions aimed at improving living conditions and reducing social inequalities are needed to promote the well-being of the population.

Funding: PI19/00109 2017SGR/452.

## 633. PRUEBA PILOTO DEL PROYECTO “BANYS DE BOSCH” EN CASTELLAR DEL VALLÈS, CATALUÑA

S. Barón-García, J. Elvira, M. Saez, T. Arechavala, H. González, A. Espelt

*UVIC-UCC; CIBERESP; Ajuntament de Castellar del Vallès.*

**Antecedentes/Objetivos:** La terapia natural “Banys de Bosch”, originaria de Japón, ha mostrado en distintos estudios ser beneficiosa para reducir el estrés y prevenir algunas enfermedades. El objetivo de este estudio piloto fue analizar los beneficios del proyecto “Banys de Bosch” en el municipio de Castellar del Vallès, en Cataluña, entre octubre de 2019 y febrero de 2020.

**Métodos:** Estudio piloto con un diseño pretest-postest con un solo grupo de intervención de 16 personas de entre 48 y 72 años, a los que se les prescribió asistir a 9 sesiones de la terapia “Banys de Bosch” en Castellar del Vallès. Se registraron mediante distintos cuestionarios: las variables fisiológicas (nivel de O<sub>2</sub>, presión sistólica y diastólica, y pulsaciones) antes y después de cada sesión; las sensaciones de los individuos, el nivel de soporte social y bienestar mental, y los cambios emocionales y cognitivos experimentados al final de la primera y última sesión; y las aportaciones del proyecto al final de la terapia y dos meses más tarde. Se utilizaron respuestas abiertas y de tipo Likert del 1 al 5. Para evaluar la eficacia de la intervención “Banys de Bosch” se calcularon las medianas de cada una de las variables comparando los valores iniciales con los valores finales a partir del test estadístico t Student para datos apareados y se compararon los porcentajes iniciales y finales con el test estadístico chi cuadrado.

**Resultados:** Las pulsaciones de los individuos al terminar las sesiones de “Banys de Bosch” tienden a disminuir a medida que avanza la terapia (mediana de variación de pulsaciones 1ª sesión: 2,57; mediana de variación de pulsaciones última sesión: -5,14; p-valor: 0,138). Al finalizar la terapia los individuos se sienten: más tranquilos (pre: 75%; post: 86,67%; p-valor: 0,827), más alegres (pre: 12,5%; post: 26,67%; p-valor: 0,827), con más energía (mediana pre: 1; mediana post: 1,5; p-valor: 0,203), menos irritables (mediana pre: 2; mediana post: 1,33; p-valor: 0,286) y menos cansados (mediana pre: 2,33; mediana

post: 1,83; p-valor: 0,076). También se sienten más útiles (mediana pre: 3,17; mediana post: 3,5; p-valor: 0,465), mejor consigo mismos (mediana pre: 2,67; mediana post: 2,83; p-valor: 0,822) y más confiados consigo mismos (mediana pre: 2,67; mediana post: 2,83; p-valor: 0,793). Dos meses más tarde los individuos de la muestra se sienten más relajados (pre: 60%; post: 69,23%; p-valor: 0,01) y más seguros de sí mismos (pre: 42,86%; post: 61,54%; p-valor: 0,199).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Aunque los resultados no son estadísticamente significativos, esta prueba piloto indica una tendencia de mejora en aspectos de salud y bienestar mental que hacen planear futuros estudios con una muestra de individuos más amplia.

### 607. DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL CLIMATERIO: ESCALA CERVANTES EN MUJERES VALENCIANAS

N. Marín, M. Estarlich, B. Divernois, R. Álvarez, A. Saa, L. González, R. Soler-Blasco, R. Abumallouh, M.J. López-Espinosa

*Departamento de Enfermería, Universidad de Valencia; Unidad Mixta FISABIO-UV-UJI, Valencia; CIBERESP; Hospital Clínico, Valencia.*

**Antecedentes/Objetivos:** El climaterio es una etapa amplia de la vida de la mujer entre los 45 y 64 años, en la que tiene lugar el paso progresivo del estado reproductivo al no reproductivo. En ella ocurren importantes cambios físicos, mentales y sociales, que pueden alterar en gran medida la salud y calidad de vida. El objetivo del estudio es describir la calidad de vida en el climaterio y estudiar su relación con diferentes determinantes sociodemográficos, antropométricos, enfermedades crónicas y estilos de vida.

**Métodos:** Estudio preliminar con 59 mujeres valencianas  $\geq 45$  años. La percepción de la calidad de vida se midió con la Escala Cervantes, validada para población española de 45-64 años. Consta de 31 ítems, tipo Likert, y está constituida por 4 dominios: "Menopausia y Salud" (rango máxima-mínima calidad de vida: 0-75); "Psíquico" (0-45); "Sexualidad" (0-20); y "Relación de Pareja" (0-15). El rango de la puntuación global va de 0 a 155 (máxima-mínima calidad de vida). Se realizaron análisis robustos de regresión lineal múltiple para estudiar la relación entre diferentes determinantes y la calidad de vida.

**Resultados:** La media (desviación típica) de la Puntuación Global de la Escala Cervantes fue 40,3 (22,1), siendo las puntuaciones para los dominios "Menopausia y Salud", "Psíquico", "Sexualidad" y "Relación de Pareja": 21,6 (11,5); 8,2 (6,2); 8,4 (5,8) y 3,3 (3,9). Se encontró una asociación entre peor percepción del estado de salud y mayor puntuación en los dominios "Menopausia y Salud" y "Psíquico" y menor puntuación en el de "Sexualidad". Además, se encontró una asociación significativa entre mayor edad de la menarquia y mayor puntuación en el dominio "Menopausia y Salud". Presentar un estado peri o menopáusico se relacionó con mayor puntuación en "Menopausia y Salud" y en la Puntuación Global. Las mujeres con una clase social y estudios más bajos, con un IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, trabajadoras y fumadoras, obtuvieron puntuaciones mayores en la Escala Cervantes, aunque estas asociaciones no alcanzaron la significación.

**Conclusiones/Recomendaciones:** En general, se observó peor calidad de vida (puntuaciones mayores) en mujeres con peor percepción del estado de salud, mayor edad de la menarquia y estado menopáusico. Las desigualdades sociales en algunas características indicaban diferencias en la calidad de vida, aunque no alcanzó la significación. El conocimiento de los determinantes sociales que afectan a la calidad de vida durante el climaterio ayudará a mejorar la salud de las mujeres durante esta etapa.

Financiación: Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)-Ideas Semilla 2019; Programa Horizonte 2020 de la Unión Europea (ATHLETE: 874583).

### 874. CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN MEDELLÍN (COLOMBIA)

A. Posada-López, J. Botero, H. Grisales-Romero, A.A. Agudelo-Suárez

*Universidad de Antioquia. Medellín (Colombia).*

**Antecedentes/Objetivos:** La calidad de vida y su relación con la salud es un concepto multifactorial que puede afectar a personas con enfermedades crónicas. Objetivo: determinar la calidad de vida y su relación con la salud (CV) y la salud bucal (CVRSB) en una muestra de adultos con artritis reumatoidea (AR).

**Métodos:** Estudio transversal con valores basales de un proyecto de intervención cuasi-experimental que evalúa el impacto del tratamiento odontológico periodontal en la CV en pacientes con AR en Medellín (Colombia). Como variables de resultado se consideraron: Calidad de Vida General (CV), medida con el cuestionario SF-36 y Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucal (CVRSB), por medio del instrumento OHIP-14. Se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas y otras relacionadas con la condición de AR. Se realizaron análisis bivariados para hombres (h) y mujeres (m) mediante pruebas no paramétricas. Se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia.

**Resultados:** La muestra fue de 52 pacientes (42 mujeres), el 90% con AR poliarticular. Con relación al SF-36 y los puntajes establecidos en medianas (Me) y rangos intercuartílicos (RIC), las dimensiones más valoradas fueron: función social (h: 75 (37,5), m: 62,5 (37,5),  $p = 0,445$ ) y salud mental (h: 72 (49), m: 56 (25),  $p = 0,626$ ). Las de menor valoración fueron: dolor corporal (h: 44 (31), m: 44 (30),  $p = 0,935$ ), vitalidad (h: 57,5 (25,0), m: 50 (20),  $p = 0,042$ ). Se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la función dolor corporal en los hombres, al presentar cambios radiográficos reportados en su condición de AR ( $p = 0,03$ ). En las mujeres, se presentaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de función social, y el hecho de reportar diabetes ( $p = 0,04$ ). El reportar tumefacción en las articulaciones tuvo relación estadísticamente significativa en las dimensiones: salud general ( $p = 0,005$ ), dolor corporal ( $p = 0,022$ ) y vitalidad ( $p = 0,017$ ) en las mujeres, lo mismo que presentar fatiga y depresión con respecto a la dimensión de función social ( $p = 0,04$ ). El tipo de AR tuvo relación estadísticamente significativa con la función dolor corporal ( $p = 0,04$ ) y salud mental ( $p = 0,03$ ) en las mujeres. La Me (RIC) del puntaje OHIP-14 para CVRSB fue de 8 (18) para hombres, y de 6 (17) para mujeres ( $p = 0,725$ ). No se presentaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes totales con relación a factores sociodemográficos en ambos sexos. No obstante, se presentaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre el puntaje total del OHIP-14 y la edad para el caso de las mujeres ( $\rho = 0,356$ ;  $p = 0,021$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La CV y la CVRSB se ven afectadas por condiciones sociodemográficas y otras que son propias de la AR.

### 392. EFECTO DIFERENCIAL DE PREDICTORES DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA, SUECIA, Y PORTUGAL: PROYECTO QASP

A. Ayala, C. Rodríguez-Blázquez, O. Ribeiro, A. Calderón-Larrañaga, M.J. Forjaz

*Instituto de Salud Carlos III; CINTESIS, Universidad de Aveiro (DEP. UA), Portugal; Aging Research Center, Karolinska Institutet, Sweden; REDISSEC; CIBERNED.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las condiciones de vida asociadas al envejecimiento pueden ser muy desiguales dependiendo del contexto geográfico. Este análisis forma parte del proyecto QASP (Quality of Life and Ageing in Spain, Sweden and Portugal) y tiene como objetivo

conocer cómo los predictores de la calidad de vida (CdV) en personas mayores varían por país.

**Métodos:** Se analizó una muestra de 13055 participantes del Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE) de personas de 50 y más años de las oleadas 4 (2011) y 6 (2015) para España, Suecia y Portugal. Se usó la escala CASP-12 para medir la CdV. Se utilizó un análisis de componentes principales para agrupar indicadores de salud, participación y aprendizaje a lo largo de la vida. Se realizó un modelo de regresión lineal general mixto con el CASP-12 de ambas oleadas como variable dependiente. Las variables independientes basales fueron: género, edad, estado civil, estado actual de trabajo, el componente de aprendizaje y un indicador de estatus socioeconómico. Como variables independientes cambiantes en el tiempo se incluyeron tres componentes de salud (salud física y emocional, capacidad funcional y capacidad cognitiva y sensorial) y el componente de participación. Para ver si existía un efecto diferencial de las distintas variables según el país, se analizaron las interacciones entre el país y cada variable incluida en el modelo.

**Resultados:** La muestra tenía una edad media de 67 años y un porcentaje de mujeres del 54,1%. La CdV a los cuatro años aumentó en Suecia ( $= 0,886$ ;  $p < 0,001$ ) y en Portugal ( $= 1,418$ ;  $p < 0,001$ ), y se mantuvo constante en España ( $= 0,264$ ;  $p = 0,070$ ). Se observaron interacciones significativas entre país y estado civil, situación laboral, salud física y emocional, capacidad cognitiva y sensorial y participación. En los tres países se observó un aumento de la CdV a mayores niveles de salud física, emocional, cognitiva y sensorial, aunque fue más pronunciado en España que en Suecia y Portugal ( $p$  interacción  $< 0,001$ ). Se observó un aumento de la CdV a medida que aumentó la participación en España ( $= 0,053$ ;  $p < 0,001$ ) y en Portugal ( $= 0,062$ ;  $p < 0,001$ ), aunque permaneció constante a lo largo del tiempo en Suecia ( $= 0,009$ ;  $p = 0,252$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** A la hora de desarrollar políticas de salud pública para fomentar la CdV en personas mayores en Europa, es importante tener en cuenta la influencia que la salud, la participación y el aprendizaje a lo largo de la vida tienen sobre las condiciones de vida según el contexto de cada país.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, acción estratégica de salud intramural AESI 2018, Ref: PI18CIII/00046.

## 556. MORBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS Y SERVICIOS SANITARIOS EN PERSONAS CON APOYO SOCIAL BAJO

A. Chong Valbuena, J.M. Lara Rodríguez, R. Peiró Pérez, E. Legaz Sánchez, E. Pérez Sanz, A. Garay Moya

Hospital General de Valencia; Oficina Valenciana de Acción Comunitaria para la Salud.

**Antecedentes/Objetivos:** Uno de los factores que favorecen la aparición de soledad no deseada se encuentra el bajo apoyo social. Numerosa literatura científica estudia la relación entre soledad, apoyo social bajo y estado de salud. El objetivo es estudiar si se produce también en la Comunitat Valenciana (CV) y analizar si existe un exceso de morbilidad y utilización de servicios en la población con apoyo social bajo en la CV.

**Métodos:** Estudio transversal que analiza la Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2016 (ESCV) en adultos, se utiliza los casos ponderados según metodología de la ESCV. Se relaciona apoyo social bajo (ASB) medido mediante la escala Duke (ED) con 1) padecer ciertas comorbilidades: depresión, ansiedad crónica, insomnio y riesgo de mala salud mental medida con el instrumento GHQ-12; 2) consumo de medicamentos: para la depresión o la ansiedad; y 3) utilización de servicios sanitarios: consultas de atención primaria, atención especializada, urgencias hospitalarias e ingresos, todos ellos autorreferidos. Se calculan riesgos relativos (RR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%) y se ajusta por edad, sexo y nivel de estudios.

**Resultados:** En cuanto a la morbilidad estudiada, en todos los casos se obtiene que el ASB es un factor de riesgo para desarrollar depresión, ansiedad crónica, insomnio y para tener un mayor riesgo de mala salud mental. Destacan, para hombres y mujeres respectivamente, depresión [RR = 1,51 (IC95% 1,46-1,56)] y [RR = 4,63 (4,56-4,71)]; ansiedad crónica [RR = 1,51 (1,45-1,56)] y RR = 3,17 (3,12-3,22)], para quienes tienen ASB. Sobre el consumo de medicamentos, encontramos que el ASB se comporta como un factor de riesgo para el uso de antidepresivos y ansiolíticos. Destaca el consumo de fármacos para la ansiedad [RR = 1,78 (1,74-1,83)] para los hombres frente a un [RR = 5,63 (5,54-5,73)] para las mujeres. Por último, hallamos que el ASB es factor de riesgo para la utilización de servicios sanitarios con la excepción de que los hombres con un ASB son ligeramente menos propensos a acudir a su médico de familia [RR = 0,96 (0,94-0,98)]. En todos los casos el RR es mayor en las mujeres, excepto en la utilización del Servicio de Urgencias Hospitalarias, al que acuden más los hombres con ASB [RR = 2,71 (2,66-2,75)] que las mujeres con ASB, [RR = 1,40 (1,38-1,42)].

**Conclusiones/Recomendaciones:** Hay un incremento en la morbilidad y en el consumo de medicamentos relacionados con la salud mental, así como del uso de servicios sanitarios en las personas con ASB. Este riesgo es mayor en las mujeres y en las personas con un nivel educativo más bajo.

## CO11. VIH y otras ITS/HIV e outras DSTs

### 88. EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN GONOCÓCICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN POBLACIÓN $\geq$ DE 15 AÑOS (2009-2018)

E. Chong, M. Pichiule, A. Zamora, S. Jiménez, N. García, A. Aragón, J. Sánchez, M. Rumayor, M. Ordobás

Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública.

**Antecedentes/Objetivos:** En los últimos años se están incrementando las infecciones de transmisión sexual (ITS) en relación a cambios en la conducta sexual en jóvenes. El objetivo es analizar la evolución de la infección gonocócica (2009-2018) en la Comunidad de Madrid (CM) en población  $\geq 15$  años.

**Métodos:** La fuente de información fue el registro de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. El periodo de estudio 2009-2018. Se analizaron los servicios de notificación: atención especializada, primaria y otros centros. Se calcularon las tasas de infección gonocócica por 100.000 habitantes (TIG) por año, sexo, grupos de edad (15-24, 25-34, 35-44 y  $\geq 45$  años) y servicio de notificación, utilizando como denominador datos de población de padrón continuo. La tendencia de TIG y el porcentaje anual de cambio (APC) por sexo y grupos de edad se calcularon mediante regresión de Jointpoint. Se consideró significativo un p-valor  $< 0,05$  y los análisis se realizaron con Stata v.16.

**Resultados:** En el periodo 2009-2018 se notificaron 11.053 casos de infección gonocócica. El 92,8% se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico. El 87,1% fueron varones; la razón hombre/mujer: 6,8. Media de edad al diagnóstico: 31,6 años (DE 9,5). El 60,7% fueron españoles. Entre 2009-2018 la TIG pasó de 3,04 a  $48,67 \times 100.000$  hab. con una tendencia significativamente creciente (APC = 33,8%; IC95%: 17,8-51,8). La TIG en hombres fue superior a la de mujeres ( $37,01$  y  $4,95 \times 100.000$  hab. respectivamente). En hombres APC = 32,8% (IC95%: 15,8-52,3) y en mujeres APC = 31,6% (IC95%: 24,7-38,9) ( $p < 0,01$ ). Según edad, la tasa más elevada se encontró en el grupo de 25-34 años ( $49,16 \times 100.000$  hab.) seguido de 15-24 años ( $44,02 \times 100.000$  hab.). Las TIG según grupos de edad presentaron una



tendencia creciente ( $p < 0,01$ ), en el grupo de 15-24 años ( $APC = 25,3\%$ ;  $IC95\%: 18,7-32,2$ ), en 25-34 años ( $APC = 40,2\%$ ;  $IC95\%: 23,1-59,8\%$ ), en 35-44 años ( $APC = 28,9\%$ ;  $IC95\%: 24,4-33,6$ ) y en  $\geq 45$  años ( $APC = 26,9\%$ ;  $IC: 20,5-33,7$ ). El 19,8% de los casos fueron notificados por atención primaria, 26,4% por atención especializada y 53,8% por otros notificadores. La TIG por servicio de notificación fue creciente ( $p < 0,01$ ), atención primaria y especializada ( $APC = 14,3\%$ ;  $IC95\%: 9,8-19,0$ ) y otros centros ( $APC = 34,5\%$ ;  $IC95\%: 26-43,6$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** En la CM los casos de infección gonocócica se están incrementando en especial en personas jóvenes. La notificación de casos se ha mejorado debido a la incorporación de centros específicos de ITS distintos a primaria y especializada. Es necesario fortalecer medidas de prevención y promoción de la salud en relación a las ITS.

## 219. CONOCIMIENTOS, USO E INTENCIÓN DE USO DE LA PREP EN HOMBRES GAIS, BISEXUALES Y OTROS HSH EN ESPAÑA

C. Folch, C. Iniesta, S. Meyer, M. Vázquez, J. Casabona, A. Díaz

*Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i la Sida de Catalunya (CEEISCAT)-CIBERESP; Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII); Stop Sida; Secretaría del Plan Nacional sobre el sida (DGSPCI).*

**Antecedentes/Objetivos:** Describir el nivel de conocimientos, uso e intención de uso de la PrEP en hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) en España antes de su autorización (noviembre 2019), así como estimar el porcentaje de hombres elegibles según los criterios de indicación para el uso de la PrEP en nuestro país.

**Métodos:** La European MSM Internet Survey 2017 (EMIS2017), realizado por Sigma Research (LSHTM), y parte del proyecto ESTICOM ([www.emis2017.eu](http://www.emis2017.eu)) financiado por el Programa de Salud de la UE 2014-2020, fue un cuestionario online dirigido a hombres GBHSH realizado en 33 idiomas y en 50 países. El reclutamiento se realizó principalmente en apps y páginas de contacto gay y la encuesta estuvo activa durante 3 meses. Se consideró que los participantes eran candidatos a PrEP si eran mayores de 18 años y cumplían al menos 2 de los siguientes criterios, referidos al último año: diagnóstico de al menos una ITS bacteriana, más de 10 parejas sexuales, práctica de chemsex o práctica de sexo anal sin preservativo.

**Resultados:** El total de participantes residentes en España fue de 10.634, con una edad media de 35,2 años y un 21,5% de hombres nacidos fuera de España, mayoritariamente de origen latinoamericano (56,3%). El 66% de participantes habían oído hablar de PrEP, y un 17,6% tenía un nivel de conocimientos elevado (conocía el 100% de los ítems sobre la PrEP). Entre los hombres no diagnosticados de VIH ( $n = 9,171$ ), el 1,9% había tomado PrEP en algún momento, y entre estos, los lugares más frecuentes donde consiguieron la PrEP fueron: estudios de investigación (26,7%); hospitales, clínicas o centros de ITS (25,6%); farmacia online (19,5%). En cuanto a la intención de uso de la PrEP, un 42,6% valoró como bastante o muy probable la intención de usarla en caso que estuviera disponible. El 26,3% de los hombres no diagnosticados cumplía criterios de indicación de PrEP, siendo este porcentaje superior para el grupo de 25 a 39 años, para los migrantes no latinoamericanos, y los residentes en grandes ciudades. Globalmente, el porcentaje de uso previo o actual de la PrEP entre los hombres con criterios de elegibilidad fue del 5,0%.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Se observa un escaso nivel de conocimiento sobre la PrEP en hombres GBHSH antes de su implementación en España, en cambio la necesidad de uso se estima elevada. Será necesario incrementar el nivel de conocimientos de la PrEP como parte importante de la combinación de estrategias de prevención del VIH, así como garantizar el acceso a la PrEP a las personas que más lo necesitan.

## 228. VULNERABILIDAD SOCIAL E INFECCIÓN POR VIH/ITS EN HOMBRE CIS Y MUJERES TRANS QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL EN CATALUÑA. ESTUDIO SEXCOHORT

L. Ferrer, C. Folch, V. González, A. Antuori, S. Paytubi, M. Villar, H. Adell, M. Cebrián, M. Meroño, et al.

*CEEISCAT; CIBERESP; Servicio de Microbiología, Laboratorio Clínico Metropolitana Norte, IGTP; PREC, ICO; STOP SIDA; Fundació Àmbit Prevenció.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las mujeres trans (TTS) y hombres cis (HTS) que ejercen el trabajo sexual (TS) son poblaciones vulnerables a la infección por VIH/ITS. Históricamente su salud sexual ha sido poco investigada y han encontrado barreras de acceso a los servicios sanitarios. HTS y TTS están expuestos a condiciones sindémicas. Objetivo: estimar prevalencia de VIH e ITS bacterianas y víricas y describir factores socio-demográficos, conductuales y psicosociales en TTS y HTS en la visita basal de SexCohort.

**Métodos:** Estudio longitudinal desde 2019 sobre prevalencia, incidencia y determinantes de infección por VIH, ITS bacterianas y víricas en TTS y HTS atendidos en centros comunitarios de Barcelona. En la visita basal y de seguimiento a los 6/12 meses y durante 2 años se recoge información bio-conductual y psico-social. Las personas positivas en alguna infección son derivadas al sistema sanitario. La comparación de proporciones se realiza a través del test chi-cuadrado de Pearson o el test de Fisher.

**Resultados:** Entre mayo 2019-enero 2020 se reclutaron 240 personas (62% TTS y 38% HTS), mayoritariamente inmigrantes (93%). El 75% tenía estudios secundarios o menos y el 46,4% cobraban menos de 1.000 €/mes. El 31,3% tuvieron su primera relación sexual antes de los 13 años. Los HTS ejercieron el TS mayoritariamente en pisos (82,4%) y las TTS en pisos (69,1%) y calle (47%). Las sustancias consumidas con mayor frecuencia durante las relaciones sexuales del último año por HTS fueron el hachís (37,4%), coca (29,7%), Popper (29,7%) y GHB (20,9%) y las TTS sobretodo coca (49,7%) y hachís (30,6%). El 2,9% de los/as participantes se habían inyectado sustancias y el 46,7% de las TTS hormonas alguna vez en la vida. El 13% de TTS y HTS habían estado en prisión. Tres cuartas partes o más de TTS habían vivido discriminación en la calle (82,1%), escuela (76,9%) o durante la búsqueda de trabajo (75,2%) y la mitad de TTS en la calle (56,5%) y la escuela (52,9%). El 26,9% de TTS y HTS habían sido agredidos física o sexualmente. Las prevalencias más altas en TTS y HTS fueron por VIH (32,9% y 19,3%), sífilis (24,5% y 18,8%) y exposición a la hepatitis B (35,8 y 17,6%), seguidas de gonorrea en faringe (9,9% y 14,3%) y clamidia anal (6,4% y 13,1%).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los/las TS son poblaciones con especial vulnerabilidad social y de género al VIH/ITS. Una elevada proporción de TTS han vivido discriminación y ejerce la prostitución en la calle y los HTS consumen frecuentemente distintas sustancias. Disponer de esta información permitirá adaptar la atención a sus necesidades específicas.

Financiación: ISCIII-FEDER; CIBERESP.

## 250. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON VIH EN TRATAMIENTO CON METADONA EN LA CIUDAD DE MADRID. UN ANÁLISIS DE GÉNERO

S. Gutiérrez-Cáceres, A. Pedraz-Marcos, P. Serrano-Gallardo

*Centro de Atención a las Adicciones Latina. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid; Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La eficacia de los tratamientos con metadona, así como la de los tratamientos retrovirales ha permitido que las personas con VIH tengan mayor esperanza de vida, conllevando

cambios en su perfil socioepidemiológico. Objetivo: identificar las características sociodemográficas, clínicas y de tratamiento de las personas con VIH en tratamiento con metadona en los centros de atención a las adicciones (CAD) del Instituto de Adicciones (IA), desde una perspectiva de género.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal en población con diagnóstico de VIH atendida en los CAD de la red del IA del Ayto. de Madrid, mediante revisión de historias clínicas (2018). Variables de estudio: edad, sexo, zona de origen, nivel de estudios, situación laboral, ingresos propios, convivencia, residencia, tiempo de tratamiento, VIH, VHC, problemas crónicos y de salud mental. Tratamiento y análisis de los datos: índices de estadística descriptiva, análisis bivariantes (chi cuadrado y ANOVA) y modelos de regresión logística desagregados por sexo.

**Resultados:** Se estudiaron 1.488 pacientes, un 28,9% (n = 431) eran seropositivos al VIH (el 26,9% de los hombres y el 36,2% de las mujeres, (p < 0,05) con una media de edad de 52,6 años, siendo el 72,9% del grupo de edad ≥ 50 años; la edad media de inicio en el consumo fue 19,1 años, con un promedio de 8,9 años de tratamiento con metadona; el 97,7% eran de procedencia española; el 65,2% solteros/as; un 42%, con estudios secundarios; no trabajaban el 79,8% y vivían en casas/apartamentos el 86,3%. El modelo de regresión logística (OR[IC95%]) en hombres reflejó una mayor probabilidad de VIH a más edad (1,05 [1,02-1,08]), los que tenían VHC (101,51 [25,03-411,72]) u problemas crónicos (1,58 [1,16-2,16]); y menor probabilidad de VIH quienes tenían estudios secundarios/superiores frente a no tener estudios (0,62 [0,40-0,95]) y mayor edad de inicio en el consumo (0,94 [0,91-0,97]). El modelo de regresión logística en mujeres reflejó una mayor probabilidad de VIH en las que tenían VHC (48,86 [11,7-204,09]), problemas crónicos (2,202 [1,16-3,52]) o de salud mental (1,84 [1,09-3,11]).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia de VIH dentro de las personas en tratamiento con metadona es elevada, y mayor en mujeres; la mayoría son mayores de 50 años, con elevada morbilidad crónica, y en situación de desempleo. Los hombres presentan un perfil de mayor vulnerabilidad social, frente a las mujeres que presentan mayor morbilidad crónica y problemas de salud mental. Para evitar desigualdades en salud, la atención sanitaria, deberá adecuarse a estos perfiles emergentes y teniendo en cuenta una perspectiva de género.

## 580. LA EPIDEMIA DEL VIH EN MUJERES EN CATALUÑA: CARACTERIZACIÓN Y CASCADA DE SERVICIOS, 2018

C. Agustí, J. Reyes-Urueña, A. Sentís, A. Bruguera, E. López-Corbeto, S. Moreno, L. Egea-Cortés, J. Colom, J. Casabona

CEEISCAT; CIBERESP; IGTP; Universidad Autónoma de Barcelona; Departament de Salut Generalitat de Catalunya.

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir las características clínico-epidemiológicas de las mujeres con VIH en Cataluña para el 2018, y estimar su cascada de servicios.

**Métodos:** Se realizó un análisis descriptivo a partir del Registro de VIH de Cataluña y la cohorte PISCIS, que incluye pacientes < 16 años con VIH, en seguimiento clínico en 18 hospitales de Cataluña y Baleares desde 1998. Se analizaron las variables sociodemográficas y clínicas de las dos fuentes de información disponibles en el 2018. Para la estimación de la cascada de servicios de VIH para mujeres en Cataluña: i) Se estimó el número de mujeres viviendo con VIH a partir del registro de nuevos diagnósticos y, ii) a partir de los datos de la cohorte PISCIS se obtuvieron los casos en seguimiento, tratamiento y en supresión viral.

**Resultados:** Del total de 613 nuevos diagnósticos notificados en Cataluña en 2018, el 13,4% eran mujeres (tasa de 2,1/100.000 habitantes y razón hombre:mujer 1:6). La vía de transmisión más frecuente en

las mujeres fue la sexual (77%). El 44% de los casos notificados (hombres y mujeres) presentaban diagnóstico tardío (DT), 48,0% entre las mujeres nacidas en España y mientras que en mujeres nacidas en otros países fue del 55,7%. En 2018 la cohorte PISCIS tenía 1.7581 personas en seguimiento, de estas 19,2% eran mujeres. La mediana de edad era de 35,9 (RIQ: 29,7-43,0) y 36,8 (RIQ: 30,9-43,8) en mujeres y hombres respectivamente. La mediana de años viviendo con el VIH en mujeres era 12,0 y en hombres era 9,3. Hay más pérdidas de seguimiento entre las mujeres que entre los hombres (32,2% vs 28,9%). El 39,9% de las mujeres perdidas eran no nacidas en España, siendo las que más presentaban más pérdidas de seguimiento las de América Latina (16,0%) y África Subsahariana (15,0%). Por grupo de transmisión, las mujeres con más pérdidas eran las heterosexuales (66,7%). Para el 2018 se estima que había 6,412 mujeres viviendo con el VIH en Cataluña, de las cuales el 91% estaban diagnosticadas, de éstas, el 96% estaban en tratamiento. El 90% de las mujeres en tratamiento tenían la carga viral suprimida.

**Conclusiones/Recomendaciones:** A pesar de haber muchas menos infecciones por el VIH en mujeres, estas presentan peores resultados para algunos indicadores. Es necesario visibilizar las barreras que se encuentran las mujeres en el acceso al diagnóstico, la vinculación al sistema sanitario, la adherencia al tratamiento y la eficacia de este en Cataluña. Son necesarios análisis adicionales para describir mejor las diferencias entre hombres y mujeres tanto en la epidemiología como en la cascada de servicios para el VIH.

Financiación: Este estudio ha sido financiado por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

## 625. ¿QUIÉN SE PIERDE EN LOS ÚLTIMOS PASOS DE LA CASCADA DE SERVICIOS DE VIH EN CATALUÑA? RESULTADOS DE LA COHORTE PISCIS

J. Palacio-Vieira, J. Reyes-Urueña, S. Moreno, A. Bruguera, A. Imaz, D. Podzamczar, J.M. Llibre, P. Domingo, J. Casabona, et al.

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Agència de Salut Pública de Catalunya; CIBER Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP); Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol (IGTP); Hospital Universitari de Bellvitge; Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Vall d'Hebron Research Institute (VHIR), Hospital de Vall d'Hebron; Hospital Universitari Son Espases; Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

**Antecedentes/Objetivos:** La pérdida de seguimiento (PDS), una vez en tratamiento, de las personas que viven con VIH (PVIH) está poco analizada en España dadas las características del sistema sanitario. Mientras en estudios internacionales la PDS se sitúa entre 8% y 21%, en España uno de los pocos estudios reporta 15% de PDS. Este estudio tiene como objetivo analizar la incidencia de PDS y los factores asociados entre las PVIH de la cohorte PISCIS de Cataluña, España en 2018.

**Métodos:** La Cohorte PISCIS es un estudio abierto, multicéntrico, longitudinal y prospectivo de personas con VIH. PISCIS incluye información de pacientes mayores de 16 años desde 1998 de 18 hospitales de Cataluña y Baleares. Se consideraron PDS aquellas personas que entraron en la cohorte después del 01/01/2010 y que no tuvieron contacto con el hospital durante los 12 meses anteriores al 31/12/2018. Se utilizaron modelos de regresión logística para determinar el riesgo (OR = Odds Ratio) de PDS ajustados por variables clínicas y socio-demográficas.

**Resultados:** De las 29.675 personas seguidas en la cohorte, el 44% (n = 12.970) se reclutaron posterior al 01/01/2010, 78% (n = 10.098) continuaban en seguimiento en el 31/12/2018 y 22% (n = 2.872) eran PDS. El riesgo de PDS disminuyó entre las PVIH de más edad (35-

54 años OR = 0,87 IC95% 0,69-0,86 y 55 años o más OR = 0,73, IC96% 0,58-0,93) y los que llevan más años en tratamiento antirretroviral (OR = 0,81, IC95% 0,79-0,83). En contraste, el riesgo de PDS aumentó entre las personas que tenían diagnóstico de SIDA al alta (OR = 1,41, IC95% 1,18-1,69) los nacidos fuera de España (Europa OR = 1,57, IC95% 1,13-1,89 o África o América OR 1,16 IC95% 1,02-1,32), los usuarios de drogas por vía inyectada (OR = 1,48, IC95% 1,11-1,86) y los que tenían coinfección con el virus de la hepatitis C (OR = 1,54, IC95% 1,24-1,92).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Este estudio analiza las características socio-demográficas y clínicas de los PDS en una de las cohortes de VHI más grandes y de más antigüedad de España. Los resultados de este estudio servirán para el diseño de estrategias de intervención dirigidas a reincorporar los PDS al tratamiento y podrían mejorar la práctica clínica.

Financiación: Fundació la Marató de TV3 (ES)(239/C/2018).

### 789. REPEATED HIV TESTING IN KINSHASA: DATA FROM OKAPI COHORT

S. Carlos, G. Reina, A. Ndarabu, E. Burgueño, B. Makonda, C. López-del Burgo, A. Osorio, J. de Irala

*Department of Preventive Medicine and Public Health, Universidad de Navarra; IdiSNA, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra; Institute for Culture and Society, Universidad de Navarra; Microbiology Service. Clínica Universidad de Navarra; Monkole Hospital/CEFA. Kinshasa, DRC; Faculté de Médecine. Université de Mwene-Ditu, République Démocratique du Congo; School of Education and Psychology, Universidad Navarra.*

**Background/Objectives:** According to the 2019 UNAIDS estimates, 62% of the population living with HIV in the Democratic Republic of the Congo (DRC) knew their status in 2018. Among them 92% were on antiretroviral therapy (ART) and there were no data on their viral suppression levels. Thus, the country is still far from reaching the 90-90-90 targets. We aimed to analyze the prevalence of repeated testing and the associated factors at a reference hospital in Kinshasa.

**Methods:** The OKAPI (Observational Kinshasa AIDS Prevention Initiative) prospective cohort study evaluates, among people attending HIV Voluntary Counseling and Testing (VCT) in Kinshasa, changes in HIV-related knowledge and sexual behaviors after 6- and 12-months follow-up. Since April 2016 until April 2018, 797 participants aged 15-59 years were HIV tested and replied to a baseline interview. People with a previous HIV+ test were excluded from the study. We collected information on the number of times they had been previously tested. Descriptive analyses and multivariate logistic regressions have been adjusted (Stata 12.0).

**Results:** Overall, 64% of the people attending VCT reported having been previously tested, with 31% of them having been previously tested more than twice. Among our study participants, 16% attended VCT with their partner, resulting in 63 couples being tested together. There were not significant differences in the prevalence of repeated testing among people attending individually or with partner ( $p = 0.327$ ). Twenty-four (3%) participants got a new HIV diagnosis, 54% of them having been previously tested. Repeated HIV testing was significantly more frequent among women (aOR = 1.5, 95%CI: 1.1-2.2), adults (aOR = 2.1, 95%CI: 1.4-3.0), people with university studies (aOR = 1.5, 95%CI: 1.1-2.1), high economic level (aOR = 1.6, 95%CI: 1.1-2.3), married (aOR = 1.7, 95%CI: 1.1-2.6), who had received blood donation (aOR = 1.4, 95%CI: 1.0-3.4), condom use (aOR = 1.9, 95%CI: 1.2-2.9) and forced sex (aOR = 1.5, 95%CI: 1.0-2.1). We did not find a significant association with high risk perception or some sexual risk behaviours.

**Conclusions/Recommendations:** A high percentage of people attending HIV VCT in Kinshasa reported repeated testing, particularly

women and adults. No significant association was found for different sexual risk behaviours or high risk perception.

Financiación: FIS PI16/01908; Gob. Navarra 045-2015;ICS-Univ.Navarra.

## CO12. COVID-19: Factores de riesgo y diagnóstico/COVID-19: Fatores de risco e diagnóstico

### 899. ANÁLISIS DE SEROPREVALENCIA Y CARGA VIRAL PARA SARS-COV-2 EN TRABAJADORES DE SERVICIOS ESENCIALES DE LA CIUDAD DE MADRID

M.A. Jiménez Clavero, M. Martínez-Cortés, P. Rueda, A. Venteo, A. Hoste, P. Sastre, M. Arias, J.M. Díaz-Olalla, J. Fernández-Pinero, et al.

*Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; Centro de Investigación en Sanidad Animal (CISA-INIA); INGENASA.*

**Antecedentes/Objetivos:** Estimar la seroprevalencia de anticuerpos específicos frente al SARS-CoV2 en una muestra poblacional de 665 individuos pertenecientes a servicios esenciales del Ayuntamiento de Madrid analizando en paralelo la presencia del virus en secreciones nasofaríngeas en estos mismos individuos.

**Métodos:** Se analizan los resultados de 665 trabajadores de servicios esenciales incluidos en cribado sistemático municipal de Madrid Salud tomándoles a la vez muestras de sangre e hisopo nasofaríngeo (18-26 de abril 2020). Las muestras serológicas se analizan por duplicado mediante ELISA de doble reconocimiento (INGEZIM-COVID-DR, INGENASA); la carga viral en secreciones nasofaríngeas se determina mediante RT-PCR en tiempo real (Corman VN et al Euro Surveill. 2020;25(3):pii = 2000045).

**Resultados:** De las 665 muestras nasofaríngeas analizadas por RT-PCR, 55 (9%) fueron positivas, de las cuales 44 mostraron un resultado débilmente positivo ( $Ct > 35$ ). De las 665 muestras serológicas analizadas por ELISA, 197 (30%) fueron positivas a anticuerpos frente al SARS-CoV2, 9 (1,3%) fueron dudosas y el resto (459) negativas. Por simplificar el análisis posterior, consideramos los resultados dudosos en ELISA como positivos. Cruzando los datos de PCR con los del ELISA, vimos que 152 de los seropositivos fueron RT-PCR negativos. De los 55 RT-PCR positivos, 54 de ellos (98%) fueron seropositivos. El único individuo seronegativo que fue positivo en RT-PCR presentó una alta carga viral ( $Ct = 19,24$ ). Finalmente, 458 individuos (68,8%) fueron negativos tanto en PCR como en ELISA. La seroprevalencia encontrada por ELISA en la población examinada fue de un 31%. Globalmente se encontró evidencia de infección (PCR o anticuerpos) en un 31,1% de los individuos analizados. Un 23% presentaron un perfil de infección pasada y por tanto sin riesgo de transmisión. Un 69% no presentan evidencia alguna de infección y pueden considerarse susceptibles a la misma.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La combinación de ELISA y RT-PCR proporciona datos muy precisos acerca del estado epidemiológico de la población en estudio, expuesta y esencialmente asintomática o presintomática. Un 9% mostró evidencia de infección activa y fueron aislados, tuvieran anticuerpos o no (solo uno de ellos no mostró anticuerpos en suero). La seroprevalencia hallada en esta población (31%) es comparativamente alta en relación con otras poblaciones estudiadas. Debe tenerse en cuenta el momento en que se realizó el muestreo (la 6ª semana tras decretarse el confinamiento) ya que en las semanas subsiguientes la evolución esperada de la prevalencia de infección tenderá a la baja a la vez que subirá la seroprevalencia.



### 737. PRUEBAS DE DETECCIÓN DE SARS-COV-2: CUANDO EL REMEDIO PUEDE SER PEOR QUE LA ENFERMEDAD

J. Donado, F. Morilla, J. del Águila, J. Bilbatua, N. Liu, E. Álvarez, M.E. Guardado

Universidad Autónoma de Madrid; Universidad Nacional de Educación a Distancia; Hospital Universitario de Móstoles.

**Antecedentes/Objetivos:** Las pruebas de detección del coronavirus son vitales para controlar la extensión de la actual pandemia de COVID-19. Pero la utilidad de su validez: sensibilidad (S) y especificidad (E) y de la seguridad: valores predictivos de la prueba positiva (VPP) y negativa (VPN). Si son menores de 1, estaremos detectando una infra estimación de la prevalencia de la enfermedad y se dará el caso de que haya personas que tengan la prueba negativa y que transmitan la enfermedad. Vamos a plantear un ejercicio teórico con la prueba PCR. Estimaremos los VPP y VPN, la prevalencia estimada por la prueba (PeP) y el número de casos que podrían producir las personas con prueba negativa (NCPN).

**Métodos:** La información de S y E que utilizaremos proceden de Diagnosis of Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection by Detection of Nucleocapsid Protein de Diao B et al. Para la estimación de VPP, VPN y de la PeP hemos utilizado el teorema de Bayes.

**Resultados:** Hacemos la prueba PCR a 100.000 personas que han acudido a los centros de salud u hospitales. Suponemos que la prevalencia de la enfermedad del lugar donde proceden estas personas es del 50 por ciento. El valor de Ro del COVID-19 es aproximadamente = 3. Primer supuesto. Realizamos una PCR con Ct (nucleic acid cycle threshold) menor o igual a 40, con S = 0,68 y E = 1. Resultados: VPP = 1; VPN = 0,76; PeP = 34 por ciento; NCPN = 36,364 por cien mil. Segundo supuesto. Realizamos una PCR con Ct menor o igual a 30, con S = 0,98 y E = 1. Resultados serían: VPP = 1; VPN = 0,98; PeP = 49 por ciento; NCPN = 2,941 por cien mil.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los resultados que hemos obtenidos indican que el utilizar SOLO las pruebas de detección de PCR como medida fiable del estado de salud de la población sería un error. Habría muchos falsos negativos. El error sería mucho mayor si utilizáramos las pruebas rápidas, ya que S y E son menores a la PCR. La situación idónea sería el de disponer de la realización de las pruebas PCR, Además de tener un buen sistema de vigilancia, no basado solo en centros de salud u hospitales, que nos permitiera detectar precozmente los casos asintomáticos de enfermedad y que la información se transmitiera rápidamente y de manera fiable para la toma de decisiones sobre la desescalada. Si alguna de estas tres "patas" del sistema fallarán, la probabilidad de tener una situación peor a la que hemos padecido durante los meses de marzo y abril sería muy alta. La experiencia del desescalado que comenzará en mayo nos confirmará o negará las premisas propuestas en esta comunicación.

### 827. STAKEHOLDERS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN UTILIZADOS EN SARS-COV-2 EM PORTUGAL: ESTUDIO DE CASO

M.J. Rodríguez Blanco, A. Sousa

Administración Regional de Salud del Norte, I. P; ACES Cávado 3 Barcelos Esposende; Unidad de Salud Pública.

**Antecedentes/Objetivos:** Portugal identifica el primer caso confirmado de SARS-CoV-2 el día 2 de marzo y la alerta fue activada por una llamada telefónica de un centro de enseñanza porque 15 adolescentes regresaban de Italia (encuentro internacional de danza). Se dieron indicaciones para llamar a la Línea de Salud 24 y para activar el plan de contingencia. En el punto de salida se estaban aplicando medidas de restricción en la comunidad. El objetivo de este estudio es informar de la problemática de derivar casos sospechosos asintomá-

ticos a una línea telefónica privada provenientes de un área con transmisión comunitaria activa hasta una realidad geográfica sin casos, en los primeros meses de esta pandemia internacional.

**Métodos:** Análisis retrospectivo y cualitativo de los soportes documentales en papel creados para esta investigación, hasta la activación de la plataforma TRACE-COVID: esta herramienta se conectó el 7 de abril para uso exclusivo de los médicos de familia y a 30 de abril se definieron nuevas aplicaciones para las unidades de salud pública. Se intenta recopilar los elementos de identificación del registro nacional de ciudadanos. Se evaluaron los listados de estudiantes de los dos centros de enseñanza, se verificaron los registros médicos y los boletines de vacunas, la información electrónica de protección civil, la información electrónica de las dos asociaciones culturales y los informes internos de las investigaciones epidemiológicas realizadas siguiendo orientaciones consensuada para la Zona Norte. Todos los datos se registraron en Excel 2010.

**Resultados:** Se agregó toda la información por la entrada de estudiantes en el aeropuerto de Oporto el 26 de febrero, y algunos el día anterior. En las estructuras comunitarias, se activaron los planes de contingencia y se dieron todas las aclaraciones telefónicas necesarias a los padres de los estudiantes y por escrito al personal docente y auxiliar que trabaja en la comunidad. Utilizamos el correo electrónico para comunicar información externa e interna para las Unidades de Salud Familiar y el blog electrónico de la Unidad de Salud Pública. En la muestra de 40 estudiantes, solo identificamos 3 casos positivos para la gripe A y en total hubo 317 casos positivos para COVID-19.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El 26 de abril de 2020, se llevó a cabo una vigilancia activa de 1920 personas, de las que 84% son residentes en uno de los municipios, y la gran mayoría de los casos confirmados tenían como tres síntomas principales (tos, fiebre y dolor muscular) en esta serie temporal de casos.

### 866. RIESGO ELEVADO DE COVID-19 EN RESIDENTES RESPECTO A LOS TRABAJADORES EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

S. Maestro, J. Mesalles, S. Godoy, C. Miret, T. Pedrol, I. Módol, M. Alsedà, P. Bamala, P. Godoy

ASPCAT; CIBERESP; IRBLleida.

**Antecedentes/Objetivos:** Debido a la susceptibilidad general, el virus SARS-CoV-2 se puede transmitir de forma rápida en situaciones que comportan contacto y dependencia física. El objetivo fue estudiar la incidencia de COVID-19 en residentes y trabajadores de residencias de la tercera edad.

**Métodos:** Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo entre los residentes y trabajadores de residencias de la tercera edad en la comarca de Lleida. Mediante entrevista telefónica con los responsables sanitarios de los centros se registraron los casos de COVID-19 y la existencia de material (guantes, batas, mascarillas) y dispositivos (habitaciones, zonas comunes, dispensadores de jabón y papel) para reducir la transmisión. Los casos de COVID y hospitalizaciones se validaron en el registro del Servicio de Epidemiología. Se calculó la incidencia acumulada de COVID-19 desde el inicio de la pandemia hasta el 30/4/2020. La diferencia entre residentes y trabajadores y los factores asociados a la transmisión se estudiaron mediante el cálculo del riesgo relativo (RR) con su intervalo de confianza (IC) del 95%. La asociación estadística se estudió con la prueba de 2 (p < 0,05).

**Resultados:** Se estudiaron el 91,4% de las residencias (85/93). El número total de residentes fue de 4801 (= 56,5; DE = 41,2) y el de trabajadores de 3.815 (= 56,5; DE = 41,2). La incidencia de COVID-19 entre los residentes fue del 8,5% (407/4801) y el 8,3% (24/407) precisó ingreso hospitalario. La incidencia entre los trabajadores fue del 3,7% (121/3.815) y el 4,1% (5/121) también ingresó en hospital. El riesgo de

COVID-19 fue superior en los residentes respecto a los trabajadores (RR = 2,7; IC95% 2,2-3,3). El 76,3% de las residencias no presentaron ningún caso entre sus residentes y solo el 18,4% presentaron  $\geq 3$  residentes COVID-19. Estas residencias con  $\geq 3$  residentes COVID-19 presentaron una incidencia muy elevada tanto en residentes (42,8%; 402/939) como en trabajadores (14,2%; 104/730), pero no presentaron diferencias estadísticamente significativas, respecto al resto de residencias, en la existencia de material (batas, mascarillas y guantes) y dispositivos (habitaciones de aislamiento, zonas comunes, dispensadores de jabón líquido y papel en las habitaciones) para reducir la transmisión.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Las residencias con tres o más casos de COVID-19 presentan un riesgo muy elevado de transmisión por el virus SARS-CoV-2. El riesgo es muy superior en los residentes en comparación a los trabajadores y no se relaciona con la existencia de material o dispositivos. Se deberían estudiar la educación y entrenamiento de los trabajadores para reducir la transmisión.

### 891. EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR COVID-19 EN PROFESIONALES SANITARIOS: DESDE EL CONTACTO SOSPECHOSO HASTA LA PCR NEGATIVA

M. Rivera Izquierdo, L.M. Martín de los Reyes, V. Martínez Ruiz, E. Jiménez Mejías, P. Lardelli Claret

*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada; CIBERESP; ibs. GRANADA.*

**Antecedentes/Objetivos:** El conocimiento de la evolución temporal de la infección por Covid 19 en los profesionales sanitarios es esencial, dadas las implicaciones en Salud Pública que la infección presenta en este colectivo, uno de los de mayor riesgo de contraer la infección, particularmente en España. El objetivo de este estudio fue describir, a través de la estimación de los correspondientes tiempos medianos, la cronología de la infección por Covid 19 entre los profesionales sanitarios infectados en un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Se ha estudiado la serie de casos formada por los 76 profesionales sanitarios del Hospital Universitario Clínico San Cecilio (Granada) diagnosticados de infección por coronavirus (PCR positiva) en el Servicio de Medicina Preventiva de dicho Hospital entre el 11 de marzo y el 13 de abril de 2020. A través de su historia clínica y entrevistas telefónicas se recogió información sobre las siguientes fechas: contacto sospechoso, inicio de síntomas, primera PCR positiva, final de síntomas y primera PCR negativa. El seguimiento se prolongó hasta el 21 de abril de 2020. Para cada intervalo temporal definido por las fechas anteriores se estimó su tiempo mediano, su rango intercuartílico (IQR) y, mediante el método de Kaplan-Meier, su curva de supervivencia. Se valoraron las diferencias en las curvas por grupos de sexo y edad ( $< 55$ ,  $\geq 55$  años) mediante el test log rank.

**Resultados:** A continuación se muestran las medianas y los IQR de los principales tiempos estimados en días (en algunos casos no se pudo estimar el límite superior del IQR debido a los datos censurados). 1: Contacto de riesgo-Inicio de síntomas 4 (3,7) 2: Inicio de síntomas-Fin de síntomas 14 (10, -) 3: Inicio de síntomas-Primera PCR+ 2 (1, 5) 4: Inicio de síntomas-Primera PCR- 31 (21, -) 5: Primera PCR+ - Primera PCR- 25 (18, 37) 6: Fin de síntomas - Primera PCR- 15 (9, 25). Los tiempos 2, 4 y 5 tendieron a prolongarse en los mayores de 54 años y, de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), en las mujeres.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Nuestro estudio sugiere que el momento óptimo para realizar la PCR de control a los sanitarios infectados es 15 días tras el fin de síntomas, o 25 días tras la primera PCR positiva.

### C013. Promoción de salud sexual, materno-infantil y juvenil/Promoção da saúde sexual, materna, infantil e juvenil

#### 559. EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN DEL PROFESORADO EN UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LAS RELACIONES EQUITATIVAS

M. Bosch-Arís, G. Pérez, L. Forcadell-Díez, O. Juárez, F. Sánchez-Martínez, D.G. Abiétar, V. Espinel-Flores

*Agència de Salut Pública de Barcelona; Universitat Pompeu Fabra; CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP; Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau); Consorci de Salut i Social de Catalunya.*

**Antecedentes/Objetivos:** La escuela es un agente de socialización fundamental, contribuye a la transformación social, siendo una herramienta esencial para la superación de la discriminación de género. El profesorado es clave para la transmisión de valores, conocimientos, y el cambio de creencias y actitudes del alumnado. Sin embargo, el profesorado no recibe formación para desarrollar esta tarea. El objetivo de este estudio es evaluar la Formación en Relaciones Equitativas (FRE) dirigida al profesorado de educación secundaria obligatoria que administra el programa "Posem el Focus" en los centros educativos de Terrassa durante el curso escolar 2019/20.

**Métodos:** Estudio cualitativo con perspectiva socioconstructivista. Se realizaron cuestionarios estructurados siguiendo la formación del FRE (sobre género, interseccionalidad, violencias, y coeducación) de respuesta abierta antes de empezar la FRE y al finalizarla. Se analizaron las reflexiones de los ejercicios desarrollados por el profesorado durante la FRE. En total, finalizaron la formación 18 personas de las 23 que la iniciaron. Los documentos se trataron mediante análisis temático de contenido y el análisis fue principalmente inductivo.

**Resultados:** Antes de la FRE la mayoría reconocía las diferencias entre sexo y género (82%), pero desconocía conceptos como interseccionalidad (83%). Después de la formación se observa una clara mejora en los conocimientos adquiridos por el profesorado: Todos son capaces de detectar situaciones de micromachismos y de hacer propuestas para trabajar las relaciones equitativas en el aula. Los ejercicios desarrollados durante la FRE aportaron un componente de reflexión e introspección que permitió al profesorado identificar sus propios privilegios e introducir la perspectiva de género en sus materias.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Al finalizar la FRE se detecta una mejora del conocimiento del profesorado y son capaces de desarrollar el programa e introducir cambios en su forma de impartir las materias. Para promover cambios en la sociedad y avanzar en la construcción de relaciones equitativas y la prevención de la violencia machista, es necesaria la implicación de diferentes agentes, como el profesorado, y que estos valores sean transmitidos al alumnado desde edades tempranas.

**Financiación:** Instituto de Salud Carlos III, como organismo intermedio del FEDER y del FSE al proyecto "Promoción de activos protectores de la violencia de género en la adolescencia y pre-adolescencia" (2019-2021) (PI18/00590 y PI18/00544).

#### 278. RIESGO DE LEUCEMIA INFANTIL Y PROXIMIDAD DOMICILIARIA A ESPACIOS VERDES URBANOS

C. Ojeda Sánchez, R. Ramis Prieto, J. Segú Tell, E. Pardo Romaguera

*Unidad de Epidemiología del Cáncer y Ambiental CNE-ISCIII; RETI Universidad de Valencia.*

**Antecedentes/Objetivos:** La leucemia infantil es la patología tumoral más frecuente dentro del periodo infantil. Hasta la fecha se han realizado múltiples estudios con el objetivo de evidenciar factores de

riesgo de la leucemia infantil tanto a nivel genético como medioambiental. Sin embargo, todavía no se ha explorado la asociación de esta con los espacios verdes urbanos. El objetivo de este estudio fue determinar el posible efecto de los espacios verdes urbanos próximos a las zonas residenciales sobre la leucemia infantil, teniendo en cuenta tipo de espacio verde urbano y variables socio-económicas.

**Métodos:** Realizamos un estudio de casos y controles basado en la población con leucemia infantil de las áreas metropolitanas de Madrid y Barcelona en el periodo 2000-2015. Se incluyeron 563 casos incidentes obtenidos del Registro Español de Tumores Infantiles y 3.378 controles individualmente apareados por año de nacimiento, sexo y área de residencia. A partir de las coordenadas geográficas de los participantes se construyó un proxy de exposición con 4 medidas (250m, 500m, 750m y 1.000 m) a parques urbanos y zonas de arbolado urbano. Usando la regresión logística, se calcularon las odds ratios (ORs) y los intervalos de confianza al 95% para cada una de las distintas categorías de exposición a dichos terrenos ajustando por covariables sociodemográficas.

**Resultados:** Se observó en el área metropolitana de Madrid una reducción del riesgo de leucemia infantil en los quintiles de exposición a zona arbolada urbana Q3 y Q4 en los buffers de 250m y 500m respectivamente (Q3: OR = 0,66; IC95% = 0,45 -0,94 y Q4: OR = 0,69; IC95% = 0,48 -0,98), así como una reducción del riesgo de leucemia infantil a una distancia de 250m a los parques urbanos (OR = 0,76; IC95% = 0,66 -0,95). En el área metropolitana de Barcelona no se obtuvieron resultados concluyentes.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Nuestros resultados indican que la proximidad a los espacios verdes urbanos podría ejercer un efecto protector sobre la leucemia infantil en el área de Madrid. No obstante, es necesario realizar más investigaciones al respecto.

### 327. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA

J.M. Martínez Galiano, S. Martínez Vázquez, J. Rodríguez Almagro, M. Delgado Rodríguez, A. Hernández Martínez

*Universidad de Jaén; CIBERESP; Universidad de Castilla-La Mancha.*

**Antecedentes/Objetivos:** La OMS alerta de un número elevado de mujeres que experimentan un trato irrespetuoso y ofensivo durante la atención al parto. En España, no hay datos de la prevalencia de violencia obstétrica, ni se conocen bien los factores que pueden favorecerla. Disponer de esta información es básico para elaborar políticas y estrategias adecuadas. Por ello, se propuso el objetivo de conocer la prevalencia de violencia obstétrica y los factores asociados que predisponen a que esta se lleve a cabo.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal con mujeres que habían dado a luz en España, entre los criterios de inclusión se establecieron que el parto hubiese sido en los últimos 12 meses y que la mujer fuese mayor de edad. Se recogieron datos sociodemográficos, prácticas clínicas y tipo de parto, entre otra información. Para ello, se utilizó un cuestionario online, previamente pilotado y que se hizo llegar a través de asociaciones de matronas y de mujeres a mujeres de toda España. La violencia obstétrica se evaluó mediante un cuestionario formado por preguntas que evaluaban la violencia verbal, física y psicoafectiva. Se estimaron Odds ratio ajustadas (ORa) y su intervalo de confianza al 95% mediante un análisis multivariante con regresión logística binaria.

**Resultados:** Participaron 899 mujeres, con una edad media de 35,2 ± 4,25 años. En cuanto a la incidencia de violencia obstétrica global manifestada por la mujeres se situó en un 67,4% (606), un 25,1% (226) para la violencia verbal, un 54,5% (490) para violencia física y un 36,7% (330) para la violencia psico-afectiva. La violencia obstétrica global se observó con mayor frecuencia en mujeres que asistieron a un mínimo de 5 clases de educación maternal (ORa = 1,56, IC95%: 1,05-2,32), las

que presentaron un plan de parto que no fue respetado (ORa = 2,82, IC95%: 1,27-6,29), las que recibieron analgesia regional (ORa = 1,61, IC95%: 1,13-2,30), aquellas cuyo parto finalizó en una cesárea urgente (ORa = 3,46, IC95%: 1,79-6,69), a las que se les practicó una episiotomía (ORa = 3,46, IC95%: 1,79-6,69) y aquellas cuyo hijo fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (ORa = 2,73, IC95%: 1,21-6,15). Como factores protectores se observó el disponer de un plan de parto que fue respetado (ORa = 0,61, IC95%: 0,43-0,85) y aquellas que tuvieron la posibilidad de establecer el contacto piel con piel madre-hijo (ORa = 0,34, IC95%: 0,18-0,62).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia de violencia obstétrica es elevada en España. Determinadas prácticas clínicas como no respetar el plan de parto, realizar una episiotomía, practicar una cesárea urgente, uso de analgesia regional y el ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos hace que la mujer tenga una mayor percepción de ser víctima de violencia obstétrica.

### 672. EL TRATO INADECUADO DURANTE LA ASISTENCIA AL PARTO Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL POSPARTO

J.M. Martínez Galiano, S. Martínez Vázquez, J. Rodríguez Almagro, M. Delgado Rodríguez, A. Hernández Martínez

*Universidad de Jaén; CIBERESP; Universidad de Castilla-La Mancha.*

**Antecedentes/Objetivos:** El trastorno de estrés posttraumático postparto (TEPP) está presente en un 4-15,7% de las mujeres y tiene consecuencias importantes para la madre y el recién nacido. La OMS informa sobre la existencia de un trato inadecuado en la atención al parto y las consecuencias que esto puede tener. Por ello se propuso el objetivo de conocer la asociación entre haber vivido una experiencia de violencia obstétrica y la incidencia de TEPP.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal con mujeres que habían dado a luz en España, entre los criterios de inclusión se establecieron que el parto hubiese sido en los últimos 12 meses y que la mujer fuese mayor de edad. Se recogieron datos sociodemográficos, prácticas clínicas y experiencia de la mujer con la asistencia a su parto, entre otra información, para ello se utilizó un cuestionario online, previamente pilotado y que se hizo llegar a través de asociaciones de matronas y de mujeres a mujeres de toda España. Para determinar la presencia del TEPP se utilizó el cuestionario Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ). La violencia obstétrica se evaluó mediante un cuestionario formado por preguntas que evaluaban la violencia verbal, física y psicoafectiva. Se estimaron Odds ratio ajustadas (ORa) y su intervalo de confianza al 95% mediante un análisis multivariante con regresión logística binaria.

**Resultados:** Participaron 899 mujeres. La población con puntuación ≥ 19 en el cuestionario PPQ fue del 12,7% (114), la media de puntuación en el cuestionario fue 9,10 puntos (DE = 8,52). Los factores que se asociaron a la aparición del TEPP fueron: tener un plan de parto que no fuera respetado (ORa: 2,85; IC95% 1,56, 5,21), parto por cesárea programada (ORa: 2,53; IC95% 1,02, 2,26) o urgente (ORa: 3,58; IC95% 1,83, 6,99), ingreso del recién nacido (ORa: 4,95; IC95% 2,36, 10,36), ingreso en UCI (ORa: 2,25; IC95% 1,02, 4,97), alimentación artificial al alta del bebé (ORa: 3,57; IC95% 1,32, 9,62), padecer violencia verbal (ORa: 5,07; IC95% 2,98, 8,63) y psicoafectiva (ORa: 2,61; IC95% 1,45, 4,67). Como factores protectores se observaron el inicio precoz de la lactancia (ORa: 0,48; IC95% 0,26, 0,87) y la percepción de algo de apoyo por parte de la pareja (ORa de 0,16; IC95% 0,04, 0,63), bastante apoyo (ORa = 0,17; IC95% 0,05, 0,57) y mucho apoyo (ORa = 0,17; IC95% 0,06, 0,53).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Hay prácticas clínicas que se identifican con el riesgo de TEPP como el tipo de parto, la lactancia artificial al alta, la separación madre-hijo, no verse respetado su plan de parto, la violencia verbal y la psicoafectiva. El apoyo de la pareja y



el inicio precoz de lactancia se identificaron como factores protectores frente al TEPP.

### 326. LA NORMALIZACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL TRAS EL PARTO: INFLUENCIA DEL TIPO DE SUTURA EMPLEADA EN LA LESIÓN PERINEAL

J.M. Martínez Galiano, B. Arredondo López, L. Molina García, M. Hidalgo Ruiz, M. Delgado Rodríguez

Universidad de Jaén; CIBERESP; Servicio Andaluz de Salud.

**Antecedentes/Objetivos:** Las relaciones sexuales pueden verse afectadas por la curación de la lesión perineal, el tipo de sutura empleado en esta puede estar asociado a esta curación y a una mejor función sexual tras el parto. Los estudios al respecto son escasos. Se propuso el objetivo de valorar si el tipo de sutura (continua o interrumpida) tiene repercusión sobre la función sexual de la mujer después del parto.

**Métodos:** Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado a simple ciego en el sur de España con mujeres primíparas que habían experimentado una lesión perineal en el parto (desgarro de segundo grado o episiotomía). Se recopilaron datos sobre variables sociodemográficas, relacionadas con el embarazo, el parto y la función sexual a los 15 días y a los 3 meses postparto. Para valorar la función sexual se utilizó el cuestionario validado de Función Sexual de la Mujer. Se calcularon Odds Ratio (OR) mediante regresión logística binaria para los resultados binarios y la prueba de comparación de medias del t test para los resultados continuos. Se realizaron análisis multivariados para ajustar las variables desequilibradas después de la aleatorización.

**Resultados:** Participaron 70 mujeres en el grupo de intervención, al cual se le realizó una sutura continua, y 64 en el grupo control al que se le hizo una sutura discontinua. A los tres meses el número de mujeres que normalizaron sus relaciones sexuales fue mayor en el grupo de intervención, un 71,01% (49) vs al 37,10% (23) del grupo de la discontinua (ORa = 4,78, IC95% = 2,14 -10,64; p 0,001). Llegaron al orgasmo con más facilidad en el grupo intervención, con un  $4,5 \pm 0,11$  (sobre una puntuación de 5) frente al  $3,8 \pm 0,11$  de las mujeres de la discontinua,  $p < 0,001$ . Con respecto a la ansiedad anticipatoria a la relación sexual, las del grupo de la sutura continua obtuvieron valores más altos, un  $4,1 \pm 0,12$  (sobre una puntuación de 5), que las de la sutura discontinua, con un  $3,8 \pm 0,13$ ,  $p = 0,115$ . En el dolor que sentía la mujer con la penetración obtuvieron un  $12,6 \pm 0,30$  (sobre una puntuación de 15) en la sutura continua frente a un  $10,4 \pm 0,31$  de la discontinua, siendo menos doloroso en el grupo intervención ( $p < 0,001$ ). Las mujeres a las que se les realizó una sutura continua puntuaron  $4,8 \pm 0,09$  sobre 5 en el ítem de la comunicación y las de la discontinua  $4,4 \pm 0,09$ ,  $p = 0,005$ , al igual que la satisfacción, que se valoró en  $9,2 \pm 0,18$  frente al  $8,1 \pm 0,18$  sobre una puntuación total de 10 puntos ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Las mujeres del grupo de la sutura continua normalizan sus relaciones sexuales antes, consiguen el orgasmo con más facilidad, obtienen mayores puntuaciones en el grado de comunicación sexual y en la satisfacción con la vida sexual en general, que las del grupo de la sutura discontinua.

### 812. “ES UN TEMA TABÚ”: NARRATIVAS DE MUJERES DE ETNIA GITANA EN ESPAÑA SOBRE EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

E. Briones-Vozmediano, M.J. Sanchís-Ramón, A. Ferrández-Ferrer, G. Ortiz-Barreda, R. Herrero-Arias, D. la Parra-Casado

Universidad de Lleida; Universidad de Alicante; University of Bergen (Noruega).

**Antecedentes/Objetivos:** Identificar narrativas dominantes, adaptativas y liberadoras sobre el uso de anticonceptivos de las mujeres gitanas.

**Métodos:** Estudio cualitativo basado en entrevistas personales semiestructuradas a 19 mujeres de etnia gitana (de 20 a 67 años, casadas/solteras, sin/con hijos y con hijos, sin/con estudios) en Alicante en 2019. Muestreo intencional con ayuda de agentes clave en la comunidad y de la técnica de bola de nieve. Las entrevistas fueron grabadas previa firma del consentimiento informado. Se realizó un análisis temático de las transcripciones con Atlas.ti-8, en base al modelo de Rappaport y Watts de narrativas dominantes, adaptativas y liberadoras.

**Resultados:** Si bien las narrativas más frecuentes entre las participantes son dominantes (tabúes asociados a la sexualidad, relacionados con las relaciones sexuales prematrimoniales, la virginidad y el uso de métodos anticonceptivos), también emergen narrativas adaptativas que aceptan el uso de anticonceptivos para controlar el número de hijos/as y planificar el momento de la maternidad (especialmente entre las mujeres más jóvenes, y como consejo de las madres a sus hijas). La tendencia generalizada representa el matrimonio como legitimación de las relaciones sexuales y un estado muy deseado en la trayectoria vital de las mujeres, por ser el acceso a la edad adulta, a su sexualidad, y para poder fundar una familia (p.ej., no se habla de embarazo fuera del contexto del matrimonio). Aunque en general se habla poco de métodos anticonceptivos, se observan variaciones entre su aceptación, conocimiento, acceso y utilización. En general se evita hablar de anticonceptivos por no ser un tema de conversación pública, y que puede perjudicar su reputación y honorabilidad. Mientras que las mujeres con hijas muestran miedo a que la información sobre anticoncepción despierte la sexualidad de las hijas, las participantes más jóvenes reconocen la necesidad de más información y preparación sobre salud reproductiva para poder tomar decisiones.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Las narrativas dominantes sobre la anticoncepción de las mujeres gitanas se complementan con narrativas adaptativas que desafían las primeras, pero no se identifican narrativas liberadoras. Existe una brecha entre conocer que los métodos anticonceptivos existen y utilizarlos, y condicionantes sobre quién y cuando tiene que hacerlo. Los resultados sugieren la necesidad de acciones comunitarias de promoción de la salud sexual y reproductiva de las mujeres gitanas.

Financiación: Proyecto ROMOMATTER “Empoderando el valor de las adolescentes gitanas a través de la justicia reproductiva”, Justice Programme of the European Union (2014-20).

### 571. DESIGUALDADES SOCIALES EN LA FECUNDIDAD EN BARRIOS DE BARCELONA: UN ANÁLISIS MULTINIVEL

L. Forcadell-Díez, G. Pérez, M. Gotsens, B.B. León-Gómez, V. Espinel-Flores, M. Bosch-Arís

Agència de Salut Pública de Barcelona; Universitat Pompeu Fabra; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau); Consorci de Salut i Social de Catalunya.

**Antecedentes/Objetivos:** La decisión de tener o no hijos es un derecho reproductivo de las mujeres. Sin embargo, no todas tienen las mismas oportunidades y recursos para ejercer este derecho. El objetivo de este estudio es describir los patrones de fecundidad en los barrios de Barcelona, evaluando conjuntamente el efecto individual y del barrio de residencia ente 2007 y 2016.

**Métodos:** Estudio transversal multinivel. Unidades de análisis: a nivel individual los nacimientos y a nivel contextual los barrios de Barcelona. La variable dependiente fue la tasa de fecundidad (TF). Las variables explicativas a nivel individual fueron: edad, nivel de estu-

dios (sin estudios y primarios, secundarios, superiores) y país de origen. Las variables contextuales fueron: renta familiar disponible (RFD), desempleo (%) e inmigración (%) del barrio; en quintiles. Período: 2007-2016. Se calculó la TF según variables individuales y en los barrios. Se representó en mapas junto a las variables contextuales. Se obtuvieron los riesgos relativos (RR) usando regresión de Poisson con intervalo de confianza del 95% (IC). Se crearon modelos ajustados para las variables individuales en los que se añadía una variable contextual, explorando la reducción de varianza.

**Resultados:** La TF en Barcelona fue de 31,1%, con gran variabilidad entre barrios (15,2; 54,5). La distribución geográfica de la TF se opone a la RFD, a excepción de barrios muy ricos. El análisis multinivel reveló variabilidad en la TF después de ajustar por las variables individuales. La TF fue mayor en mujeres que viven en barrios con baja RFD (RRa = 1,46 IC95%: 1,29-1,65) y alta tasa de paro (RRa = 1,33 IC95%: 1,14-1,56). Respecto a mujeres sin estudios y primarios, la TF fue más elevada en aquellas con estudios superiores (RRa = 2,76 IC95%: 2,72-2,80) y más baja en estudios secundarios (RRa = 0,86 IC95%: 0,85-0,88). Las mujeres que viven en barrios con baja RFD (RRa = 1,46) y alto desempleo (RRa = 1,33) tienen más posibilidades de tener hijos. En contraste, las mujeres que viven en barrios de poca inmigración tienen la TF más baja (RRa = 0,81).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Las características del barrio de residencia juegan un papel importante en los patrones de fecundidad, con independencia de las características individuales de las mujeres. En Barcelona la relación entre TF y nivel de estudios tiene forma de U, difiriendo de la clásica correlación negativa. Las mujeres con estudios superiores romperían la correlación: éstas podrían posponer tener hijos por las trayectorias laborales, pero mantendrían el número de hijos.

#### 475. ¿QUÉ EXPLICA LA ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL EMBARAZO? ESTUDIO SOBRE LOS PREDICTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA AUTO-INFORMADA Y EVALUADA OBJETIVAMENTE DURANTE EL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO

A. Mendinueta, M. Subiza, H. Esnal, H. Arrieta, K. Azkona, M. Arrue, N. Urbieto, I. Ubillos, J. Ibarluzea, et al.

*Facultad de Medicina y Enfermería, UPV/EHU; Biodonostia Instituto de Investigación Sanitaria; Facultad de Psicología, UPV/EHU; Departamento Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Donostia; Departamento de Salud del País Vasco; Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública.*

**Antecedentes/Objetivos:** La actividad física (AF) durante el embarazo tiene implicaciones positivas para la salud tanto de la madre como del niño. Sin embargo, la literatura actual indica que no todas las mujeres embarazadas cumplen con las recomendaciones internacionales de AF (al menos 150 min/semana de actividad moderada). El objetivo principal de éste estudio fue evaluar los niveles de AF en mujeres embarazadas de Donostia-San Sebastián y comparar los niveles de AF durante el primer y segundo trimestre de embarazo. Y a su vez, estudiar la concordancia entre estimaciones objetivas y auto-informadas y determinar qué variables socio-demográficas predicen los niveles de AF durante el embarazo.

**Métodos:** Se reclutaron 441 mujeres en la 12ª semana de embarazo en el servicio de obstetricia del centro de salud de Gros. Las mujeres utilizaron un acelerómetro durante una semana en dos ocasiones (1º y 2º trimestre de embarazo) y completaron un cuestionario que evaluaba varias variables socio-demográficas, así como la AF.

**Resultados:** Se estimaron los niveles generales de PA de las mujeres durante el primer y segundo trimestre de embarazo. Las tasas de

cumplimiento de las recomendaciones fueron del 77% y 85% respectivamente. Los datos revelaron que la cantidad de AF en ambos trimestres fue comparable. Sin embargo, el acuerdo entre las medidas de AF subjetivas y objetivas fue bajo (Kappa = 0,24 y 0,31 respectivamente). En los modelos de regresión, un mayor número de hijos y la preferencia por el ejercicio predijeron positivamente la AF leve-moderada, siendo éstos los predictores más consistentes. En cambio, la disponibilidad de una mayor cantidad de automóviles predijo negativamente la AF moderada-vigorosa.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La mayoría de las mujeres de nuestra muestra (80%) cumplen con las recomendaciones de AF. Los predictores más importantes de la AF durante el embarazo fueron el número de hijos, la propiedad de coche, la situación laboral y la preferencia por caminar y por el ejercicio.

Financiación: Diputación Foral de Gipuzkoa, N° 105/19 "Programa Red Guipuzcoana de Ciencia, Tecnología e Innovación 2019".

#### 139. INCIDÊNCIA DE ACIDENTES DOMÉSTICOS E DE LAZER EM PORTUGAL CONTINENTAL, EM 2019

T. Alves, E. Rodrigues, M. Neto, R. Mexia, C. Matias-Dias

*Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.*

**Antecedentes/Objetivos:** Os Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL) considerados um problema de Saúde Pública representam um dos riscos para a saúde e segurança dos indivíduos ao longo do ciclo de vida (EusoSafe, 2016). É sabido de que se trata de um fenómeno que ocorre livre da vontade humana, independente da idade, quer em contexto doméstico, de lazer, escolar e até desportivo e sendo uma ocorrência potencialmente, evitável é de todo o interesse conhecer a verdadeira dimensão da problemática na população portuguesa e em que grupos porventura, possa afetar particularmente, no sentido de ser possível o delineamento de intervenções dirigidas a grupos específicos, ao nível da sua prevenção. O objetivo do presente estudo foi calcular a incidência anual dos Acidentes Domésticos e de Lazer que necessitaram de assistência em serviço de urgência do SNS, em Portugal Continental, no ano de 2019.

**Métodos:** Para a análise efetuada foi considerado o total de entidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com serviço de urgência, tendo como base o sistema EVITA. Segundo os registos das urgências hospitalares em 2019, em ambiente SONHO, apurou-se o número total de vítimas por ADL que necessitaram de recorrer a este serviço de saúde, o que permitiu o cálculo da taxa de incidência de ADL assistidos em urgências hospitalares, em Portugal continental, nesse ano.

**Resultados:** No ano de 2019, ocorreram 526 716 urgências por ADL, pelo que, cerca de 11% das urgências hospitalares em Portugal Continental foram causadas por um ADL, correspondendo a uma taxa de incidência de 53,8/1.000 habitantes. Observou-se uma taxa de incidência por este motivo de admissão ao serviço de urgência superior no sexo masculino (57,6%) do que no sexo feminino, sendo que, esta diferença foi observada em todos os grupos etários até aos 54 anos, deste grupo em diante, as vítimas do sexo feminino apresentaram taxas mais elevadas. As vítimas com uma taxa de incidência mais elevada, no ano de 2019, enquadraram-se nos grupos etários dos 5 aos 14 anos (104,1%), dos 75 e mais anos (89,9%) e dos 0 aos 4 anos (80,1%). Apurou-se ainda que 5,3% das urgências hospitalares por ADL, em Portugal Continental, no ano de 2019, resultaram em internamento.

**Conclusões/Recomendações:** Considerando que a medição da frequência deste acontecimento de saúde importa na sustentação e desenho de políticas de prevenção de acidentes, bem como, na sua eventual monitorização e impacto, o estudo agora efetuado representou um avanço relevante na medida em que contribuiu para que a ver-

dadeira dimensão desta problemática e principais grupos afetados se vá tornando uma realidade cada vez mais nítida.

## VIERNES, 23 DE OCTUBRE

### ME06. Biometría y ciencias de la salud: encuentro inevitable

Coordinan: Inmaculada Arostegui Madariaga  
y Sabina Pérez Vicente

#### 615. CONVERSION OF A LARGE LONGITUDINAL ELECTRONIC HEALTH RECORD DATA BASE IN CATALONIA TO AN INTERNATIONAL COMMON DATA MODEL

T. Duarte-Salles, M. Aragón, M. Recalde, S. Fernández-Bertolín, E. Burn

*IDIAPJGol; University of Oxford.*

**Background/Objectives:** The use of databases of routinely collected electronic health records (EHR) is becoming more common in epidemiology and clinical research. Due to their size, amount of data availability, representativeness, and long-term follow-up, EHR databases offer an opportunity for observational studies. The Observational Health Data Sciences and Informatics (OHDSI) is a global collaborative network of researchers which has developed the Observational Medical Outcomes Partnership-Common Data Model (OMOP-CDM). The OMOP-CDM allows systematic analysis of disparate observational databases. There are currently > 100 different healthcare databases from over 20 countries converted to OMOP-CDM. We aimed to convert the Information System for Research in Primary Care (SIDIAP) database to the OMOP-CDM.

**Methods:** SIDIAP ([www.sidiap.org](http://www.sidiap.org)) contains data of anonymized patients' EHR for > 6 million people registered in 287 primary care practices in Catalonia since 2006, including diagnosis, lab tests, drugs, lifestyle and sociodemographic information. For its conversion to OMOP-CDM, first, the White Rabbit tool was used to profile the data structure and contents. Second, the mapping logic was defined using the RabbitinaHat tool, followed by the automatic mapping of codes. Manual validation of the automatic mapping was performed by two clinicians using the Usagi tool. The mapping of concepts with the highest number of registers was prioritized. Finally, the development and deployment of the Extract Transform Load (ETL) was performed for the clinical domains shown in the results.

**Results:** SIDIAP data source has 14 tables that were mapped to 11 tables of the OMOP-CDM. More than 24,700 concepts/variables and 1,400,000,000 registers were mapped for the following clinical domains: procedure occurrence, drug exposure, condition occurrence and measurement. More than > 90% of registers were mapped from all tables, except for drug exposure for which 84.3% of registers were mapped. Regarding the drug table, 75% of source registers could be mapped to the class Clinical Drug, which is important to retain information on drug substance, drug strength and form. For most domains, only a small percentage of terms (i.e. 25.3% of tests) needed mapping in order to obtain a high percentage of registers mapped (i.e. 95.0% for tests).

**Conclusions/Recommendations:** The majority of clinical data in SIDIAP have been successfully converted to the OMOP-CDM, with

over 90% of registered terms mapped for most data tables. The prioritization of mapping of the most registered concepts was a useful strategy to effectively convert SIDIAP to the OMOP-CDM. The conversion of SIDIAP to the OMOP-CDM will allow the participation in large international network studies.

Funding: IMI\_EHDEN.

#### 265. PROPOSAL OF A GENERAL FRAMEWORK TO CATEGORISE CONTINUOUS VARIABLES IN PREDICTION MODELING. APPLICATION TO COLORECTAL CANCER

I. Barrio, J. Roca-Pardiñas, M. Durban

*Departamento de Matemática Aplicada y Estadística e Investigación Operativa. Universidad del País Vasco UPV/EHU; Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Vigo; Departamento de Estadística. Universidad Carlos III de Madrid; Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas.*

**Background/Objectives:** In the development of prediction models, the selection of covariates and the choice of the way in which these are introduced into the model (linear, splines, categorized, etc.) is fundamental in order to develop a good model. Although categorization is not considered advisable from a statistical point of view, it helps in the interpretation of the results and their direct translation into the decision-making process. A methodology to select the optimal cut-off points to categorize a continuous covariate has been previously proposed in the context of logistic and Cox regression models, which was based on the maximization of the discrimination ability of the model. The high prognostic impact of the lymph node ratio (LNR) as predictor variable in colorectal cancer is widely established, being used as a categorized variable in several studies. However, the cut-off points as well as the number of categories considered differed among the studies. This fact highlights the need for a global methodology that allows the best categorization of the predictor variable in any modelling context. Therefore, the goal of this work is to propose a general framework to categorize a predictor variable considering any response variable belonging to the exponential family distribution by minimizing the difference with respect to a generalized additive model (GAM).

**Methods:** Let  $Y$  be a dependent variable whose distribution belongs to the exponential family and  $X$  a continuous variable which we aim to categorize. We consider a GAM with  $X$  being modeled by a spline function, as the goal standard model. For  $k$  number of cut-off points, we consider the vector of optimal cut-off points that for which the error with respect to the GAM model is minimized. In addition, we select the optimal number of cut-off points considering those for which the BIC of the model with the categorized variable is minimized.

**Results:** We have conducted a simulation study considering different response variable distributions and number of theoretical cut-off points. Results suggest that the proposed methodology is a valid and robust method to categorize a continuous predictor variable. In addition, we have applied this methodology to categorize the LNR as a predictor of mortality of patients with colorectal cancer, leading to clinically validated location and number of cut-off points.

**Conclusions/Recommendations:** We have proposed a methodology that provides a general and valid method to categorize continuous variables.

Funding: IT1294-19, MTM2016-74931-P.

#### 252. ON THE IDENTIFICATION AND QUANTIFICATION OF MISREPORTING IN MEDICAL DATA

A. Fernández Fontelo, A. Cabaña, D. Moriña, P. Puig

*Chair of Statistics, Humboldt Universität zu Berlin; Departament de Matemàtiques, Universitat Autònoma de Barcelona.*